



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem**

---



**BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE DO BRINCAR DURANTE PROCEDIMENTOS  
INVASIVOS E DOLOROSOS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Linha 2 – Educação e tecnologia de enfermagem para o cuidado em saúde a indivíduos e grupos sociais

**MANAUS/AM**

**2015**

**ADERLAINE DA SILVA SABINO**

**BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE DO BRINCAR DURANTE PROCEDIMENTOS  
INVASIVOS E DOLOROSOS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, em Associação ampla com a Universidade Estadual do Pará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem, área de concentração Educação e Tecnologia.

**ORIENTADORA: PROF.<sup>a</sup> DR.<sup>a</sup> ARINETE VÉRAS FONTES ESTEVES**

**MANAUS-AM**

**2015**

Ficha Catalográfica  
Catalogação na fonte pela Biblioteca Central da  
Universidade Federal do Amazonas

S116b Sabino, Aderlaine da Silva  
Benefícios da atividade do brincar durante procedimentos  
invasivos e dolorosos em crianças hospitalizadas / Aderlaine da  
Silva Sabino. 2015.

129 f. : il. 31 cm.

Orientadora: Profª Drª Arinete Vêras Fontes Esteves  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade  
Federal do Amazonas.

1. Criança. 2. Brincar. 3. Hospitalização. 4. Procedimentos  
Dolorosos e Invasivos I. Esteves, Arinete Fontes. II.  
Universidade Federal do Amazonas. III. Título

**ADERLAINE DA SILVA SABINO**

**BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE DO BRINCAR DURANTE PROCEDIMENTOS  
INVASIVOS E DOLOROSOS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, em Associação ampla com a Universidade Estadual do Pará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem, área de concentração Educação e Tecnologia.

Aprovada em 27 de Novembro de 2015

**BANCA EXAMINADORA**



---

Dra. Arinete Verás Fontes Esteves (Presidente)  
Universidade Federal do Amazonas - EEM



---

Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Pessoa de Oliveira (Membro Interno)  
Universidade Federal do Amazonas - EEM



---

Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro (Membro Externo)  
Universidade Federal do Amazonas - FACED

## *Dedicatória*

*Dedico esse trabalho a Deus que me surpreendeu e sustentou com sua fidelidade durante esta trajetória, minha família que me deu todo apoio, atenção e incentivo para concretização desse sonho, principalmente ao meu marido Fvandro e à minha filha Anna Clara.*

## AGRADECIMENTOS

À **DEUS** por me possibilitar mais esse passo na minha carreira profissional, proporcionando um conhecimento singular;

Aos meus pais, **Manoel Bibiano** e **Maria de Fátima**, pelo amor, carinho e apoio incondicional em todos os momentos. Vocês me direcionaram e hoje sou o que sou por causa de vocês;

Ao meu marido **Evandro Alves Sabino**, pelo amor, incentivo constante, cumplicidade e companheirismo, o qual não me deixou desistir e compreendeu os muitos momentos de ausência;

A minha filha **Anna Clara Sabino**, razão pelo qual a cada manhã acordo com vontade de vencer. “Faço TUDO por você Filha!”. Desculpe-me pelas ausências durante estes dois anos;

Aos meus amados **irmãos**, que apesar da distância vibraram com cada etapa vencida;

À minha orientadora **Dra. Arinete** que ousou me acompanhar nessa viagem ao mundo da criança. Com a sabedoria de uma mãe me trouxe incentivo, coragem, confiança e vem me levando a reflexões ensinando-me caminhar na pesquisa. É uma honra especial ser sua orientanda. Aprendi muito durante a nossa convivência e sou grata por tudo isso;

Aos **professores do Mestrado** e aos **funcionários** da Escola de Enfermagem/ UFAM;

Aos meus **colegas do mestrado**, em especial minha amiga **Mailma Almeida**, pelos momentos que compartilhando muito aprendizado, confidências e “Estresses”;

Aos meus verdadeiros amigos, “**Meus BFF's**” que contribuíram direta e indiretamente para que esse sonho fosse realizado;

Ao ICAM, em especial a **Dra. Elza Fonseca** pelo encaminhamento do projeto, compreensão e apoio durante a construção deste estudo.

Às **crianças** que vislumbraram em meus olhos a beleza do brincar em meio um ambiente hostil, que apesar da fragilidade, possuem dentro de si uma grande fortaleza, meu afeto, carinho e eterna gratidão;

Às Professoras Dr.<sup>a</sup> **Ana Paula Pessoa de Oliveira** e Dr.<sup>a</sup> **Lídia Rochedo Ferraz**, pelas contribuições no o exame de qualificação.

Aos Professores Dr.<sup>a</sup> **Ana Paula Pessoa de Oliveira** e Dr. **Ewerton Helder Bentes de Castro**, pela disponibilidade de participarem da banca.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

A todos que fazem parte de minha história, autores das entrelinhas desse trabalho, muito obrigada!

*"Caminhar é preciso, mesmo que  
os obstáculos sejam grandes,  
depois iremos compreender que  
"TUDO é questão de tempo."*

*Maria Tereza Costa Lira*

SABINO, Aderlaine da Silva. **BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE DO BRINCAR DURANTE PROCEDIMENTOS INVASIVOS E DOLOROSOS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**. 2015. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Amazonas em ampla associação com a Universidade Estadual do Pará. Amazonas, 2015.

## RESUMO

As crianças aprendem com o brinquedo o que ninguém lhe pode ensinar, pois o ato de brincar prepara para a vida, compreendendo a cultura do meio em que vive, buscando sempre integrar-se às condições que o mundo lhe oferece. O brinquedo no ambiente hospitalar pediátrico é um instrumento mediador para minimizar os possíveis estresses decorrentes dos procedimentos invasivos e dolorosos. Constitui-se como objetivo: Investigar os benefícios da atividade do brincar para as crianças hospitalizadas submetidas aos procedimentos invasivos e dolorosos. Foi utilizado estudo de natureza qualitativa, descritivo-exploratório, baseado na análise categorial temática. A produção dos dados foi obtida por meio de observação não participante registrados no diário de campo em um Hospital de referência de Manaus-AM. Participaram 16 crianças, com idade entre 4 à 12 anos internadas na clínica cirúrgica submetidas a procedimentos dolorosos e invasivos. Da análise sobre a caracterização do perfil das crianças hospitalizadas houve prevalência da faixa etária entre 04 a 06 anos, sexo masculino; os brinquedos de maior preferência durante a atividade do brincar com as crianças hospitalizadas indicaram em ordem de menor para maior interesse: os materiais para pintar e desenhar, boneca, carrinho, pião luminoso, jogo da memória e balão, e, despertaram interesse imediato os jogos eletrônicos; As reações das crianças frente aos procedimentos invasivos e dolorosos em uso do brinquedo na idade pré-escolar foram: verbalizar recusando, choramingar, gritar, chamar pelos pais, empurrar, movimentar o corpo e aceitação quando compreendia o que iria ocorrer naquele momento e nas de idade escolar: protestar, choramingar e sinalizar dor através de expressão facial; Os benefícios do brincar diante dos procedimentos: promover as inter-relações entre as crianças, familiares e equipe de enfermagem, auxiliar as crianças no enfrentamento das experiências do processo de internação/cuidado, lidar com as perdas de sua realidade cotidiana, influenciar no comportamento das crianças no ambiente hospitalar, no sentido de informar e preparar a criança para os procedimentos necessários para seu tratamento, amparando-as nos conflitos decorrentes da doença e da hospitalização. As intervenções mediadas pelo brinquedo contribuem para mudanças capazes de despertar na criança o interesse e satisfação, mesmo quando submetida a intervenções com procedimentos dolorosos e invasivos, minimizando assim os efeitos estressores. Portanto, os objetivos da pesquisa foram alcançados quanto ao seu propósito identificados na temática, entretanto há necessidade de novas pesquisas utilizando outros métodos.

**Palavras-Chave:** Criança. Brincar. Hospitalização. Procedimentos dolorosos e invasivos.

## ABSTRACT

The understanding of the child has changed over time, assuming different concepts in contemporary society, and before the disease process all health team plays a key role in the care offered, especially the nursing staff. During the child's hospital stay, the playing activity should be configured into a strategy to minimize the negative effects from the health / disease process. The objectives of the study were to investigate the benefits of the activity of playing during invasive and painful procedures in hospitalized children; to characterize the profile of hospitalized children (age and gender) in the surgical ward of a children's hospital; to identify the most preferred toys used during the activity of playing with the hospitalized children; to describe the child's reactions in activity of playing on the invasive and painful procedures; it was used a qualitative approach through non- participant observation, descriptive and exploratory type, held in a reference hospital in the city of Manaus –AM. The study was participating 16 children, aged 4 to 12 years old and the results were presented in a systematic way trying to identify if the play is a relief tool for tension and pain during the course of painful and invasive procedures. For a better understanding of the study results were organized, grouped and categorized into four thematic sub-topics: characterization of the profile of hospitalized children aged between 04-06 years and males showed prevalence of landmarks; the preemptive toys in higher order to lower interest were materials to paint and draw, doll, cart, light pivot, memory and balloon game, and those who aroused immediate interest were electronic games; behaviors and reactions observed in children of preschool age on the procedures with the activity of the play: verbalize refusing, whining, crying, calling their parents, push, move the body and acceptance and those of school age the most common: protest, whining and signal pain through facial expression; the benefits of playing activities identified during the procedural steps were: to promote inter- relationships between children, families and nursing staff, help children in facing life experiences in the process of hospital/care, dealing with the loss of their everyday reality, change the environment they find themselves into, to inform and prepare the child for the necessary procedures to recover their health, thereby bolstering them in their conflicts due to illness and hospitalization. This way, it realizes that the play activity is able to awaken the child's best interests and satisfaction, even when subjected to interventions with painful and invasive procedures performed by nursing staff, favoring an ambience and assimilation of the inherent assistance procedures of hospitalization, thereby minimizing the negative effects that this moment may result in their future life, as fear of hospital, so the research objectives were achieved as to their purpose identified in the subject.

**Keywords:** Child. Playing. Hospitalization. Painful and invasive procedures.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>20</b>
3.1 O brincar e seu contexto histórico.....	20
3.2 Atividade do Brincar.....	21
3.3 A Criança Hospitalizada, o Brinquedo e suas Interfaces.....	23
3.4 A Enfermagem e Processo do Cuidar Diante da Dor.....	26
<b>4 CAMINHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>31</b>
4.1 Abordagem e Tipo de Estudo.....	31
4.2 Contexto da Pesquisa.....	31
4.3 Participantes da Pesquisa.....	33
4.4 Coleta de dados.....	36
4.5 Produção de dados.....	37
4.6 Procedimentos Éticos.....	39
4.7 Análise dos Dados.....	40
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
5.1 Contato inicial.....	41
5.2 Caracterização do perfil da criança hospitalizada (idade e sexo) .....	42
5.3 Brinquedos de maior preferência utilizados durante a atividade do brincar com crianças hospitalizadas.....	44
5.4 Reações da criança em atividade do brincar diante dos procedimentos invasivos e dolorosos.....	49
5.5 Benefícios obtidos através da atividade do brincar durante procedimentos invasivos e dolorosos em crianças hospitalizadas.....	52
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>56</b>
6.1 Perfil da criança hospitalizada em Clínica Cirúrgica (idade e sexo).....	56
6.2 As preferências das atividades do brincar das crianças hospitalizadas.....	60
6.3 As crianças e suas reações frente aos procedimentos invasivos/ dolorosos e a atividade do brincar.....	68
6.4 O Brincar durante procedimentos invasivos e dolorosos e seus benefícios.....	79

<b>7 COSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>87</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>122</b>
<b>ANEXO C.....</b>	<b>129</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Observa-se que a compreensão de ser criança tem se modificado ao longo dos tempos, assumindo diferentes concepções na sociedade contemporânea. Schmitz, Piccoli e Viera (2003) afirmam que a criança mesmo quando adoecem ou são hospitalizadas, a atividade de brincar deve ser realizada por se configurar uma necessidade básica em sua vida não devendo ser esquecida, pois proporciona adaptação e sensação de segurança no ambiente cercado de pessoas estranhas incomum de sua rotina domiciliar, que é o ambiente hospitalar.

O brincar é o momento que a criança “aprende brincando a linguagem dos símbolos e entra no espaço original de todas as atividades sócio-criativo-culturais” (MACHADO, 2003; p.26).

Mitre (2000) define o brincar como um mecanismo de evasão saudável da realidade que a criança está inserida, proporcionando ao mesmo tempo a aproximação e o distanciamento de dois momentos distintos: o real e o imaginário, onde a criança recria a realidade utilizando métodos simbólicos, o qual permitirá estabelecer resoluções de conflitos, como também construção das relações humanas.

A indigência do brincar e da brincadeira podem ser avaliadas de acordo com a faixa etária, habilidades físicas, intelectuais e fantasias que poderão ser transformadas gradativamente pelo processo de cuidados determinado pelo ambiente cultural da família e das pessoas com quem interage durante a hospitalização, ocorrendo modificações no seu estilo de vida e restrições resultantes da patologia e da terapêutica (SILVA, 2008).

Luckesi (2000) determina que a atividade do brincar é “aquela que propicia a ‘plenitude da experiência’” (p.96). A criança enquanto brinca apresenta possibilidade de autoconhecimento em um tempo-espaço oportuno e particular, manifestado através de suas atuações no ambiente em que estas estão sendo desenvolvidas, promovendo um aprimoramento maior de suas experiências.

A atividade do brincar oportuniza vantagens às crianças em todas as etapas de sua vida, onde desenvolvem suposições para solução de seus impasses e assumem atitudes que transcendem o seu comportamento cotidiano de maneira espontânea (VYGOTSKY, 2007).

As primeiras brincadeiras que se tem conhecimento na história iniciaram em 2000 a. C., quando os primeiros objetos parecidos com brinquedo achados em sepulturas funerárias no Egito foram encontrados, tais como: jogos de tabuleiro, bolas de couro cheias de crina e palha, jogos de argolas e bonecas pré-históricas apresentavam a finalidade de suavizar os mortos na ida para outro mundo (FERREIRA, 1990).

A partir do século XVIII iniciou a expansão e comercialização com a industrialização de brinquedos em série na Alemanha, no qual a madeira era o principal material usado pelos antigos artesãos, sendo substituída posteriormente por outros materiais, como o metal, o vidro, o papel e o alabastro (BENJAMIN, 1984).

As visões sobre o ser criança foram construídas a partir da inserção social e histórica solidificada através das formas de organização social que, de acordo com Sarmiento (2002), durante grande parte da Idade Média as crianças foram consideradas apenas como seres biológicos, sem estatuto social e sem autonomia existencial.

Corazza (2002) considera que a biografia da infância revela um silêncio histórico, uma ausência de problematização da representação social da criança, a qual avalia que a infância da criança não deve ser vista só como um fenômeno etário mais também como um ser constituinte de um contexto heterogêneo e de convivências lúdicas que durante a idade média inexistia ou ficava adstrita a escassos momentos.

Delgado (2003) afirma que com a organização política, social e econômica, impulsionada por múltiplos fatores, dentre os quais o capitalismo industrial, o neoliberalismo e as consequências decorrentes destes momentos (migrações, surgimento da família nuclear e burguesa, adstrição da criança à família e a escola), sucederam modificações que influenciaram a organização da estrutura familiar e, por conseguinte, a biografia das crianças que passaram a produzir novas identidades ao longo desse processo histórico por meio da representação, concepção e educação.

Erikson (1987) afirma que a observação comparativa das teorias do desenvolvimento sugerem um fato importante para a evolução da identidade da criança, a saber, que os adultos, pelo seu próprio exemplo e pelas histórias que contam de sua trajetória de vida passada, oferecem às crianças uma ética de ação centrada na figura e atitudes ideais para construir os seus heróis das estórias em quadrinhos e dos contos de fadas.

A evolução da criança é baseada e construída através da relação com o outro e consigo mesma, apresentando minudências próprias e expressivas influências dos seus relacionamentos, assim reagindo de modo particular as novas situações que surgem no seu dia a dia. Por tanto, o crescimento e desenvolvimento infantil diante dessa realidade serão diferenciados através das rotinas diárias que tem como base as percepções decorrentes do ambiente familiar e de cada faixa etária da criança, que serão ampliadas progressivamente por meio da capacidade de pensar, sentir e reagir (SOUZA, 2007).

As características da criança na idade pré-escolar, descrita por Whaley e Wong (2014), compreende uma fase que se inicia aos três anos, e segue até os seis anos de vida. Nesta fase

apresenta: aumento da capacidade das descobertas, imaginação, curiosidade e desenvolvimento de padrões socioculturais de comportamento tais como atitudes *egocêntricas*<sup>1</sup> e negativas, sendo que, sua principal característica desenvolvida nesta fase é a iniciativa.

O desenvolvimento da criança na idade escolar inicia-se a partir dos seis e se estende até os doze anos de idade. O individualismo não está presente, e a valorização da convivência em grupos é demonstrada pela preferência da companhia das crianças da mesma idade. Nesta fase, o medo da rejeição dos amigos e dos familiares é originado na criança, podendo ocasionar impacto significativo sobre o seu desenvolvimento e em seus relacionamentos (BEE, 2003).

Rocha (2009) afirma que criança sadia cuidada preventivamente será um adulto perfeito: fisicamente sadio, psicologicamente equilibrado e socialmente útil. Portanto, esse cuidado à criança deve ser singular, necessitando cada vez mais de aperfeiçoamento, considerando-se que cuidando preventivamente estamos contribuindo para diminuição dos agravos à criança doente e desta forma proporcionando melhores condições para desfrutar a vida de maneira digna e saudável.

As atividades lúdicas são inerentes à vida da criança, e lhes proporcionam prazer e diversão, influenciando de modo fundamental no seu crescimento e desenvolvimento, nessa perspectiva, Machado e Nunes (2011) afirmam que a experiência vivenciada por meio da atividade do brincar, pode auxiliar a criança a enfrentar eventuais insucessos em sua trajetória de vida, mas auxilia a desenvolver sua criatividade, estimular seu raciocínio, reflexão, autonomia e suas próprias ações, possibilitando assim, expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos.

O período de hospitalização e adoecimento para Oliveira; Dias; Roazzi (2003) é um momento desagradável na vida da criança pelo ambiente desconhecido no qual é inserida, e pode levar a criança a qualificar o ambiente hospitalar como um local de sentimentos negativos e experiências dolorosas.

O Ministério da Saúde definiu o conceito de hospital como: “Estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação, a uma determinada clientela, ou de não internação, no caso de ambulatório ou outros serviços” (BRASIL, 1985; p. 15).

---

<sup>1</sup> Egocêntrica – com origem no latim, egocêntrico é a junção de ego (eu) e centrum (meio de tudo, o centro) e revela a e revela a tendência de alguém para referir tudo a ele mesmo, fazendo do eu o centro do universo. <<http://www.significados.com.br/egocentrico/>> .Acesso em 03 de set. de 2014.

Goldenberg (2007) afirma que a brincadeira é uma forma que a criança encontra de aprender no ambiente hospitalar como se comportar diante de novos estímulos presentes neste ambiente restrito, limitado e cheio de regras, tomando consciência de si e do local em que se encontra, nesse sentido, a brincadeira ajuda a criança revigorando a vontade de viver e se restaurar da enfermidade.

A Lei Federal Nº 11.104, de 21 de março de 2005, “dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação”. Esta lei no Art. 2º define brinquedoteca como sendo um espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar (BRASIL, 2005c, p. 1).

Sobre este aspecto Motta e Enuno (2002) ressaltam que o brincar surge como um direito para atender as necessidades emocionais e sociais básicas que são próprias da infância e oportuniza um ambiente para a criança hospitalizada expor seus sentimentos mais profundos, aliviando suas tensões e estresse decorrentes da hospitalização.

No panorama nacional de atenção à criança hospitalizada, encontramos algumas práticas que utilizam o brincar como uma estratégia de intervenção nos procedimentos invasivos realizados, para auxiliar no enfrentamento da hospitalização, sendo que estes métodos não seguem um modelo único, alguns se ancoram apenas na recreação, sem maiores preocupações com a repercussão dessas ações no estado geral da criança, e outros utilizam o brincar a partir de uma abordagem terapêutica (MITRE; GOMES, 2007).

Elsen e Patrício (2005) expõem três tipos diferentes de abordagens ou modelos que norteiam a assistência à criança hospitalizada que podem ser centrado na patologia da criança, na criança e na criança e sua família. Cada instituição poderá determinar, criar e implementar seu modelo assistencial através da influência dos valores e crenças dos profissionais da equipe de saúde e administrativa, pelos conhecimentos acerca da saúde e doença e recursos disponíveis, mas não pode desconsiderar as características da criança, pautado em sua cultura e etnicidade familiar.

Dias e Motta (2004) descrevem que o modelo ou abordagem da assistência à criança hospitalizada focada na causa da patologia provocava seu isolamento prejudicando o crescimento e desenvolvimento, no entanto o modelo centrado na criança abrange os aspectos biopsicoespiritual da criança, identificando suas características individuais, no seu atual estágio de crescimento e desenvolvimento, seus hábitos e costumes. Nesse sentido o modelo centrado na criança e na família proporciona mudança na abordagem do cuidado, que passa a

considerar a inclusão da família no ambiente hospitalar, buscando mantê-la atualizada e discutir com a mesma os resultados esperados.

O papel da enfermeira pediatra para Whaley e Wong (2014):

Inclui relacionamento terapêutico, defensora da família, prevenção de doenças/promoção da saúde, educação para saúde, apoio/aconselhamento, restauração, coordenação/colaboração, tomada de decisão ética, pesquisa e planejamento de atenção à saúde, agindo em prol dos interesses da criança e da família (p. 11).

Hockenberry e Winkelstein (2006) afirmam que o enfermeiro pediátrico tem função fundamental na busca de estratégias para minimizar os efeitos adversos da hospitalização, onde sua principal meta, neste sentido, é oferecer um cuidado atraumático, cultivando as relações pais e filhos, proporcionando oportunidade educacional, promovendo o autodomínio e a socialização.

Maia, Ribeiro e Borba (2008) sinalizam que o profissional de enfermagem em unidade pediátrica contribui favoravelmente, através da promoção do brincar, para a recuperação da criança durante o atendimento no período de hospitalização em uma perspectiva holística e humanizadora, propiciando a integralidade da assistência pediátrica, bem como, a aceitação do tratamento, manutenção dos direitos da criança e recuperação de sua saúde.

Diante dos aspectos legais e normativos sobre a utilização do brinquedo pelo enfermeiro na assistência à criança hospitalizada, a Resolução COFEN Nº. 295/2004 no Artigo 1º propõe a atuação do enfermeiro na área pediátrica, com a utilização da técnica do brinquedo/ brinquedo terapêutico, garantindo a assistência à criança e família hospitalizadas (BRASIL, 2004a).

A criança durante a hospitalização fica restrita ao leito na maior parte do tempo sendo submetida aos procedimentos invasivos e dolorosos como agulhas, corte, medicações que machucam a pele, passagem e retiradas de sondas sem ter o direito de ser orientada sobre os procedimentos a serem realizados, tornando-se passivas às imagens, cheiros, sons estranhos e rodeada de pessoas não comuns a sua rotina diária, sendo expostos muitas vezes a dor e sofrimento que podem ser ameaçadores e confusos para sua capacidade de compreensão, neste contexto é possível afirmar que tais fatores tornam as crianças mais vulneráveis às consequências emocionais da hospitalização (OLIVEIRA; DANTAS; FONSECA, 2004).

O estudo emerge a partir da experiência prática enquanto enfermeira e docente na área de saúde da criança na cidade de Manaus em uma instituição privada de ensino superior. Foi

no cuidado de enfermagem prestado a criança hospitalizada durante os procedimentos invasivos e dolorosos que se pôde constatar a necessidade da realização da atividade de brincar, visando minimizar através das brincadeiras o impacto traumático decorrente do período de hospitalização.

Esta percepção suscitou o interesse em aprofundar estudos e pesquisas no intuito de investigar sobre atividade do brincar como estratégia do alívio da tensão e dor no assistir a criança hospitalizada diante de procedimentos invasivos e dolorosos, com vistas a produzir subsídios para profissionais de enfermagem e áreas afins que atuam em unidades pediátricas. Desta forma, vislumbra-se que o estudo é capaz de contribuir para qualificação do cuidado dirigido à criança hospitalizada, favorecendo um ambiente acolhedor e oportuno para auxiliar na assimilação dos procedimentos assistenciais durante o período de hospitalização, minimizando deste modo os efeitos negativos que este momento poderá ocasionar em sua vida futura, como o medo de hospital e da equipe de “branco” que lhe presta cuidado.

Com base no exposto, elege-se a seguinte problemática para este estudo: Quais os benefícios obtidos através da atividade do brincar durante procedimentos invasivos e dolorosos em crianças hospitalizadas? Qual o perfil da criança hospitalizada (idade e sexo) na enfermaria cirúrgica de um hospital pediátrico de referência na cidade de Manaus-AM? Quais os brinquedos de maior preferência utilizados durante a atividade do brincar com as crianças hospitalizadas? Quais as reações da criança em atividade do brincar diante dos procedimentos invasivos e dolorosos?

Acreditamos que este estudo não de forma pretenciosa, mas fidedigna, contribuiu em algum momento e de alguma forma na rotina dos profissionais da área da saúde na unidade pediátrica, especialmente da equipe de enfermagem, e das crianças sujeitos da pesquisa, apresentando e fomentando a atividade do brincar como possibilidade de atendimento com bases científicas, e assim construir e desenvolver práticas educativas em saúde que mobilizem e impulsionem novas maneiras de cuidar em área pediátrica. Apresentando como referencia o direito da criança hospitalizada que dispõe a Lei Federal 11.104/2005, a qual contribui para amenizar os traumas que podem surgir durante a internação.

## **2 OBJETIVOS**

---

### **2.1 Objetivo Geral**

Investigar os benefícios da atividade do brincar para as crianças hospitalizadas submetidas aos procedimentos invasivos e dolorosos.

### **2.2 Objetivos específicos**

Caracterizar o perfil da criança hospitalizada (idade e sexo) submetidas aos procedimentos invasivos e dolorosos na enfermaria cirúrgica;

Identificar os brinquedos de maior preferência utilizados durante a atividade do brincar pelas crianças submetidas aos procedimentos invasivos e dolorosos;

Descrever as reações da criança em atividade do brincar diante os procedimentos invasivos e dolorosos;

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O brincar e seu contexto histórico

Em Los Angeles, por volta de 1934, Kishimoto (1998) descreve que surgiu a primeira brinquedoteca quando o dono de uma loja de brinquedos foi relatar ao diretor da escola que ficava próximo de seu estabelecimento de venda, que as crianças estavam furtando os brinquedos de sua loja. A partir desse relato, o referido diretor decidiu desenvolver um serviço de empréstimos de brinquedos dentro da escola, o qual até hoje existe com o nome de Los Angeles Toy Loan. Por conseguinte, este serviço difundiu-se para outros países como África do Sul, Argentina, Austrália, Bélgica, Canadá, China, Estados Unidos, Finlândia, França, Grã-Bretanha, Itália, Japão, Noruega, Portugal, Irlanda, Suécia e Suíça na década de 60, cujo objetivo foi de assegurar às crianças condições para brincar com os brinquedos adequados para a idade e com segurança do atendimento de brincar sem infringir as leis do homem, nesta perspectiva o atendimento adquire em cada país características próprias e denominações diferentes.

Cunha (2007) relata que no Congresso Internacional de Pediatria realizado em 1974 no Centro de Convenções Anhenbi na cidade de São Paulo - Brasil foi apresentado um trabalho por uma equipe de pediatras da Suécia sobre a importância do brinquedo na recuperação de crianças hospitalizadas e na prevenção da saúde mental, o qual estimulou nos participantes do evento a vontade de trabalhar com brinquedos e criar espaços que propiciassem as atividades lúdicas de maneira livre e espontânea. A partir de então começou a acontecer o reconhecimento no Brasil sobre a importância do brincar no desenvolvimento da criança.

Por ocasião da inauguração do Centro de Habilitação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais-APAE, na cidade de São Paulo, ocorreu uma exposição de materiais e brinquedos pedagógicos com a finalidade de socializar com pais, funcionários e professores o que havia no comércio desses objetos, pois as pessoas que tinham interessavam pelo assunto não sabiam onde localizar os brinquedos, e os próprios fabricantes não dispunham de verbas para divulgá-los. A partir deste momento instituiu-se dentro da APAE o departamento de Recursos Pedagógicos, e em 1973 esse setor implantou a primeira Ludoteca no Brasil, na qual todos os brinquedos e materiais pedagógicos passaram a ser emprestados conformes os serviços de uma biblioteca (FRIEDMANN, 1992).

Estudo desenvolvido por Esteves (2010) em Manaus/AM, produzido a partir de sua tese intitulada “Compreendendo a criança e o adolescente com Câncer em tratamento

quimioterápico durante a utilização do brinquedo”, conclui que os profissionais que atuam nos serviços pediátricos devem compreender que a criança é vida, liberdade, e o brincar faz parte da sua existência e não deve ser dissociado de sua rotina diária. Diante de seus resultados, através da atividade voluntária na ONG<sup>2</sup> “Anjos da Enfermagem”, implantou e implementou a Ação Curricular de Extensão (ACE<sup>3</sup>) denominada “ O brincar no hospital”, realizada na Fundação de Hematologia do Amazonas – FHEMOAM, que coordena pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), reforçando que o brincar e brincadeira deveria ser uma preocupação dos profissionais que assiste a criança com doença grave e crônica como o câncer, pois auxilia a minimizar o estresse da criança decorrente do tratamento quimioterápico e seus efeitos colaterais durante a hospitalização.

Considerando os aspectos psicológicos, pedagógicos e sociológicos da criança, a atividade do brincar, no contexto da hospitalização infantil, apresenta-se como um recurso importante para o acolhimento e redução dos efeitos da internação hospitalar, demonstrando que este serviço poderá funcionar a partir de uma noção muito ampla de ser humano e de ser criança, enfrentado no momento de situações desconhecidas e/ou dolorosas.

### **3.2 Atividade do Brincar**

O brincar é apresentado por Cordazzo e Vieira (2007) como uma atividade predominante da infância e vem sendo explorado no campo científico, com a finalidade de caracterizar as suas peculiaridades, identificar as suas relações com o desenvolvimento e com a saúde e intervir nos processos de educação e de aprendizagem das crianças.

De acordo com Ferreira (2012), o brincar é definido por “divertir-se infantilmente, entreter-se fingindo certa situação, dizer ou fazer algo por brincadeira” (p.116).

O brincar para Melo e Valle (2005) representa uma linguagem própria durante a infância, ao brincar a criança aprende sobre seu mundo, tempo e espaço, expressa sua realidade, ordena e desordena, constrói um mundo que lhe seja significativo às necessidades intrínsecas para seu desenvolvimento integral.

Para Castro et al. (2010), o brincar é essencial na infância para o desenvolvimento físico e emocional, visto que quando a criança é estimulada à brincar ocorre modificações fisiológicas no sistema imunológico favorecendo aumento das suas células de defesa do

---

<sup>2</sup> A ONG Anjos da Enfermagem é desenvolvida em vários estados brasileiros, vinculado ao Conselho Federal de Enfermagem

<sup>3</sup> ACE é uma Ação Curricular de Extensão, vinculada ao programa de Atividade Curricular de Extensão da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Amazonas.

organismo, desta forma, ocasiona implicações na melhora do humor, proporciona a distração, suaviza a ansiedade e o choro, aumenta o apetite e melhoram a adesão ao tratamento através da interação com a brincadeira.

O brincar para a criança em sua totalidade possui inúmeras funções e de acordo com Almeida (2005), conhecer o ambiente a sua volta; brincar pela satisfação de divertir-se é um ato recreativo e prazeroso que promove contentamento a sua necessidade de “ser” criança; oportuniza e estimula a capacidade para aprender novas habilidades e propicia a socialização, funcionando como técnica para alívio da angústia e atendendo sua necessidade afetiva decorrente do momento peculiar que está vivenciando.

Nesse contexto, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA vem assegurar à criança e ao adolescente os direitos essenciais inerentes à pessoa humana, através da atenção integral à infância com a provação da Lei nº8069/90. Esta lei dispõe em seu Artigo 4º que:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2010).

Mediante o direito da criança no que concerne à atividade do brincar, inegavelmente de uma maneira espontânea as brincadeiras oportunizam e trazem vantagens às crianças em todas as etapas de sua vida (VYGOTSKY, 2007).

Klisy (2010) argumenta que o desenvolvimento da criatividade e da coordenação motora, o estímulo da imaginação e das habilidades podem ser trabalhadas nas brincadeiras de acordo com seus interesses e limitações independentes da faixa etária da criança.

A partir do ponto de vista de Ferrari, Alencar e Viana (2012) a brincadeira é classificada em dois tipos distintos: recreativa e terapêutica. Na recreativa o objetivo central é o prazer e a distração com participação espontânea da criança, não sendo estruturadas, uma vez que estão sem acompanhamento profissional, porém no ambiente hospitalar esta brincadeira proporciona relaxamento, pois deve aproximar a criança de sua realidade cotidiana a qual não deve estar dissociada durante a hospitalização.

As atividades terapêuticas classificam-se em: ludoterapia e brinquedo terapêutico, a primeira consiste em uma técnica psicoterápica empregada em algum tipo de distúrbio psicológico e o terapêutico refere-se a técnica que utiliza um brinquedo estruturado

(adquiridos prontos), visando transformar o ambiente hospitalar em um espaço humanizado, potencializando a aprendizagem e o desenvolvimento, com o intuito de possibilitar à criança o alívio da ansiedade e do medo experienciado no ambiente desconhecido, proporcionando-lhe bem-estar emocional e físico (BERSCH; YUNES, 2008).

Moraes (2001) apresenta a classificação da brincadeira em faz-de-conta, onde a criança usa a imaginação, reconhecida como simbólica; realística utiliza interação com situação real da brincadeira e turbulenta exhibe movimentos bruscos, manifestando expressão facial engraçada e ao mesmo tempo não apresenta expressão de ressentimento, veste fantasias, caminha conversando com o colega e discute regras.

Ainda nesta mesma linha de considerações, Vygotsky (2007) afirma que a função do brinquedo é exatamente fazer com que os anseios das crianças em idade pré-escolar se tornem realizáveis, por tanto, se não existissem os desejos, logo não existiriam os brinquedos para resolver essa tensão, pois no mundo ilusório e imaginável da criança chamado brinquedo, os desejos não realizáveis podem ser realizados.

### **3.3 A Criança Hospitalizada, o Brinquedo e suas Interfaces**

Whaley e Wong (2014) descrevem que o brincar é o mecanismo eficaz para reduzir o estresse da criança ocasionado pela hospitalização. O brincar como “Trabalho” é essencial ao seu bem estar mental, emocional e social fazendo parte do desenvolvimento infantil mesmo a criança estando doente ou hospitalizada, pois permite representar brincando seus sentimentos negativos.

Conceição et al. (2011) desenvolveram a temática sobre brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa ambulatorial: percepção dos pais e acompanhantes, resultados evidenciaram que o procedimento invasivo causa sofrimento para os pais e acompanhantes pelo fato de presenciarem as reações de aflição do filho e por não poderem evitar esse sofrimento, conseqüentemente eles aprovam a estratégia de preparo e acreditam que o conhecimento sobre o procedimento diminui o medo, acalma e promove a segurança deles e da criança, além de constituir-se em um atendimento de enfermagem humanizado e de qualidade à criança e família.

A utilização de brinquedos terapêuticos com crianças hospitalizadas, para Mitre e Gomes (2007), fornecem mecanismos que ajudam a vivenciar o novo momento da hospitalização, a qual poderá proporcionar alívio da dor, podendo ser usado sempre que a criança sentir dificuldade para compreender e lidar com suas angústias, medo, aflições e

desejos, favorecendo a superação de conflitos e frustrações geradas pelo processo de internação hospitalar.

O Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), lançado em 2000, o qual busca melhorias nas instituições hospitalares e na formação educacional de seus profissionais, aprimorando as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2001).

Desta maneira o PNHAH retrata que a humanização hospitalar constitui um recurso poderoso e necessário na unidade pediátrica, pois dentro do imaginário infantil permeado por medos e angústias, esses pequenos pacientes deverão ser compreendidos e tratados, de modo a minimizar os fatores predisponentes e desencadeantes do processo de hospitalização.

Quando uma criança é tratada compreensivamente, Soares (2001) refere que ela age de maneira mais receptiva, evidenciando o quanto é indispensável a inclusão do processo de humanização para ajudá-la no resgate de um melhor acolhimento e bem-estar durante a hospitalização.

A humanização hospitalar pediátrica contempla a atividade do brincar, direcionando os profissionais de enfermagem para o desenvolvimento das boas práticas do cuidado com um olhar diferenciado perante a realidade adversa vivenciada pela criança hospitalizada. Miranda, Begnis e Carvalho (2010) consideram que um dos caminhos para resguardar a realidade adversa desses pequenos pacientes internados em instituições hospitalares, é a busca por uma estruturação adequada às necessidades infantis, objetivando uma perspectiva humanizadora do atendimento.

A brincadeira durante a hospitalização para Whaley e Wong (2014) tem função fundamental de diversão e relaxamento, além de proporcionar segurança em um ambiente estranho, auxiliando na redução de situações estressoras como a separação e o sentimento de estar longe de casa, alívio de tensão e expressão sentimentos, interação e ações positivas em relação ao outro, ideias e criatividade, podendo assim também beneficiar a assistência de enfermagem prestada.

A brincadeira no ambiente hospitalar de acordo com Fortuna (2007) é uma ferramenta de intervenção empregada para construir estratégias de enfrentamento em relação à internação hospitalar, comunicação e possíveis conflitos decorrentes da própria doença e do momento vivido.

A criança pode através da atividade do brincar, expressar sentimentos variáveis, e Azevedo et al. (2007), afirmam que o brincar é um instrumento de grande importância durante a internação hospitalar, facilitando a relação de comunicação, e consisti em suavizar as

resistências da criança, deste modo, estimulando o desenvolvimento da autoconfiança, na medida em que estes pacientes são preparadas para experiências decorrentes da doença e da hospitalização.

O Cuidar com a utilização de brinquedos para Lemos et al. (2010) é um dos meios mais eficientes de assistir uma criança hospitalizada, pois o brincar se configura como uma ferramenta para restaurar a relação de ajuda, na medida em que subsidia sua expressão não verbal e modifica o cotidiano de sua internação, pois mexe com o seu mundo imaginário, fazendo com que haja uma oscilação entre este mundo e o mundo real, superando desta forma as barreiras da doença durante a hospitalização.

Cunha (2007) destaca o impacto que a internação da criança causa em sua rotina de vida, contudo por um lado existe a expectativa da recuperação e por outro a tristeza e a ansiedade pelo trauma que a hospitalização pode acarretar. Diante dessa situação o aspecto emocional do ser criança fica ainda mais aflorado, favorecendo sentimentos como o temor da solidão e angústia pela ausência da família, fazendo com que dependendo de sua idade, crie fantasias amedrontadoras a respeito do ambiente hospitalar.

Silva e Corrêa (2010) em um estudo sobre reflexão das vantagens, desvantagens e dificuldades do brincar no ambiente hospitalar, referem nos resultados encontrados, que as mães percebem o brincar no ambiente hospitalar como uma forma importante para a distração, alegria e que acalma seus filhos durante a internação, constituindo-se em recurso viável e adequado no processo de hospitalização ajudando deste modo em sua recuperação.

Para Hansen et al. (2007) a criança hospitalizada expressa e compreende por intermédio do brincar seus sentimentos e pensamentos sobre suas vivências ao longo processo de adoecimento e hospitalização. Considera ainda que em uma perspectiva reflexiva se faz necessário reconhecer como este pequeno ser compreende, sente e denota a hospitalização através da atividade do brincar, uma vez que é um meio que a auxilia expor suas incertezas, medos e anseios.

Viana, Sakita, Polastrini (2006) elucida que a hospitalização da criança pode originar graves prejuízos para o seu desenvolvimento, fato este a depender do tempo de internação e da gravidade da doença. Portanto, as restrições do ambiente hospitalar relativo ao espaço físico e as próprias limitações decorrentes da enfermidade causam a ausência de estímulos e diminuição das possibilidades de exploração do meio, podendo dessa forma comprometer o desenvolvimento infantil.

Na hospitalização pediátrica, Soares (2001) descreve que existem determinados problemas decorrentes do descuido de questões referentes aos aspectos psicológicos,

pedagógicos e sociológicos envolvidos no processo de internação. Nesse sentido, se faz necessário levar em consideração que cada criança tem sua etapa de desenvolvimento inerente, uma vez que essas fases são contínuas, e após uma fase, decorrerá naturalmente a outra, no entanto, os efeitos da internação hospitalar podem variar em decorrência da idade, experiências anteriores deste ambiente, e de variáveis individuais em função das habilidades de enfrentamento presentes em cada um.

Parcianello e Felin (2008) ressaltam que a criança hospitalizada vivencia um período de grande sofrimento psíquico, potencializado pelo afastamento dos pais, do lar, dos amigos, pela dependência, pela restrição ao leito, pela obediência aos procedimentos e pelo perigo da morte. Além disso, tem o seu corpo exposto a procedimentos de investigação e tratamento, invadindo sua privacidade, ocorrendo assim uma quebra de sua identidade devido a hospitalização que pode ser considerada pela criança uma experiência invasiva e traumática.

Estudo realizado por Xavier, Almeida e Regazzi (2010) intitulado “As Estratégias terapêuticas de enfermagem como minimizantes do estresse da criança hospitalizada”, demonstrou que o cuidar da criança durante a doença e internação hospitalar é complexo e dinâmico, pois o cuidador precisa conhecer as suas próprias limitações e necessidades para cuidar do outro, integrando saberes e ações, no sentido de está em constante aprimoramento relacionado aos conhecimentos afins que permita a ampliação da visão a respeito do ser cuidado, sobre tudo estar sensibilizado a dor, temores e angústia da criança.

Durante a internação hospitalar infantil é fundamental considerar que a questão social do contexto da criança não deve ser esquecida no momento da hospitalização. Nesse sentido, relacionar a atividade do brincar na unidade nosocomial permite atender este pequeno ser em sua integralidade, e assim, obter benefícios e oportunidades reais para realizar suas brincadeiras, resgatando e garantindo os direitos da criança, muitas vezes desrespeitados.

### **3.4 A Enfermagem e Processo do Cuidar Diante da Dor**

Ao longo da evolução humana a dor é um fenômeno universal, experienciado de certa forma em algum momento da vida. A palavra dor deriva do latim da palavra “poena” e é definida como uma “sensação a qual a pessoa experiencia desconforto, angústia, ou sofrimento devido a estímulos de nervos sensitivos” (FREE, 2002, p.143).

A Associação Internacional para o Estudo da dor (IASP, 2013) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada a um dano real ou potencial.

Durante muito tempo a dor foi considerada como uma reação a um estímulo do nervo sensorial, funcionando apenas como um mecanismo de proteção do organismo. Atualmente sabe-se que a dor é muito mais complexa do que um sistema de ação e reação, é reconhecida mais como uma experiência do que como uma sensação (BERNACCHIO; CONTIN; MORI, 2005).

Por outro lado Viana, Sakita e Polastrini (2006) afirmam que a manifestação da dor, sua intensidade e sua expressão sofrem interferências dos fatores ambientais, sociais, religiosos, filosóficos, culturais e raciais, podendo-se levar em consideração experiências progressas e estados mentais. Portanto, é considerada uma sensação, mais também um fenômeno emocional que leva a um comportamento de fuga e proteção.

A percepção da dor em pediatria para Silva, Tacla e Rossetto (2010) é complexa e abrange fatores fisiológicos, psicológicos, comportamentais e de desenvolvimento. A queixa de dor é muitas vezes subestimada, e conseqüentemente subtratada pela deficiência de manejo dos profissionais de saúde.

Fisiologicamente a dor acontece em decorrência de estímulos intensos que lesam o tecido nervoso e desencadeiam reação inflamatória (humoral<sup>4</sup> e celular<sup>5</sup>) com liberação de mediadores químicos<sup>6</sup>. Esses mediadores vão desencadear alterações vasculares e imunológicas inflamatórias, que por sua vez ativam os receptores sensoriais<sup>7</sup>, ou reduzem seu limiar de excitabilidade (GUYTON; HALL, 2006).

Para a equipe de enfermagem avaliar a dor em criança hospitalizado Kanai e Fidelis (2010) destacam que é necessário conhecer os instrumentos disponíveis, humanização, desenvolver a percepção relacionada à sua experiência ao lidar com a dor de cada criança,

---

<sup>4</sup> Humoral é uma subdivisão da imunidade adquirida onde a resposta imunológica é realizada por moléculas existentes no sangue, denominadas de anticorpos, produzidos pelos linfócitos B, diferente da imunidade mediada por células, que são realizadas pelos linfócitos T. (GUYTON A.C., HALL J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. p. 598-607).

<sup>5</sup> Celular consiste na ativação de macrófagos por meio de linfócitos T auxiliares para eliminar microrganismos fagocitados. É um mecanismo eficiente para eliminar-se organismos intracelulares, os antígenos. (GUYTON A.C., HALL J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. p. 598-607).

Mediador químico - quando é produzida por uma fibra nervosa excitada e atua como intermediária nas transmissões de impulsos nervosos até os receptores por meio das sinapses químicas. <<http://www.infoescola.com/bioquimica/mediadores-quimicos/>> Acesso em 03 de set. de 2014.

<sup>7</sup> Receptor sensorial - é a estrutura que reconhece um estímulo no ambiente interno ou externo de um organismo <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Receptor\\_sensorial](http://pt.wikipedia.org/wiki/Receptor_sensorial)> Acesso em 03 de set. de 2014

<sup>6</sup> Mediador químico - quando é produzida por uma fibra nervosa excitada e atua como intermediária nas transmissões de impulsos nervosos até os receptores por meio das sinapses químicas. <<http://www.infoescola.com/bioquimica/mediadores-quimicos/>> Acesso em 03 de set. de 2014.

<sup>7</sup> Receptor sensorial - é a estrutura que reconhece um estímulo no ambiente interno ou externo de um organismo <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Receptor\\_sensorial](http://pt.wikipedia.org/wiki/Receptor_sensorial)> Acesso em 03 de set. de 2014.

ressaltando a fragilidade do ser infante, a racionalização da utilização de analgésicos e o diálogo com os familiares e com a criança.

Importantes avanços têm ocorrido em relação à avaliação da dor com a validação de critérios objetivos que podem ser utilizados em diferentes locais e possibilitam as comparações de estudos. Para Gonçalves, Pereira e Cezar (2007) a dor é descrita como o quinto sinal vital, e precisa sempre ser registrado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que são avaliados os outros sinais vitais.

Para assegurar o tratamento adequado da dor na área de pediatria e evitar ao máximo a subjetividade, Grégorie e Finley (2008) enfatizam que a “avaliação da dor é realizada por meio de um escore e deve ser usada regular e sistematicamente, e não somente “conforme necessário” ou quando um profissional de saúde achar que uma criança pode estar com dor” (p.6).

De acordo com Costa, Lima e Ferrari (2012) os profissionais de enfermagem não estão preparados para aliviar a dor e o sofrimento durante o cuidado prestado à criança, algumas considerações nesse sentido são importantes e devem ser observadas: o relato de dor pela criança é a melhor referência que deve ser avaliado; mudanças de comportamento e reações como choro, irritabilidade, isolamento social, distúrbios do sono e da alimentação são parâmetros de um quadro algico; recém-nascidos e crianças pré-escolares não apresentam menor sensibilidade aos estímulos dolorosos do que as de idade escolar e adultas.

As dimensões de dor avaliadas por Linhares e Docas (2010) podem ser de acordo o tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crônica), o contexto de dor (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico), assim como as características da dor (localização, intensidade, duração e qualidade afetiva).

A padronização da avaliação da dor como quinto sinal vital e o seu tratamento adequado é possível ser desenvolvido através de protocolos de avaliação e manejo da dor, o qual poderá promover a tomada de decisões para o alívio da dor na criança em todas as faixas etárias (LEMOS; AMBIEL, 2010).

Ainda sobre a avaliação, Fragata (2010) expõe que a avaliação da dor em criança decorre da “complexidade” dos fatores que influenciam a percepção da mesma, tais como sua expressão e a própria interpretação dessa expressão. Nesse sentido, é importante lembrar que as memórias da criança aos processos dolorosos podem adaptar-se as suas futuras reações inerentes às novas experiências dolorosas.

As práticas e condutas relacionadas ao cuidado da dor apresentam uma multidiversidade na assistência à saúde, contemplando profissionais de diversas

especialidades. Nesse sentido, o preparo da equipe de saúde não necessita limitar-se apenas aos procedimentos hospitalares, mas ao desenvolvimento de sua habilidade e competência para gerir suas ações, valendo-se de seus próprios conhecimentos para intervir de maneira segura e eficaz, por meio de uma atitude humanizadora de resgate da saúde pessoal e coletiva no que tange ao alívio da dor e sofrimento de crianças hospitalizadas, apontando propostas diversas, ao invés de eleger uma única técnica para minimizar a dor e o sofrimento (SILVA et al., 2007).

Estudo realizado por Viana; Dupas; Pedreira (2006) intitulado: “A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva Pediatria”, verificaram que a avaliação da dor depende da interação entre o profissional, a criança e a família, e que há fatores subjetivos do profissional que cuida envolvido neste processo, desta forma a sensibilização do profissional na avaliação da dor parece aumentar a constatação e aperfeiçoar o tratamento, pois as escalas de avaliação podem ter a sensibilidade alterada segundo o aplicador.

“Dor em pediatria: o papel da assistência de enfermagem junto à criança com dor” foi um estudo realizado por Costa, Lima e Ferrari (2012) no qual elucidaram que a avaliação efetiva da dor em pediatria tem sido um desafio para a equipe de enfermagem, haja vista, que é importante compreender as características do desenvolvimento e comportamento infantil para avaliar e quantificar a dor nesta fase da vida. Considerando a importância da avaliação da dor em nosso meio, o enfermeiro enquanto membro de uma equipe multiprofissional necessita estar preparado para utilizar atividades alternativas no tratamento a fim de minimizar o sofrimento da criança, priorizando seu bem estar durante o período de permanência no hospital.

Os profissionais de enfermagem devem ser comprometidos, na identificação da dor nas crianças, porém, há fragilidade quanto ao conhecimento relacionado ao controle da dor, pois suas habilidades com a dor se restringe as técnicas farmacológicas e não visualizam o problema de forma mais ampla, impossibilitando um melhor manejo da dor e da assistência à criança hospitalizada (SILVA et al., 2011).

Das inúmeras atribuições do enfermeiro diante do cuidado, é importante que o mesmo reflita sobre os princípios bioéticos da autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência. Esses princípios são subsidiários à dignidade humana, tornando-se um componente essencial da qualidade do cuidado (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O cumprimento da ética deve estar pautado na responsabilidade dos profissionais de saúde em todas as ações no processo de cuidar ou de gerenciar as atividades assistenciais.

Como afirma o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (BRASIL, 2004), na Resolução COFEN Nº. 293/2004 no Artigo 16 do CAPÍTULO III -Das Responsabilidades: Propõe “Assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”. Diante de práticas iatrogênicas ao paciente, o profissional de saúde poderá responder ética, civil e penalmente.

O profissional de enfermagem no processo do cuidar diante da dor, é um participante ativo e indispensável, que deverá estar disponível e atento para buscar novos saberes, e assim, identificar possíveis alterações comportamentais, visando desempenhar suas atividades assistenciais de maneira individualizada, diferenciada e integral, reafirmando a importância de um cuidar autêntico, aplicando suas competências técnicas diante do ser cuidado, conforme as necessidades reais deste pequeno ser durante cada momento da hospitalização.

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

### 4.1 Abordagem e Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório, pois descreve as características de delineamento do fato, buscando compreender e explicar um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um espaço mais profundo das diferentes relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave. O método qualitativo capta e descreve a essência dos fenômenos abordados, não apenas uma visão subjetiva dos acontecimentos, visando assim a explicação das causas de sua existência, origens, relações e mudanças, esforçando-se por intuir suas consequências na vida humana (Triviños, 2012).

A pesquisa qualitativa para Teixeira (2006), o pesquisador procura reduzir a distância entre a teoria e os dados, o contexto e a ação, através de uma análise lógica da compreensão, descrição e interpretação do fenômeno. As experiências pessoais do pesquisador são elementos importantes na análise e compreensão dos fenômenos estudados.

Sobre o tipo de estudo exploratório descritivo, Triviños (2012) assim descreve:

Os estudos exploratórios descritivos permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema. O pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes, maior conhecimentos para, em seguida planejar uma pesquisa descritiva ou de tipo experimental. O estudo descritivo pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade. (...) Quando se estabelecem relações entre variáveis, o estudo se denomina estudo descritivo e correlacional. (...) Estes estudos têm por objetivo aprofundarem a descrição de determinada realidade (p.110; 112).

### 4.2 Contexto da Pesquisa

Inicialmente foi realizado contato com o hospital de referência infantil, que pertence a Secretaria Estadual de Saúde situada na cidade de Manaus-AM, o qual oferece atendimento à saúde na fase desde o nascimento à adolescência, composto por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional para autorização do estudo, através da carta de anuência (ANEXO A).

O Instituto de Saúde da Criança do Amazonas – ICAM foi inaugurado em 18 de agosto de 1998 e em 2009 passou por reforma ampliada de sua capacidade física, totalizando

uma área de 9.639,05m<sup>2</sup> construída, com criação de seis novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) divididos em clínicos e cirúrgicos e salas de Centro Cirúrgico com média e alta complexidade para cirurgias neonatais e videolaparoscópicas, sendo as mais comuns: hérnias inguinais e umbilicais, criptorquias, fimoses, nódulos cervicais, diagnóstico diferencial das linfonomegalias, hemangiomas, malformações umbilicais, refluxo gastroesofágico, derrames pleurais, malformação ano-retal, Hérnias diafragmáticas (SAME, 2014).

O corpo clínico é composto por uma estrutura mista de profissionais concursados pela Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM) e serviços terceirizados (médico, enfermagem e laboratório).

Tem a missão de garantir assistência ambulatorial e hospitalar de boa qualidade às crianças do Estado do Amazonas contribuindo com o ensino, pesquisa e desenvolvimento das políticas públicas de saúde (SAME, 2014).

Este hospital infantil possui 130 leitos operacionais divididas em sete unidades de internação assim distribuídos: 11 leitos na UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) cirúrgico, 6 leitos na UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) clínico, 5 na USI (Unidade de Semi-Intensivo); 22 na clínica cirúrgica, e 24 na Pediatria I (clínico) localizado no térreo (prédio hospitalar) da instituição; 31 leitos na Pediatria II (clínico) no 1º piso, 31 na Pediatria III no 2º piso, perfazendo um total de 86 leitos de pediatria clínica. A taxa de ocupação hospitalar varia em média por ano em 72,70%, com taxa de permanência de 8,30 dias apresentando índice de rotatividade de 2,61% (SAME, 2014).

A clínica cirúrgica cenário da pesquisa possui 22 leitos distribuídos em quatro enfermarias, sendo duas de seis leitos e duas de cinco respectivamente. A forma de organização de espaços dos leitos não segue um agrupamento por faixa etária, e sim conforme a demanda de necessidade. A escala mensal de serviço é composta por sete (7) enfermeiros onde quatro atuam no horário diurno e três no noturno, os quais possuem escala diária fixa no setor (ICAM, 2014).

No hospital âncora da pesquisa não possui brinquedoteca e/ou atividades recreativas para atender as necessidades lúdicas das crianças hospitalizadas amenizando, desta forma, os possíveis estresses decorrentes do tempo de doença/hospitalização, que alteram suas rotinas diárias.

De acordo com os dados fornecidos do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) referente ao ano de 2013, o ICAM atendeu 13 mil pacientes, dos quais 1.304 foram admissões na clínica cirúrgica para atendimento realizado de acordo com os procedimentos

especializados, entretanto houve causas de mais de uma intervenção cirúrgica no mesmo paciente, totalizando desta forma 2.322 procedimentos cirúrgicos/ano.

Ao compararmos os procedimentos cirúrgicos realizados em agosto de 2013 (230 cirurgias) com os dados obtidos referentes ao ano de 2014, evidenciamos que só no mês de agosto, já aconteceram 724 cirurgias, apresentando um aumento de mais de 100% de procedimentos cirúrgicos realizados no mesmo período no ICAM (SAME, 2014).

Após conhecimento dos dados identificamos que a clínica cirúrgica apresenta maior número de procedimentos invasivos e dolorosos realizados pelos profissionais que as assistem.

A opção pelo ICAM se deu por ser um hospital escola dos diversos cursos de graduação da área da saúde, acolhendo a residência médica e enfermagem das universidades de Manaus/AM, possibilitando a formação de recursos humanos para a realidade da região amazônica. A partir da experiência profissional na docência nesta unidade hospitalar, esta pesquisa se mostra de grande relevância para as instituições de saúde, sociedade, equipes multiprofissionais que atuam na assistência pediátrica, e familiar, preenchendo deste modo, a lacuna existente na cidade de Manaus/AM em assistir a criança em sua integralidade.

Após recebimento da liberação do CEP para coleta de dados, houve reunião com a Coordenadora do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) do ICAM, no qual foi entregue o documento de aprovação e em seguida a pesquisadora teve acesso às dependências da clínica, iniciando o processo de conhecimento e empatia com os funcionários de cada plantão da clínica cirúrgica, a fim de socializar-se com a equipe e desenvolver a pesquisa.

#### **4.3 Participantes da Pesquisa**

Sobre os sujeitos da pesquisa Triviños (2012) descreve: “Considera a participação do sujeito como um dos elementos de seu fazer científico, apoia-se em técnicas e métodos que agrupem características *sui generis*, ressaltam sua implicação e da pessoa que fornece as informações” (p. 138).

Os participantes da pesquisa foram pré-selecionados mediante a leitura do prontuário, considerando como critério de inclusão: crianças internadas na clínica cirúrgica nos meses da coleta dos dados no Instituto da Criança do Amazonas - ICAM, no período diurno (7h às 13h); Respeitar a faixa etária de referência (04 à 12 anos); Ambos os sexos; Crianças que forem submetidas a procedimentos dolorosos e invasivos; Estar em condições de brincar,

consciente e interagindo com o meio ambiente, bem como verbalizar ou indicar suas necessidades e Critérios de Exclusão para a seleção da amostra: Crianças portadoras de agravos no quadro clínico, impossibilitados de realizar a atividade do brincar.

Os participantes da pesquisa foram 16 crianças, com idade entre 4 à 12 anos de ambos os sexos, pois a partir dos quatro anos a criança começa a ser capaz de distinguir sensações diferentes e de verbalizar e representar dor e medo (BARROS, 2003), sendo nove masculino e sete do feminino, que estiveram internadas na clínica cirúrgica, submetidas a procedimentos dolorosos e invasivos e que estavam em condições de brincar, consciente e interagindo com o meio ambiente, bem como verbalizar ou indicar suas necessidades.

O estudo consistiu em escolha intencional dos participantes de acordo com critérios de inclusão, exclusão e saturação teórica das informações para fundamentar e atender os objetivos do estudo.

Fontanella et al. (2011) conceituam saturação como uma ferramenta empregada em pesquisa qualitativa na área da saúde, sendo utilizada para suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

A saturação teórica se dá levando-se em consideração uma combinação dos seguintes etapas: 1. Disponibilizar os registros de dados “brutos”, 2. “imersão” em cada registro, 3. Compilar as análises individuais, 4. Reunir os temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria, 5. Codificar ou nominar os dados, 6. alocar (numa tabela) os temas e tipos de enunciados, 7. Constatar a saturação teórica para cada pré-categoria ou nova categoria, 8. “visualizar” a saturação (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A escolha intencional para Fontanella, Ricas e Turato (2008) inclui como referência a técnica empregada em abordagem qualitativa, em que se institui o encerramento ou ampliação do tamanho final da amostra, de forma que, quando os dados obtidos passam a apresentar repetições e reincidências, a inclusão de novos sujeitos é interrompida, não sendo considerado relevante prosseguir a coleta dos dados, sendo necessária a concepção do acontecimento em estudo em seus distintos aspectos sobre a ótica do pesquisador.

Para garantir a privacidade e o sigilo quanto à identidade das crianças e informações contidas no instrumento, adotou-se a substituição dos nomes próprios por fictícios respeitando o gênero de cada criança.

As características do perfil das crianças hospitalizadas na clínica cirúrgica que participaram do estudo encontram-se no Quadro I, com seus respectivos nomes fictícios.

ORDEM	NOME FICTÍCIO	SEXO	IDADE	DIAGNÓSTICO
C1	Superman	M	12 anos	Hipospádia
C2	Mulher maravilha	F	05 anos	Descolostomia com abaixamento de íleo/ colectomia total
C3	Batman	M	04 anos	Nefrectomia
C4	Hulk	M	04 anos	Nefrectomia
C5	Mulher Gato	F	05 anos	Nefrectomia
C6	Thor	M	05 anos	Hiatoplastia
C7	Homem Aranha	M	07 anos	Hidrocele A/E
C8	Bat Girl	F	04 anos	Neurourectomia D. /adrenolectomia/ esplectomia/ TU colins
C9	Mulher invisível	F	05 anos	Retossigmoidoscopia (obstrução Intestinal)
C10	Mulher Hulk	F	12 anos	Gastrectomia subtotal/ hepatoctomia/gastrojejuno anastomose (Laparotomia)
C11	Capitão Planeta	M	12 anos	Fístula vesico cutânea/ infecção F.O.
C12	Homem de Ferro	M	09 anos	Estenoso de reto/fecaloma
C13	Flash	M	08 anos	Magacolon congênito
C14	Super Girl	F	08 anos	Colelitíase/ Colectomia
C15	Elektra	F	06 anos	Colectomia
C16	Wolverine	M	06 anos	Hipospadia

**Quadro I** – Características dos Participantes da Pesquisa.

#### 4.4 Coleta de Dados

Para Triviños (2012) o diário de campo, consiste em descrever todas as manifestações exatas que o observador percebe no sujeito tais como: postura, toques e contato visual; linguagem verbal e não verbal; tom de voz; vocabulário, resultados de conversas informais, comportamentos contraditórios com as falas vivenciadas, devendo registrar as reflexões que surgirem durante a observação dos fenômenos, inclusive as relacionadas às questões teóricas e/ou metodológicas.

O procedimento de coletado dos dados foram registrado através de um diário de campo (APÊNDICE C), realizado durante os meses de fevereiro à Março de 2015, diariamente de segunda a sexta feira no período matutino das 07:00 às 12:00h, porém houve dias em que a coleta não era efetivada pela ausência de procedimentos invasivos ou dolorosos ou as crianças que seriam submetidas não estavam contempladas nos critérios de inclusão.

As anotações no diário de campo foram realizadas individualmente com as crianças colaboradoras do estudo, que de acordo com Bastos e Duquia (2007) revelam que o estudo transversal traduz a relação de causalidade, ou causa e efeito dos fatos com a prontidão, não havendo necessidade da existência de um período de seguimento.

O diário de campo para Minayo (2014) objetiva registrar em tempo real, atitudes, fatos e fenômenos percebidos no campo de pesquisa, deste modo, o relato escrito poderá se constituir relações entre as vivências da pesquisa e o aporte teórico científico e/ou adquirido pelo pesquisador, por seu próprio interesse, realizando os acontecimentos diariamente, sempre datando, sinalizando os sujeitos envolvidos, o local, a situação observada, as condições que podem estar interferindo no fato, a influência da rotina e as normas institucionais do fenômeno. É importante ressaltar que as observações registradas no diário de campo constituem de relações informais, significativamente valiosas no tratamento qualitativo dos dados obtidos.

Seguindo as orientações de Minayo (2014, p 63):

O diário de campo é pessoal e intransferível. Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que no seu somatório vai congrega os diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação. Quanto mais rico for em anotação o diário, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e a análise do objeto estudado.

No primeiro momento através dos prontuários foram identificadas as crianças que seriam submetidas a procedimentos dolorosos e invasivos, registrando no diário o sexo, idade, diagnóstico de internação.

#### **4.5 Produção de Dados**

Durante a permanência da pesquisadora na clínica cirúrgica, foi possível estabelecer relação de empatia entre equipe de saúde, crianças e familiares, cultivando assim, a confiança. Para Norena Pena e Cibanal Juan (2011) a comunicação estabelecida com as crianças tem papel fundamental na mediação das suas experiências e nas ideias que elaboram sobre o processo saúde/doença, valorizando positivamente o cuidado no ambiente hospitalar e reconhecem que a interação dos profissionais assistenciais abrange todo um conteúdo afetivo e social.

O caminho percorrido que antecedeu o primeiro contato com a criança foi de grande relevância para o aprendizado, por proporcionar conhecimento prévio de sua situação em seu processo de saúde/doença no ambiente hospitalar, sendo submetida a procedimentos não comuns a sua rotina diária.

A partir desse momento era possível conhecer mesmo que superficialmente a condição de saúde da criança, e a possibilidade de convidá-la a participar do estudo, direcionando as observações com base na problemática do estudo registrando no diário de campo.

Diante das informações era traçado um perfil do quadro e das condições de saúde das crianças na enfermaria. A entrada na enfermaria era uma experiência renovada a cada dia, pois a mala vermelha chamava a atenção por não ser algo comum naquele ambiente. A abertura da mala era aguardada com ansiedade pelas crianças que apresentavam olhar de curiosidade, sorriso infantil e tímido em seu rosto, iniciando os primeiros contatos face a face.

Todos os acompanhantes aceitaram o convite, permitindo que as crianças sob sua responsabilidade participassem da realização do estudo. Neste momento vale destacar que mesmo os acompanhantes apresentavam em seu olhar certa curiosidade em relação ao conteúdo existente na mala para a criança brincar.

Antes do início das atividades dos procedimentos dolorosos e invasivos realizados, iniciava-se uma aproximação com as crianças e pais ou responsáveis legais para estabelecer uma relação de empatia e confiança. Posteriormente foram fornecidas informações aos mesmos sobre o estudo, deixando claro o objetivo da pesquisa, a importância de sua

participação e disponibilidade em cooperar. Importante ressaltar que, todos responsáveis aceitaram sua participação como colaborador no estudo, afirmando que esta era uma excelente iniciativa, pois a depender do tempo de internação da criança, a mesma ficava ociosa, ocasionando inquietações durante a hospitalização.

À criança também era orientada utilizando-se uma fala acessível a sua compreensão na presença dos responsáveis, respeitada e ouvida sobre sua aceitação de brincar naquele instante. A partir daí eram expostos os brinquedos que incluía: bonecas, jogos eletrônicos (Tablete / Nitendo DS), pinturas, livros infantis e Gibis, quebra - cabeça, carros, balões e peão luminoso, identificando a disponibilidade e motivação da criança para desenvolver a atividade do brincar, por meio destas informações e, considerando sua faixa etária, escolheria dentre os brinquedos disponíveis os mais adequados para sua idade. Entretanto nem sempre o brinquedo escolhido era o referenciado pela literatura sobre os mais direcionados, fato este quando uma criança de pouca idade escolhia os jogos eletrônicos.

De acordo com o procedimento e orientação do profissional de enfermagem, os pais ou responsáveis legais, juntamente com a criança eram levados à outra enfermaria quando havia necessidade de realizar e/ou trocar um acesso venoso por não haver na enfermaria cirúrgica um local destinado para tal atividade, vale ressaltar que na maioria das vezes o procedimento era desenvolvido no próprio leito em frente dos demais pacientes, ocasionando medo e aflição entre os demais.

Quando a criança precisava ser submetida ao procedimento doloroso ou invasivo (diagnósticos ou terapêuticos), tais como: punções dos mais variados sítios de inserção, cateterismo vascular, administração de medicamentos intramuscular, endovenosos, subcutâneos, via oral; curativos; sondagem vesical e enteral, a equipe de enfermagem comunicava à pesquisadora que se encontrava junto com as crianças nas enfermarias realizando atividade do brincar como forma de proporcionar períodos de diversão e alegria em contraponto ao estresse da internação.

Neste momento a pesquisadora permanecia próxima proporcionando através da brincadeira distração da criança sem interferir diretamente no procedimento, somente interferia quando convidada para ajudar no manuseio da criança e/ou respondendo aos questionamentos da criança, pais e/ou responsáveis e profissionais relacionados ao procedimento que estava sendo executado. Desta forma, durante o procedimento o brinquedo escolhido, permitia chamar sua atenção para distração, minimizando possível desconforto, observado no momento de tensão que a criança estava vivenciando.

#### 4.6 Procedimentos Éticos

A proposta do estudo foi encaminhada ao Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. A coleta de dados efetuou-se após parecer favorável do CEP em Seres Humanos com CAAE N° 39416614.4.0000.5020, conforme Resolução 466/2012 do CNS, de acordo com os objetivos do estudo e mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2012). Os pais e/ou responsáveis legais foram orientados sobre o estudo e, estando de acordo com a participação, foi ratificado pela assinatura o Termo de Assentimento. A assinatura do Termo de Assentimento consiste em duas vias, na qual uma das vias pertence aos pais e/ou responsáveis legais.

O Termo de Assentimento refere-se ao documento que os pais ou responsáveis legais assinaram antes da realização da coleta de dados, assegurando o direito de receberem respostas e esclarecimentos a qualquer pergunta relacionada à pesquisa, bem como a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, deixando assim de participar do estudo, e ainda assegurando-lhes sigilo absoluto sobre sua identidade, e informações prestadas; os responsáveis foram informados quanto aos riscos, benefícios do estudo.

As informações coletadas e todos os documentos utilizados serão arquivados durante um período de cinco anos e em nenhum momento será divulgada a identidade do participante da pesquisa, estando sempre em absoluto sigilo.

As crianças, pais ou responsáveis legais foram informados sobre os riscos decorrentes da participação no estudo obedecendo aos princípios de não maleficência e beneficência. Cientificados, caso ocorressem potenciais riscos e incômodo que o estudo pudesse lhes acarretar durante sua avaliação e compreensão, seriam respeitados em suas singularidades, oferecendo assistência imediata e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessitasse; e assistência integral para atender as complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente da investigação.

Foi reiterado ainda que a sua participação seria interrompida imediatamente caso os pais ou responsáveis legais desistissem voluntariamente ou se o mesmo apresentassem quaisquer tipos de problemas pessoais, que venham impossibilitar a participação da criança ou qualquer outra eventualidade. Contudo, ao aceitar participar, os pais e/ou responsáveis legais, estariam contribuindo para a realização efetiva de práticas que visem promover a atividade do brincar como um instrumento de trabalho essencial ao cuidado da criança durante

o período de hospitalização, o qual se faz necessário e configura-se uma atitude humanizadora.

Para manter o sigilo dos dados e a identificação dos participantes foi preservado o anonimato através de nomes fictícios de super-heróis para substituir o nome próprio. Os nomes dos super-heróis foram escolhidos pela pesquisadora por ser um personagem humano que executa ações excepcionais, com coragem e bravura, com o intuito de solucionar situações críticas, tendo como base princípios morais e éticos.

#### **4.7 Análise dos Dados**

A análise foi desenvolvida com base no registro do diário de campo que se iniciou a partir da interação pesquisadora com a criança e pais ou responsáveis legais, através da observação atenta das alterações apresentadas pelas crianças no ambiente da clínica cirúrgica antes mesmo de serem submetidas aos procedimentos dolorosos e invasivos. Estabelecendo assim uma análise de cada momento obedecendo-se as orientações e procedimentos de Minayo (2014), a qual desenvolve técnicas de análise temática na pesquisa qualitativa subdivididas em três etapas:

1ª Etapa: pré – análise correspondeu a fase de organização e preparo do material, que foram selecionados os dados a serem analisados por meio da leitura exaustiva, para serem submetidos à nova análise e formulação de hipóteses, explorando o registro no diário de campo em notas de observação (N.O.), notas teóricas (N.T.) e notas pessoais (N.P) para determinar a palavra-chave ou frase.

Esse procedimento foi realizado pela pesquisadora através da leitura do registro contido no diário de campo, sobre o comportamento, tipo de reação em face da atividade de brincadeira com o brinquedo durante o procedimento doloroso e invasivo, ao qual a criança foi submetida. Neste momento, buscou-se apreender o significado atribuído por estas a cerca da execução do processo vivenciado;

2ª Etapa: exploração do material a partir do diário de campo, foram organizados, agrupados e categorizados com base na descrição do universo do estudo.

No estudo os comportamentos e reações apresentados pela criança foram submetidos à análise qualitativa de conteúdo, agrupando os trechos dos registros nos diários de campo que apresentaram convergência obtendo uma primeira ordenação temática;

A Elaboração de considerações acerca do processo foi analisada com base nos comportamentos vivenciados em cada situação, registrados no diário de campo. Esse procedimento permitiu identificar, os comportamentos e reações que possuem maior influência entre o fenômeno observado e o experienciado (positiva ou negativa), que poderia estar presente, relacionando aos objetivos estabelecidos pelo estudo.

3ª Etapa: tratamento e a interpretação dos resultados obtidos evidenciou a relevância do estudo, na qual o pesquisador propõe deduções e explicações, inter-relacionando-as com o quadro teórico, permitindo a abertura de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas a partir da leitura do material coletado.

“A interpretação de dados é a essência da pesquisa qualitativa, embora sua importância seja vista de forma diferenciada nas diversas abordagens” (Flick, 2009, p. 276).

A Análise acerca das observações diárias foi realizada através da articulação entre o fenômeno casual ou provocado pelos procedimentos dolorosos ou invasivos propostos, interagindo com as concepções teóricas de estudos científicos sobre os comportamentos e as reações da criança.

Do exposto, as técnicas aplicadas permitiram sinalizar comportamentos diferenciados que, poderiam fundamentar os fenômenos comportamentais investigados, respondendo os objetivos do estudo.

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 Contato inicial**

Os resultados foram apresentados de modo sistematizado buscando identificar se o brincar é uma ferramenta de alívio da tensão e dor ao assistir a criança hospitalizada diante de procedimentos dolorosos e invasivos. Para uma melhor compreensão do estudo após a fase de organização, agrupamento e categorização, emergiram quatro subtópicos temáticos a partir dos registros no diário de campo:

## 5.2 Perfil da criança hospitalizada

Tabela I - Caracterização do perfil da criança hospitalizada (idade e sexo) na clínica cirúrgica, Manaus-AM, 2015

FAIXA ETÁRIA	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
04 ANOS	02	01	03
05 ANOS	01	03	04
06 ANOS	01	01	02
07 ANOS	01	-	01
08 ANOS	01	01	02
09 ANOS	01	-	01
10 ANOS	-	-	-
11 ANOS	-	-	-
12 ANOS	02	01	03
<b>TOTAL</b>	09	07	16

Fonte: Diário de Campo

De acordo com a Tabela I, foi possível observar que a faixa etária das crianças hospitalizadas na clínica cirúrgica para tratamento cirúrgico prevaleceu como predominante a faixa etária de 04 a 06 anos (nove), seguida pelas de 07 a 09 anos (quatro) e por fim de 10 a 12 anos (três).

As faixas etárias de hospitalização na unidade pediátrica da clínica cirúrgica variavam, e o que chama a atenção foi a falta de interação entre as crianças naquele ambiente pela ausência de um local adequado com mesas, cadeiras e brinquedos de acordo com a idade de cada criança para a realização das atividades e em virtude dos diferentes momentos do tratamento e idade das crianças, na maioria das vezes, todos encontravam-se recebendo medicação por via endovenosa e em bomba de infusão ou em decorrência do medo em deambular devido a intervenção cirúrgica a qual foram submetidos.

Em relação à caracterização do sexo foram nove masculino e sete do feminino, este panorama ao ser associado com o brinquedo escolhido pela criança durante da observação da pesquisadora, evidenciou que cada criança independente do sexo optava por aquele brinquedo que lhe era interessante e de interesse no momento, não havendo critério para seleção exceto o

interesse da criança, pois o que parecia importar para ela na ocasião da hospitalização era a oportunidade de brincar.

O cenário da enfermaria cirúrgica apresentava internações decorrentes de cirurgias eletivas por diversas causas na qual estes pacientes permaneciam em média de três a quatro dias hospitalizados após o procedimento cirúrgico e em outras situações como: aguardando resultado de exames mais complexos, materiais e/ou instrumentos específicos para cirurgia a ser submetido, outras vezes a espera de vaga no mapa cirúrgico para realizarem um novo procedimento anestésico-cirúrgico de acordo com a complexidade do tratamento primário da internação em curso ou ainda por cancelamento, esta demora era variável, não havendo tempo determinado o que interferia decisivamente no tempo de permanência da criança hospitalizada.

“A criança com diagnóstico de correção de hipospádia estava aguardando vaga no mapa cirúrgico para ser submetida a um novo procedimento, pois houve rejeição do tecido enxertado [...] A presença do brinquedo em suas mãos durante a sessão do curativo permitiu por meio de expressão facial e da fala expor seus sentimentos de tristeza e fracasso o resultado do insucesso da cirurgia percebida a cada dia pela criança” (Super Man, 12anos).

É necessário avaliar o nível de compreensão do escolar de acordo com suas características individuais para definir a sua habilidade de assimilar informações, bem como reagir quando enfrenta situações de estresse. Para Piaget (2005) aos 12anos se alcança a lógica do pensamento, na qual a criança é capaz de conceituar os objetos, de realizar abstrações e de fazer deduções a partir das inter-relações entre os conceitos que conhece e os a serem conhecidos, adquirindo, portanto, sua autonomia. Nesse sentido, a criança consegue dominar com maior segurança as estruturas lógicas, com foco de sua atenção voltada mais para sua realidade.

“Escolheu o brinquedo de forma inibida [...] com receio e delicadeza pegou em suas mãos começando a brincar manifestou alegria, socializou com o mesmo de forma envergonhada, expressando palavras em voz baixa devido a presença de outras pessoas ao seu redor” (Bat Girl, 4anos).

Os comportamentos e reações emocionais eram características marcantes de acordo com a idade e o sexo ao escolherem os brinquedos contidos na mala vermelha e durante a submissão dos procedimentos, sendo que as emoções expressas pelas crianças foram evidenciadas como fatores de proteção para reduzir os efeitos decorrentes do processo de hospitalização.

### **5.3 Brinquedos de maior preferência utilizada durante a atividade do brincar com as crianças hospitalizadas diante dos procedimentos**

Vale ressaltar que pouco antes do procedimento quando era aberta a mala vermelha a primeira escolha da atividade com o brinquedo das crianças participantes do estudo estava relacionada para o que fazia parte do seu cotidiano domiciliar (boneca, carrinho, quebra-cabeça, jogos e materiais para pintar e desenhar) pegavam com certo entusiasmo por estarem tendo a oportunidade de rever algo até o momento não visto no ambiente hospitalar, segurando em suas mãos como se fosse o último momento para aquela atividade, manipulando-os por um determinado tempo, logo a seguir como por instinto deixava, para manusear brincando outro ainda em espera.

Durante a fase de exploração de cada brinquedo, as crianças demonstravam timidez, seguida de uma atenção cuidadosa na exploração das formas, tamanhos, texturas, cores, significância dos objetos. Esta situação exploratória é nata da criança em primeiro contato com qualquer conteúdo ou lugar, como forma de conhecer e reconhecer cada ambiente e objeto.

“Antes do procedimento, a criança diante do brinquedo foi atraída pela caixa de dominó da Minie<sup>®</sup> por suas cores em tom rosa [...] perguntou para sua mãe como jogava, segurou ajustando as peças em suas mãos e começou a jogar sempre buscando saber se estava jogando certo [...] reagia sorrindo, pulando mesmo sentado no leito encantada com a brincadeira” (Elektra, 6anos).

“Mostrou-se receptiva, sorrindo e comunicativa ao visualizar os brinquedos [...] seduzida pelo jogo eletrônico com capa vermelha segurou-o firmemente em suas mãos, apertou a tecla para ligar, escolheu o jogo na tela cuidadosamente e iniciou sua brincadeira solitária direcionando seu olhar de maneira concentrada a cada movimento que o jogo na tela realizava [...] em alguns momentos quando não sabia como proceder diante do obstáculo decorrente da complexidade do jogo perguntava para o pai que a acompanhava [...] vibrava entusiasmada todas as vezes que passava de fase inferiores para mais avançadas” (Mulher Hulk, 12anos).

Os brinquedos que não eram de seu conhecimento, causavam curiosidade para as crianças pelo fato de não saberem como utiliza-los e por chamarem sua atenção pelas cores e movimento interativo que proporcionavam, como: jogo nitendo DS<sup>®</sup> e tablet. As crianças verbalizavam fazendo perguntas aos acompanhantes e exploravam o brinquedo desconhecido tocando, segurando-o firme e permaneciam manipulando-o e analisando-o atenciosamente.

Em outro momento percebia pouco interesse da criança por alguns brinquedos da mala, sendo atraída por aqueles que lhes proporcionavam interação.

“A criança se encontrava deitada em seu leito, ao ver a mala de brinquedos escolheu a boneca. Entretanto, brincou por um pequeno espaço de tempo, trocando-o por pintar com giz de cera o desenho e posteriormente se interessou pelo jogo nitendo DS<sup>®</sup> que imediatamente esboçou um sorriso único observando atentivamente as cores e movimentos do jogo eletrônico nitendo DS<sup>®</sup> [...] Foi um momento intenso, seus olhos brilhavam optando em continuar brincando com o mesmo” (Mulher Gato, 5anos).

“A criança aparentemente estava tranquila no leito, receptiva e sorridente ao abrir a mala separou um carrinho o qual olhou manuseando atentamente, em seguida pegou o jogo Nitendo DS<sup>®</sup> [...] continuou brincando atraído pela interação que o mesmo proporcionava até a enfermeira iniciar o procedimento mantendo-se concentrado no jogo sem dar atenção aos movimentos ao seu redor” (Flash, 8anos).

Foi possível demonstrar que os brinquedos que despertaram o interesse imediato da maioria das crianças foram jogos eletrônicos (NITENDO Ds<sup>®</sup>), seguido de materiais para pintar e desenhar (papel, giz de cera, pincéis, canetinhas e lápis de cor), brincadeiras solitárias com boneca (características de princesa), carro atrativo pela cor forte e vibrante, pião luminoso que escolhiam por suas cores alegres e brilhantes reluzentes, ao impulsionar girando e apertando o dispositivo que deslizava sobre seu leito ou no chão, reagindo entusiasmado e despertava seu interesse, desenvolvia suas habilidades motoras ao manuseá-lo. O jogo da memória e balão muitas vezes perdiam rapidamente sua importância pelo fato da criança estar brincando sozinho.

“Uma fisionomia de alegria ficou visível no rosto da criança quando visualizava e pegava firmemente o jogo NITENDO Ds<sup>®</sup> em suas mãos, uma emoção de satisfação e entusiasmo surgia manuseando-o de um lado para outro” (Capitão Planeta, 12anos).

“Inicialmente tímida a criança olhou sorrindo para jogo NITENDO Ds<sup>®</sup>, logo surgiu o interesse em brincar, apresentando expressão corporal tranquila e semblante de paz [...] com sorriso no rosto manteve-se brincando” (Super Man, 12anos).

Em virtude das rotinas hospitalares as crianças e seus familiares são orientados a permanecerem no leito em sua grande parte do tempo, fato presente durante sua permanência na clínica.

O que chama atenção é a habilidade que as crianças escolares (idade de 7 a 8 anos) têm em se adaptar a nova situação, pois mesmo a enfermaria não sendo dividida por idade e sexo foi demonstrado que nesta faixa etária havia mais interação entre as crianças, na qual

poucos permaneciam deitados, exceto na hora dos procedimentos invasivos e dolorosos e quando estavam recém admitidos e em pós-operatório imediato, decorrente do medo e da ansiedade.

Diante do processo do cuidar era evidente certa desconfiança, temor e aborrecimento por parte da criança hospitalizada quando os profissionais que o assistiam se aproximavam principalmente no início da internação ao ser realizado os primeiros contatos. Entretanto, quando utilizavam os brinquedos apresentavam alegria e motivavam-se a brincar de forma descontraída, deixando o tempo passar despercebido e prazerosamente, sem se preocupar com o mundo ao seu redor, trazendo para si um ambiente de fantasia que só o brinquedo é capaz de proporcionar, fazendo-as esquecer por algum tempo a rotina do contexto hospitalar.

“Criança com diagnóstico de neurourectomia D., adenolectomia, espectomia e TU colins restrita ao leito, pois se encontra no pós operatório imediato, apresentava expressão facial apática, pouco comunicativa, chorosa e temerosa à aproximação. Ao perceber a mala vermelha de brinquedos ao seu lado, sendo-lhe oferecido atividade recreativa, reagiu com **um sorriso discreto, pediu ajuda para sentar no leito, separou a boneca olhando cada detalhe da roupa de princesa que a mesma usava, mais em seguida largou-a [...]** solicitou o lápis de cera para pintar o desenho no papel a qual **rabiscou colorindo cada espaço**, quando completou a pintura entregou para sua mãe [...] **timidamente pegou tablete** manuseando cuidadosamente demonstrando curiosidade. Sua mãe ligou e a criança **começou a brincar mesmo não sabendo como funcionava**, apertando os diversos botões do **jogo eletrônico** simultaneamente [...] possuía experiências anteriores de internação decorrente do diagnóstico clínico com necessidade de novas internações até atingir a excelência do procedimento de correção [...] . Ao observar a **aproximação da enfermeira** com a bandeja dos materiais do curativo, **demonstrou ansiedade buscando aconchego de sua mãe** que estava próxima, então começou a movimentar-se no leito de um lado para outro reagindo negativamente para evitar o procedimento [...] e reagiu ao toque da enfermeira empurrando sua mão, chorou discretamente, demonstrando medo. Foi solicitado pela enfermeira que olhasse para o brinquedo e brincasse. Focou sua atenção ao jogo, após prosseguiu cooperativa com o procedimento apesar do choro em alguns momentos [...] Ao término do procedimento aos poucos foi ficando descontraída e interagindo de forma positiva e mais intensa com o brinquedo” (Bat Girl, 4anos).

“Após a entrada de um técnico de enfermagem, a criança reagia imediatamente com um **olhar desconfiado, fixo e com expressão facial de temor** acompanhando-o em cada movimento com os olhos na enfermaria” (Superman, 12 anos).

A reação da criança é intensa diante dos procedimentos dolorosos e invasivos a ser realizado. Vale ressaltar que a reação da criança exposto acima diante da oportunidade de brincar foi intensa, haja vista, a mesma havia sido orientada a levantar-se para deambular, entretanto estava resistente a realizar a orientação da equipe de enfermagem e médica. Mas diante do oferecimento de brinquedo, foi gratificante presenciar a mudança do comportamento passivo de observação e medo, para ativo participante.

Ao observar as reações das crianças diante dos brinquedos era possível perceber expressões de alegria, satisfação, atitudes, olhar atento aos detalhes de cada brinquedo, interesse, desinteresse, desconforto pela ansiedade ocasionado pelo procedimento e curiosidade, que aos poucos começavam a adquirir significados no mundo das crianças.

A partir do momento que a criança via o profissional se aproximar para lhe prestar cuidados ficava assustada, temerosa à dor ou possível desconforto que o mesmo poderia lhe proporcionar. Orientados algumas vezes pela enfermeira ou pela técnica de enfermagem sobre o procedimento que seria submetida procuravam se concentrar no brinquedo escolhido, geralmente iniciava pelo carrinho os meninos menores, enquanto os maiores preferiam os jogos eletrônicos. A preferência das meninas menores era a boneca, seguida dos desenhos de colorir e jogos de panela, enquanto as maiores se interessavam pelo jogo eletrônico, mas manuseavam os jogos de tabuleiro, utilizando-o como ferramenta de enfrentamento àquele momento de estresse e medo, verbalizado através da fala trêmula, e rápida ou comportamento agressivo próprio da idade, e através de expressão corporal ao perceberem que não tinham o controle do momento vivido.

“A técnica de enfermagem não fez um contato prévio para informar o cuidado que iria realizar e se aproximou com o material para retirada e realização da punção endovenosa. Antes mesmo de tocar e iniciar a troca do acesso venoso, a criança neste momento reclamou chorando e gritando que estava doendo a punção. Manteve-se agressiva expressando palavras fortes e movimentos de ameaça para o profissional, deixando-o durante algum tempo em silêncio esperando a criança cooperar [...] o brinquedo neste momento ficou solto na cama visando minimizar o estímulo estressor que a criança vivenciava” (Mulher Invisível, 5anos).

“Durante a técnica de execução do procedimento que seria realizado, ao pegar o brinquedo em suas mãos a criança expressava em seu rosto um sorriso tenso desconfiado restringindo seu movimento corporal no leito, ficando com o olhar nesse momento dirigido e atraído pelo brinquedo e aos poucos se acalmava” (Homem Aranha, 7anos).

Torna-se relevante ressaltar que o preparo da criança para ser submetida ao procedimento, não foi visualizado antes e/ou durante a assistência, como uma rotina realizada pela equipe ao assistir o outro, fato essencial, por ser tratar de criança, com peculiaridades próprias em seu desenvolvimento psicológico e social. Sendo observado que, na maioria das vezes lhe era ocultado às informações iniciais em relação aos mesmos e, não raro, enganadas, tanto por seus pais como pela equipe que o assistia, quanto as etapas da técnica de execução e a sua finalidade. Nessa percepção, as situações vivenciadas pelas crianças ocasionavam temor pelo fato de não saberem lidar com o desconhecido e suas eventuais reações emergidas pelo

momento expostas e que muitas vezes lhes era cobrado uma postura e reação de amadurecimento físico e mental, mesmo não tendo maturidade e experiência para tal evento.

Vale destacar que a atividade do brincar escolhida pelas crianças de acordo com as etapas de execução dos procedimentos, ao longo da hospitalização, proporcionava reações de colaboração, distração e confiança, na maioria das vezes, ante a situação vivenciada e a idade da criança.

Haviam alguns profissionais da equipe de enfermagem que todo comportamento colaborativo apresentado pela criança, era reforçado por estes com verbalizações de elogios do tipo: “Parabéns”, “muito bem”, “você fez tudo direitinho”, “quando você se comporta assim, você fica mais bonita”, estimulando a criança e reforçando a importância de sua colaboração durante seu cuidado.

Por vezes algumas crianças menores expressavam choro, grito chamando pela mãe e resistindo ao procedimento movimentavam o corpo e as pernas. Mas assim que o cuidado prestado terminava algumas compartilhavam com o brinquedo suas emoções que não seriam capazes de externalizar naquele momento com seu acompanhante, como: acariciar a boneca, acalmando-a como forma de proteção, passando a projetar no brinquedo como gostaria de ser tratada.

Quando a criança não se apresentava colaborativa, um número significativo de profissionais não emitiam elogios, não estabeleciam relação de empatia de caráter distrativo, desenvolvendo um cuidado apenas técnico, sem procurar valorizar a troca e a nova experiência do momento vivenciado. Assim que o profissional se afastava da criança após o procedimento realizado, a mesma buscava interagir com o brinquedo demonstrando seus sentimentos e emoções não atendidos durante o cuidado.

“Uma cena surgia a partir do momento que terminava o procedimento, um semblante triste, olhar cheio de lágrimas, prolixo e postura encurvada voltada para o brinquedo, demonstrado um elo de confiança e companheirismo” (Mulher Invisível, 5anos).

Nesse sentido, se faz necessário que a criança venha construir e desconstruir seus conhecimentos através da demonstração de emoção, descontração, afetividade e respeito onde às diferenças individuais sejam reconhecidas pelos profissionais que às assistem.

As crianças escolares ao serem submetidas a procedimentos cerravam os lábios e enrijeciam o membro que seria instalado o acesso, segurando o brinquedo entre as mãos de forma rigorosa, transferindo sua temerosidade do procedimento ao brinquedo.

“A técnica de enfermagem ao tocar a criança inspecionando o local para troca do acesso venoso periférico, observou rigidez muscular, rubor em seu rosto e expressão facial de medo invisível para os olhos de quem observava [...]. Ao perceber tais reações, solicitou que a criança pegasse o brinquedo que estava brincando antes de iniciar o procedimento [...]. Ainda temeroso segurou firme o brinquedo expressando em seu rosto aos poucos relaxamento e distração” (Homem de Ferro, 9 anos).

#### **5.4 Reações da criança em atividade do brincar diante dos procedimentos invasivos e dolorosos**

Os procedimentos invasivos e dolorosos durante a vivência cotidiana da clínica cirúrgica apresentaram influências significativas nas reações das crianças, decorrentes dos diferentes momentos da internação, idade, experiências anteriores sobre a hospitalização, influenciando desde o grau de relacionamento com os familiares que o acompanhavam muitas vezes impacientes pelo tempo de internação, deixando que a criança percebesse tal inquietação, como também, toda a equipe de saúde que lhes assistiam e responsáveis de outras crianças.

A criança quando estava hospitalizada há uma semana ou mais, em decorrência da necessidade para continuidade do tratamento, permanecendo por uso de antibiótico ou por complicações do diagnóstico e tratamento, reagia de maneira mais colaborativa, se mostrando algumas vezes mais receptivas à alguns procedimentos pelo fato de já terem sido submetidas aos eventos estressores, outras vezes ainda, os procedimentos novamente lhes causavam temor, porém o brinquedo lhe proporcionava tranquilidade, segurança e estímulo positivo para sua recuperação.

“Ao ser comunicado sobre o curativo mostrou sociável pelo fato de estar internada há alguns dias estabelecendo relação de empatia e interagindo positivamente [...] apesar de reagir com choro discreto permitiu realizar o procedimento sem intervir...” (Elektra, 6anos).

“A criança estava internada há oito dias [...] com o brinquedo em suas mãos quando iniciou a retirada de pontos apresentou expressão facial de tensão, ansiedade, movimentando-se ao toque e choramingando, verbalizando que esperasse um pouco fechando os olhos e respirando profundamente [...] com olhos atentos direcionou o olhar para mãe e verbalizou medo com voz tremula, nesse momento, orientada pela enfermeira, voltou sua atenção ao brinquedo e colaborou, mantendo-se concentrada e tranquila até o final” (Mulher Hulk, 12anos).

Todas as crianças no período da manhã desenvolviam a mesma rotina no hospital, algumas aguardavam sonolenta o banho, outras dormiam mais um pouco por não terem passado bem a noite, e/ou por esperar a saída de outra criança do banho mantendo-se restritas ao leito. Nesse sentido, as reações das crianças na maior parte do tempo de hospitalização também variavam de acordo com os movimentos nos corredores, posto de enfermagem e enfermarias, seguidas de silêncio, olhar atento aos movimentos que aconteciam ao seu redor. A prática diária hospitalar influenciava no momento da execução dos procedimentos, deixando as crianças predispostas a comportamentos disfuncionais, percebido em seus rostos, configurando-se um desafio a ser superado durante as atividades assistenciais.

Devido à mudança na rotina domiciliar diária da criança, suas atitudes também mudavam no ambiente hospitalar, decorrente das reações desagradáveis e ameaçadoras, aflorando a expressão de angústia e sofrimento, evidenciado pelo despertar dos sons de choros e recusa, principalmente quando necessitavam serem submetidas a procedimentos invasivos e dolorosos, estas atitudes muitas vezes eram incompreendidas pela equipe de enfermagem.

Observou-se que a equipe de enfermagem não era a mesma a cada dia, pois esta trabalhava em escala de rodízio a cada 72 horas, não mantendo nenhum contato prévio com estes pequenos pacientes, exceto quando estavam escalados para tal enfermaria que também lhes era em alternância, dificultando a formação de vínculo para um relacionamento de confiança e empatia. Fato este que durante os procedimentos invasivos e dolorosos causava ainda mais temor realizado profissional desconhecido, impossibilitando a cooperação mútua entre a criança e profissionais de enfermagem, que poderia ser minimizado pela presença de um brinquedo durante o cuidado prestado.

Os comportamentos e reações observadas nas crianças na idade pré-escolar diante dos procedimentos com a atividade do brincar foram: verbalizar recusando, choramingar, gritar, chamar pelos pais, empurrar, movimentar o corpo. E aceitação nas de idade escolar as mais frequentes como: protestar, choramingar e sinalizar dor através de expressão facial.

Durante os procedimentos a maioria das crianças agia negativamente, gritando e empurrando a mão da enfermeira ou do técnico de enfermagem, todavia quando lhes chamavam a atenção com o brinquedo minimizavam esta ação com o choro apresentando comportamento cooperativo, na maioria das vezes, e outras ficavam atentas à atividade do brincar ou apresentavam curiosidade perguntando o porquê daquele cuidado.

“A criança se encontrava brincando em seu leito [...] mostrou-se receptiva e comunicativa [...] ao ser submetida a mais uma sessão de curativo na incisão cirúrgica reagiu tensa, ansiosa, com expressão facial de sofrimento devido ao possível desconforto e intolerância a dor proveniente do procedimento que ainda lhe causava medo [...] mais se manteve quieta com o brinquedo em suas mãos durante o cuidado” (Super Girl, 8anos).

“A criança reagiu assustada e recusou insistentemente o procedimento, pois já havia realizado em outras internações anteriores. Foi acalmada pela mãe e motivada pela atividade do brincar a permitir que acontecesse [...] logo a seguir a criança agiu negativamente, gritando e empurrando a mão da enfermeira, porém quando a mãe lhe chamava atenção com o brinquedo minimizava de certa forma um pouco o choro apresentando comportamento cooperativo em alguns momentos do evento” (Mulher Maravilha, 5anos).

Ao término da execução dos procedimentos planejados para a assistência da criança, chama atenção às falas através dos olhares entre as crianças assistidas e seus acompanhantes e para os profissionais que o/a assistia, demonstrando expressão facial de choro e medo, algumas neste momento rejeitavam a aproximação e o brinquedo por algum tempo, mesmo assim, permanecíamos realizando a observação e registrando um sinal de sua interação com o brinquedo no momento que decidia reiniciar.

Outras crianças continuavam descontraídas e não atentavam quando terminava o procedimento, no momento em que a enfermeira informava a finalização algumas até verbalizavam sorrindo dizendo: “não senti dor em tempo algum”.

Quando a criança apresentava comportamentos colaborativos, o procedimento ocorria mais rápido e a equipe de enfermagem realizava-o de modo mais satisfatório ao perceber a participação da criança.

Vale ressaltar a relação afetiva e emocional estabelecida por algumas crianças com a equipe de enfermagem relação não muito frequente, mas enriquecedora, especialmente quando utilizavam o brinquedo para interagir durante o cuidar nos procedimentos por ela realizado, deixando emergir uma relação de confiança entre quem cuida e quem é cuidado, evidenciando-se assim, que ao interagir com os brinquedos seus medos e inseguranças minimizavam ou mesmo eram colocados para segundo momento enfatizados através de gestos e expressões durante os procedimentos, sinais de confiança não apresentando muita resistência ao cuidado realizado.

### **5.5 Benefícios obtidos através da atividade do brincar durante procedimentos invasivos e dolorosos em crianças hospitalizadas.**

Foi possível inferir através das experiências vivenciadas que os benefícios das atividades do brincar evidenciados na pesquisa durante as etapas do procedimento realizado foram: 1. Promover as inter-relações entre as crianças, familiares e equipe de enfermagem, 2. Auxiliar as crianças no enfrentamento das experiências negativas vivenciadas no processo de internação, 3. Lidar com as perdas de sua realidade cotidiana como a perda de controle em seus círculos de amigos para os escolares, 4. Alterar o ambiente em que se encontra, favorecendo ainda preparar a criança pelo meio das informações condizentes para os procedimentos necessários à sua recuperação, deste modo amparando-as nos conflitos decorrentes da doença e da hospitalização.

Identificamos que o domínio da situação vivenciada com o brinquedo ficava comprometido quando lhe era informado pela equipe de enfermagem à execução de algum procedimento. Neste momento, a criança geralmente alterava seu comportamento, quanto a sua participação na atividade do brincar, deixando algumas vezes de exercer autonomia e compartilhar suas decisões sobre os cuidados que seriam realizados.

Percebeu-se a necessidade de uma relação humanizada eficaz, pautada na compreensão por parte dos profissionais que assistiam as crianças, assegurando o início dos cuidados assistenciais somente na presença dos pais, estimulando a atividade do brincar durante sua ausência, pois a presença, apoio e proteção do familiar, também minimizava a tensão gerada quando submetidas aos cuidados assistenciais.

“Mesmo com o brinquedo em suas mãos, a criança durante a troca do acesso venoso periférico demonstrou ansiedade, nervosismo, agitação e gritou pela mãe fortemente demonstrando expressão de insegurança diante do procedimento, pois era sua primeira internação hospitalar... [...] a mãe neste momento não estava na enfermaria porque havia saído para falar com alguém da família no saguão do hospital [...] a técnica não quis esperar seu retorno, pois tinha medicamento prescrito para o horário e continuou o procedimento, no entanto a criança continuou recusando chorando, movimentando-se e era evidente em seu rosto expressão de nervosismo do que de dor [...] ao término do procedimento voltou a brincar aguardando sua mãe, mas o soluço e a pele fria era presente” (Homem de Ferro, 9anos).

A criança em sua rotina domiciliar dedica a maior parte do seu tempo brincando, portanto, percebeu-se que no momento quando a criança era incentivada a brincar durante a realização dos procedimentos surgia uma oportunidade de conhecer um pouco de sua história de vida e assim proporcionar momentos lúdicos para sua descontração.

“Ao chegar no leito a enfermeira assistencial avisou sobre o procedimento a ser realizado, porém não explicava sua finalidade [...] a reação imediata da criança era expressão facial de medo e movimento corporal ao toque durante a retirada do esparadrapo” (Thor, 5anos).

Foi possível observar que na maioria das vezes o brinquedo proporcionava segurança, confiança, distração e encorajamento ocasião em que havia a necessidade do procedimento o qual a criança seria submetida, sendo notável que seu comportamento indicativo de tensão era minimizado quando sua concentração estava voltada para o mesmo.

“A criança agiu confiante e segura durante o procedimento após ser incentivada a brincar [...] permaneceu atenta, olhou sorrindo para jogo eletrônico apresentando expressão corporal tranquila e semblante de serenidade, cooperando com o procedimento” (Super Man, 12anos).

Diante das reações e comportamentos era possível observar que o brincar na preparação da criança ao ser submetida ao procedimento doloroso e invasivo era necessário para proporcionar distração, auxiliando a superar a ansiedade causada pela doença e pela internação, permitindo também ao profissional ter um olhar diferenciado para as reações emocionais da criança diante de algumas condições que são entendidas por elas como ameaçadoras.

As crianças submetidas aos procedimentos dolorosos e invasivos evoluíam de modo satisfatório na expressão de seus sentimentos, apontando o brincar como uma atividade sensivelmente prazerosa quando a equipe de enfermagem interagia com brinquedo utilizando-o para informá-la e prepará-la sobre o procedimento, ao término sempre reagem comunicativos e alegres permanecendo brincando e estabelecendo relação de empatia e confiança com a equipe que o assistia.

“Os brinquedos eram oferecidos para a criança que instantaneamente era recebido com um sorriso estampado no rosto. A enfermeira informava ao acompanhante e a criança sobre o procedimento. Manteve-se concentrada no jogo escolhido apresentando fisionomia alegre e tranquila, quando a enfermeira trouxe a bandeja e iniciou a administração de Medicamento (antibiótico) por via endovenosa (subclávia)” (Batman, 4anos).

“a criança se encontrava sentada no leito apresentava-se ativa, comunicativa interagindo com a mãe, foi então oferecido os brinquedos [...] prontamente pegou o boneco em suas mãos reconhecendo como um super herói (Hulk) manuseou e deixou ao lado ao visualizar o jogo nitendo DS® permanecendo brincando [...] A enfermeira fez contato com a criança para iniciar o procedimento, seguiu apresentando expressão facial de medo [...] mas voltou sua atenção ao jogo e colaborou ativamente na execução do procedimento. Ao término do procedimento manteve-se atento ao jogo, apresentou-se comunicativo e sorrindo estabelecendo relação de empatia com a enfermeira” (Homem Aranha, 7anos).

Durante a hospitalização quando a criança era submetida a um procedimento observava-se que o uso do brinquedo lhe auxiliava a conviver com as mudanças em sua vida cotidiana à medida que necessitava enfrentar situações estressoras, desconfortáveis e dolorosas. Contudo, o brinquedo não é uma ferramenta mágica alterando de imediato o comportamento da criança e suas características inerentes, logo não se deve esperar que a criança não reaja ou não chore durante a ameaça de seu mundo de sonhos.

“Durante o uso com o brinquedo a criança foi surpreendida pela maneira que a técnica de enfermagem agiu ao tocar em seu braço de maneira aparentemente indelicada ao realizar o procedimento [...] assustada gritou e movimentou o corpo repetidas vezes [...]. Foi solicitado pela enfermeira que olhasse para o brinquedo e brincasse, em seguida focou sua atenção ao jogo, após prosseguiu cooperativa com o procedimento apesar do choro em alguns momentos [...] Ao término do procedimento aos poucos foi ficando descontraindo e interagindo de forma positiva com o brinquedo” (Bat Girl, 4anos).

“ao iniciar o procedimento a enfermeira foi logo retirando o esparadrapo, nesse momento a criança apresentou movimento corporal de assustada referindo dor e incômodo devido ao modo como havia sido manipulada [...] estimulada pela mãe voltou sua atenção para o jogo sem dar atenção aos movimentos ao seu redor, somente interagiu sorrindo” (Flash, 8anos).

Enquanto a criança se divertia com o brinquedo antes do procedimento seguia calmo, expressivo e comunicativo, porém durante o cuidado, somente se manteve cooperativo quando era orientado pelo profissional para se concentrar no brinquedo.

A hospitalização é um momento marcante na vida das crianças principalmente quando esta necessita de nova internação, desta forma foi possível observar no transcurso do processo de adoecimento e hospitalização da criança a oscilação de humor ao longo dos dias, apresentando sentimento de alegria quando havia melhora do seu estado geral, e tristeza e apatia na piora do quadro clínico.

“Ao longo do período da internação sempre chorava e rejeitava o cuidado prestado de acordo com o relato da enfermeira, pois havia se internado outras vezes pelo mesmo problema [...] todas as ocasiões que necessitava da intervenção da equipe de enfermagem ficava inquieto e choramingando a qualquer manipulação [...] com ajuda de sua mãe segurando o jogo brincava ao iniciar a administração de Medicamento (antibiótico) por via endovenosa (subclávia), agiu de maneira diferente do habitual [...] sorriu, não chorou, ficando quieto e cooperativo durante o procedimento para a surpresa de todos [...] prosseguiu concentrada no brinquedo, interagiu sorrindo com a enfermeira e depois continuou brincando [...] ao termino continuou descontraindo, relaxado e em nenhum momento apresentou reação negativa ou que pudesse interferir no cuidado realizado” (Batman, 4anos).

Durante as etapas do procedimento havia momentos de comunicação entre a tríade criança, família e profissionais que auxiliavam na atividade do brincar no sentido de cooperar com o mesmo, incentivando e direcionando sua atenção ao brinquedo para tranquilizá-la e facilitar a realização do procedimento.

“A criança era acalmada pela mãe e motivada a brincar pela enfermeira ao ser submetida ao procedimento [...] chamava-lhe atenção com o brinquedo que minimizava o choro apresentando comportamento cooperativo” (Mulher Maravilha, 5anos).

Outro benefício do brincar encontrado no estudo foi o estímulo para comunicação, o qual faz parte do desenvolvimento humano.

“Enquanto a enfermeira posicionava o material para realizar o curativo, a criança acompanhava com os olhos seus movimentos [...] reagindo com curiosidade questionou sobre o procedimento, a enfermeira respondeu tranquilizando-a e mantendo o diálogo no decorrer do cuidado” (Flash, 8anos).

“Enquanto o curativo estava sendo realizado, a criança era acalmada pela mãe por estar chorando [...] ao ser motivada pela enfermeira a brincar chamando sua atenção com o brinquedo, minimizava o choro apresentando comportamento cooperativo” (Wolverine, 6anos).

“A mãe apoiava e orientava para não mexer durante o curativo na incisão cirúrgica [...] no momento a criança apresentava apreensiva e nervosa [...] enquanto o curativo estava sendo realizado a criança ficava mais sossegada quando sua atenção era desviada para o jogo” (Homem Aranha, 7anos).

“Durante a execução do procedimento quando o profissional de enfermagem incentivava a criança a focar sua atenção no brinquedo, era observada a compreensão e aceitação da criança pela maneira como conduzia a atividade com o brinquedo facilitando a execução no procedimento” (Mulher Hulk, 12anos).

## **6 DISCUSSÃO**

Através dos resultados encontrados no estudo a partir das observações sobre o brincar como ferramenta de alívio da tensão e dor no assistir à criança hospitalizada diante de procedimentos dolorosos e invasivos registrado no diário de campo, será apresentada uma discussão da análise dos significados atribuídos pelo fenômeno casual e estimulado na criança comparando-a e conversando com a literatura científica da área em confronto aos resultados obtidos.

### **6.1 Perfil da criança hospitalizada da Clínica Cirúrgica (idade e sexo)**

No presente estudo foi possível identificar a predominância na faixa etária entre quatro à seis anos e de sete à nove anos relacionado à idade das dezesseis crianças participantes.

O estudo realizado por Alves et al. (2015) sobre caracterização dos procedimentos cirúrgicos em crianças internadas na unidade pediátrica de um hospital escola durante três anos, identificaram a realização de 2.360 procedimentos nesse período de estudo o universo de colaboradores foi do sexo masculino, em relação a faixa etária as crianças de três anos de idade foram os mais expostos à intervenção cirúrgica. A clínica responsável pelo maior número de procedimentos foi à cirúrgica infantil, seguida pela ortopedia e hematologia. Os procedimentos mais realizados foram apendicectomia, correção de fraturas e malformações congênitas, punção líquórica e procedimentos decorrentes de causas externas, como: queda, acidente de trânsito, queimaduras e mordida de animais.

Corroborando com este, estudos realizados sobre o perfil dos diagnósticos de Hospitalização de crianças no município de Blumenau – SC envolvendo crianças em tratamento cirúrgico de um hospital escola foi observado o predomínio de morbidades em crianças no sexo masculino em relação ao feminino (ADRIANO; BERGAMASCHI; ARCOVERDE, 2010; SILVEIRA et al., 2011).

De acordo com as informações obtidas sobre as internações entre crianças e adolescentes do município de Manaus-AM pelo Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de Janeiro de 2008 à Junho de 2015, foram notificados 263.880 internações, onde 110.395 destas acometeram crianças do sexo masculino e 153.485 do feminino (BRASIL, 2015). Avaliando o panorama do estudo em relação ao sexo com maior ocorrência de intervenção cirúrgica é possível inferir que os meninos possuem

maior possibilidade de ser submetidos aos procedimentos de internação para intervenção cirúrgica.

Simões et al. (2010) ao caracterizar o estado nutricional de crianças e adolescentes hospitalizados na enfermaria de cirurgia pediátrica em um grupo heterogêneo, com idades variadas divididos em grupos etários (lactente, Pré-escolar, escolar e Adolescente), o resultado evidenciou que a maioria eram crianças pré-escolar e escolar, seguidas dos adolescentes e dos lactentes (0- 2 anos).

As internações são mais frequentes em crianças pré-escolares, em decorrência de queimaduras originadas no domicílio, fato este justificado pelas características peculiares do desenvolvimento infantil tais como: imaturidade e curiosidade, dando início a exploração do ambiente e atração pela luminosidade das fontes, o qual as crianças ficam mais vulneráveis às situações de riscos, o que é potencializado pela supervisão inadequada dos responsáveis, necessitando de ações de promoção e prevenção que capacitem e sensibilizem os pais e a população em geral (BISCEGLI et al., 2014).

Em semelhantes estudos sobre o perfil das crianças hospitalizadas vítimas de queimaduras, Oliveira et al. (2013) caracterizou que houve predominância em crianças menores de 2 anos, seguidas pelas crianças de 2 a 5 anos, 5 a 8 anos e entre 8 a 12 anos os menos acometidos, com maior prevalência no sexo masculino em relação ao sexo feminino. Dados estes compatíveis com a pesquisa realizada e comparados com o artigo de Coutinho et al. (2010), nas quais se obteve maior número de casos em indivíduos do sexo masculino pelo fato de haver uma maior exposição ocupacional e doméstica.

Em relação à caracterização do sexo das crianças internadas que contribuíram com o estudo foram nove masculino e sete do feminino, não havendo diferença significativa.

Entretanto, Silveira et al. (2011) ao caracterizar crianças submetidas a tratamento cirúrgico em um hospital de ensino no sul do Brasil, constatou que a maioria das crianças internadas no período eram do sexo masculino, estavam em idade escolar, sendo o diagnóstico mais comum as apendicites agudas e a média de dias de internação foi em torno de cinco dias.

De acordo com os resultados obtidos sobre caracterização das internações em um hospital escola que atende a crianças com câncer em Londrina-PR, permitiram identificar que o câncer infantil mais comum foi a leucemia, prevalecendo crianças do sexo masculino com idades entre 1 a 4 anos, o autor conclui que estes dados podem fornecer informações para a tomada de decisões dos gestores de saúde no planejamento da assistência a criança com

câncer, visando contribuir na construção de hipóteses em estudos epidemiológicos a serem investigadas futuramente para favorecer a excelência multiprofissional (BAUER et al., 2015).

Em relação a faixa etária encontrada na pesquisa, Natali et al. em estudo ecológico de séries temporais, publicado em 2011 na cidade de São Paulo, evidenciou que as internações hospitalares por doenças respiratórias na infância ocorrem no começo do outono e acometem crianças até 5 anos independente da causa específica, afirma ainda que quanto menor a faixa etária maior o número de internações, sendo que as afecções respiratórias mais recorrentes são as pneumonias e broncopneumonias.

Nesse sentido, a criança com pneumonia que não recebe tratamento adequado com antibióticoterapia e drenagem do espaço pleural pode evoluir para um quadro cirúrgico com a decorticação ("minitoracotomia") (GONTIJO; PEREZ-BÓSCOLLO, 2009).

Outro achado de destaque do panorama da clínica cirúrgica está relacionado ao tempo de permanência decorrente de cirurgias eletivas por diversas causas na qual estes pacientes em média ficavam de três a quatro dias hospitalizados após o procedimento cirúrgico e em outras situações como: aguardando resultado de exames mais complexos, materiais e/ou instrumentos específicos para cirurgia a ser submetido, outras vezes a espera de vaga no mapa cirúrgico para realizarem um novo procedimento anestésico-cirúrgico de acordo com a complexidade do tratamento primário da internação em curso ou ainda por cancelamento, esta demora era longa o que interferia decisivamente no tempo de permanência da criança hospitalizada. Este dado viabiliza uma mudança no contexto hospitalar da criança, o qual emerge uma necessidade de suprir as carências física, psíquica e emocional do processo de hospitalização.

Considerando as principais causas de internação associada a hospitalização infantil, Caetano et al. (2002) evidenciou que as infecções respiratórias agudas decorrente das precárias condições de vida e a falta de acesso as unidade de saúde são fatores determinantes dessa morbidade hospitalar. Caracterizou ainda, além das doenças do aparelho respiratório, internações relacionadas ao baixo peso ao nascer, intercorrências neonatais, doença crônica, óbito de irmão menor de cinco anos, ser cuidado pela avó durante o dia, elevado número de pessoas habitando no domicílio e nível de escolaridade materna baixa.

Estudo comparado aos dados científicos pesquisados, Anjos et al. (2009), observaram que a internação de crianças acometidas por varicela em um hospital universitário do Recife, apresentou 255 casos, destes, o sexo masculino teve maior número de crianças hospitalizadas na faixa etária entre 1 a 4, este grupo é susceptível a problemas de saúde em virtude de seu sistema imunológico ainda está em desenvolvimento, e existe um risco maior de

complicações, seguido de 5 a 9 anos, e de menores de 1 ano e o tempo de internação apresentou uma maior frequência no período de 1 a 5 dias, sendo a duração média da hospitalização de 7,5 dias.

Em relação ao tempo médio de permanência hospitalar das crianças encontrado na pesquisa, Rumor e Boehs (2013) ao descreverem sobre o impacto da hospitalização infantil nas rotinas das famílias monoparentais em hospital público do Sul do país, foi relatado que as crianças permaneciam em média cinco dias internadas em decorrência principalmente da antibioticoterapia endovenosa.

Carvalho et al. (2010) afirma que definir o tempo de permanência da criança na clínica cirúrgica é complexo, pois está sujeito a inúmeros fatores associados tais como: estado físico e mental, tipo de procedimento, tipo de anestesia, riscos cirúrgicos, comorbidades, situações sócio-econômicas assim como as condições e os hábitos regionais. Além disso, cada especialidade define critérios de alta, os quais devem ser seguidos de forma precisa e rotineira, garantindo menor tempo de internação, redução de custos hospitalares e maior segurança ao paciente.

É possível afirmar que os resultados das pesquisas de Rumor e Boehs (2013) e Carvalho et al. (2010) se assemelham aos resultados encontrados na pesquisas ora em estudo referente ao tempo de permanência.

Em concordância, Molina et al. (2008) ao caracterizar o perfil epidemiológico a partir de consulta aos prontuários e às Declarações de Óbito das internações na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de Maringá, no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006, encontraram das 418 internações ocorridas no período do estudo, que o maior percentual era do sexo masculino, tendo prevalência significativa juntamente com os lactentes, com tempo de internação de aproximadamente dez dias, sendo que as causas mais frequentes de internação foram afecções do aparelho respiratório, envenenamentos e causas externas (acidentes e violências).

Por conseguinte Moura et al. (2010) destacam que as causas de internação infantil mais frequentes de acordo com a faixa etária ocorrem em menores de nove anos prevalecendo as gastroenterites infecciosas e suas complicações (sinais de desidratação) devido a imaturidade do sistema imunológico e peculiaridades da microbiota, asma e pneumonias bacterianas; em idade entre nove à dezenove anos permanecem as gastroenterites infecciosas e complicações, seguidas das infecções no trato urinário e asma, contudo, independente da faixa etária, as gastroenterites infecciosas e suas complicações sempre ocuparam o primeiro lugar nas causas de internação.

Bassols, Zavaschi e Palma (2013) em estudo sobre a criança frente à doença e à finitude da vida relatam que a experiência de adoecimento e hospitalização que a criança passa, emerge de maneira inevitável os sentimentos de morte, solidão, despedida e luto. Enfatizam ainda nesse sentido a necessidade de ajudá-las a elaborar decisões que possam abraçar atitudes ajustadas e fidedignas as circunstâncias do quadro clínico e da sobrevivência das crianças adoecidas, propiciando o cuidado através da prevenção e o alívio do sofrimento.

## **6.2 As preferências das atividades do brincar das crianças hospitalizadas diante dos procedimentos**

Durante a observação da criança diante da escolha dos brinquedos de sua preferência era possível visualizar reações de timidez, seguida de uma atenção cuidadosa das formas, tamanhos, texturas, cores, significância dos objetos e como utilizá-los, descobrindo as minúcias cada um como uma forma de conhecer e explorar o brinquedo desconhecido tocava segurando-o firme e permaneciam manipulando-o e analisando-o atentamente.

Os dados encontrados na pesquisa sobre o critério para escolha de um brinquedo mostraram que é importante saber se ele está adequado para evolução da criança no que diz respeito aos fatores biológico, cognitivo e psicossocial do seu desenvolvimento, Santos e Monteiro (2014) referem que as crianças até dois anos de idade manejam os brinquedos a seu modo, em alguns jogos não percebem a existência de regulamentos/regras, somente a partir de dois anos em diante começam a entender a existência dos princípios que norteiam sua funcionalidade, porém não compreendem completamente as normas da brincadeira, geralmente esse entendimento inicia aos cinco ou seis anos, quando suas atitudes e brincadeiras se tornam mais coletivas.

No que tange ao desenvolvimento infantil, Santos e Pacheco (2012), observaram que os fatores que tornam um indivíduo vulnerável são classificados como: de natureza biológica, a prematuridade, desnutrição, baixo peso, lesões cerebrais, atraso no desenvolvimento; de natureza psicossocial, a família desestruturada, o desemprego, a pobreza, a dificuldade de acesso à saúde e educação; e por último de natureza genética, pais com desordens afetivas, esquizofrenia, desordens antissociais, hiperatividade, déficit de atenção e isolamento, que tornam as crianças potencialmente vulneráveis aos eventos estressores, consideradas, portanto, crianças em situação de risco que acarretam problemas ao desenvolvimento.

Em conformidade com a ideia de Kishimoto (2003), o brinquedo deve ter valor experimental para a criança, permitindo a exploração e manipulação, dando ênfase a sua

estruturação fornecendo suporte à construção da personalidade infantil, bem como a importância da relação da criança em contato com seus pares e adultos, objetos e com o ambiente em geral para permitir o estabelecimento de afinidades. Ressalta ainda que o brinquedo assume função lúdica ao proporcionar encanto, entretenimento, prazer e até desprazer quando selecionado voluntariamente, auxiliando a criança como função educativa ao ensinar qualquer coisa que complete o indivíduo em seu saber, seus conhecimentos e sua apreensão do mundo.

Durante a permanência no hospital foi possível presenciar através da pesquisa que as crianças e seus familiares eram orientados a ficarem no leito em sua grande parte do tempo, com o intuito de minimizar o risco de contaminação diante dessas novas vivências experienciadas, permanecendo assim em seu leito sem convívio social, obedecendo às imposições dos profissionais que as assistiam. Os resultados elencados na pesquisa são compactuados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2005) enfatizando que as infecções relacionadas ao serviço de saúde em pediatria são importantes fatores complicadores da terapêutica da criança hospitalizada, uma vez que cresce a morbidade, a mortalidade, o período de internação hospitalar, as despesas e o sofrimento para a criança e sua família.

Para Zanella e Andrada (2002) a atividade do brincar faz parte de um processo importante para construção do sujeito em desenvolvimento, dessa maneira, os objetos com os quais a criança se relaciona, configuram objetos significativos que estimulará a comunicação e a cognição. Portanto, toda e qualquer instituição de atendimento infantil deverá cumprir o triplo papel de cuidar, socializar e educar, no sentido que as relações estabelecidas entre objetos, significados e ação, se transformam fazendo do brincar um instrumento de destaque nessa mudança.

Tal como aponta Grassi (2008) o jogo pode ser classificado de três formas de acordo com suas finalidade e maneiras de jogar: sensoriais, que auxiliam no desenvolvimento dos sentidos como as brincadeiras de cabra-cego, neste jogo, o sentido da audição é essencial; Raciocínio, que desenvolve a razão onde o xadrez e palavras cruzadas podem ser utilizados como jogos de dupla e estimula o entendimento (raciocínio) e motoras, que demandam a participação de todo o corpo, mais dependem principalmente dos músculos como é na brincadeira de pega-pega.

Por meio das observações realizadas foi possível presenciar que os brinquedos na maioria das vezes proporcionavam para as crianças do estudo: distração, aprendizado,

colaboração, criatividade, desinibição, harmonia, empatia, confiança e verbalização, mesmo em face as situações vivenciadas durante a execução dos procedimentos.

Reforçando a classificação das brincadeiras Ribeiro, Borba e Rezende (2009) e Ribeiro, Almeida e Borba (2008) definem-as em diferentes tipos relacionados à sua finalidade: recreativa, que diverte e distraia criança, da qual participa apenas pelo prazer de brincar; estimuladora, que proporciona o desenvolvimento das capacidades cognitivas, sociais, criativas e sensório-motoras da criança; socializadora, que leva a criança a estabelecer relações sociais com outras crianças, por meio da representação de papéis na brincadeira simbólica, aprendendo seu papel sexual (menino e menina) e o que é certo e errado; e terapêutica ou catártica, que possibilita diagnosticar situações difíceis vivenciadas pela criança, tendo função curativa, ao atuar como “válvula de escape”, diminuindo a ansiedade e aliviando suas situações de conflito (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

O Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro) (2005), orienta e normatiza o uso de brinquedos mais adequados por faixa etária conforme as recomendações dos especialistas do Inmetro. Os pais e/ou responsáveis legais devem estar atentos sobre as recomendações de segurança exigidas como medida de evitar acidentes, considerando sempre o interesse e o nível de habilidade da criança.

Ao longo da hospitalização da criança durante a observação realizada no estudo pôde-se perceber em alguns momentos diante de cada etapa (antes, durante e após) do procedimento a qual era submetida, reações de comportamentos e verbalizações que expressavam a princípio dúvida e timidez na escolha do brinquedo pela situação vivenciada e pela imaturidade da criança.

Entretanto, muitas vezes a criança mesmo com suas funções ainda não desenvolvidas na sua integralidade, sabe tomar decisões, escolher o que quer fazer, olhar e pegar as coisas que lhe interessam, interagir com as pessoas, expressar o que sabe fazer e mostra em seus gestos, em um olhar, em uma palavra, como compreende o mundo. Portanto, deve partir sempre das crianças a escolha do brinquedo por diversas razões tais como: emoções, experiências vividas e restrições. No momento da seleção da brincadeira é despontado um impulso aparentemente sem explicação direcionando sua opção, e que qualquer outra indicação sugerida naquela ocasião não atenderia suas necessidades, pois quando ocorre a intervenção do adulto na atividade da criança, esta pode deixar de ter o sentido de prazer, encanto, descoberta de novas formas, melhores resultados e implicações (CUNHA, 2007).

Considerando que a atividade do brincar preferida ou ideal para a criança deve ser mutável, dinâmica e estimulante, Santos e Dias (2010) ao discorrer sobre a categorização das

brincadeiras entre crianças do nordeste do Brasil e seus comportamentos lúdicos, evidenciaram que muitos ambientes de contextos urbanos onde estão inseridas podem ser considerados seguros e demandam pouco esforço físico quando comparados ao ambiente de adaptabilidade evolutiva, destacando que atualmente há um interesse crescente das crianças pelas atividades sedentárias como ver televisão, jogar vídeo game e navegar na internet influenciam na quantidade e qualidade da experiência vivida através da atividade do brincar que, por sua vez ocasiona implicações sérias no desenvolvimento de certas habilidades na criança.

É indiscutível que brincar é sinônimo de aprender, pois de acordo com cada fase a criança aprende brincando de uma forma diferente (DALLABONA; MENDES, 2004). Resultados semelhantes descritos na literatura de Vigotski (2008) afirma que durante a brincadeira a criança empenha esforço intenso e concentração da mesma maneira que quando começa a aprender a andar, falar e comer, portanto, no momento em que passa de uma faixa etária para a outra, seus motivos e impulsos para o ato de brincar também são modificados, nesse sentido, as atividades lúdicas, os jogos e as brincadeiras deveriam ter a sua importância reconhecida no desenvolvimento integral das crianças como um marco da idade.

Durante a atividade de brincar das crianças que participaram do estudo foi possível observar a inabilidade de alguns profissionais em reconhecer e compreender a criança nos distintos ambientes e momentos etários.

Conforme sugerem Rolim, Guerra e Tassigny (2008) as necessidades são distintas em cada fase da infância e vão mudando no decorrer de seu amadurecimento, com isso, a relação entre o desenvolvimento, o brincar e a intervenção são essenciais para a construção de novas experiências que vão surgindo na vida da criança. Nesse sentido, a brincadeira merece atenção e envolvimento, ao revelar-se como um instrumento de extrema importância que nunca deve ser deixado de lado, mas, pelo contrário, deve ser estimulado, pois apresenta relevância sócio cognitiva, direcionando o caminho de interação entre os adultos e as crianças e entre as crianças entre si para originar novas formas de desenvolvimento e de reconstrução de conhecimento.

Foi presenciado no decorrer da pesquisa que o brinquedo tornava a vivência da criança no ambiente hospitalar pediátrico mais dinâmico e acolhedor, permitindo a construção de aprendizagens e compreensão entre os sujeitos (profissionais, familiares e usuários).

Desse modo, o ambiente vivenciado durante a infância poderá refletir experiências de aprendizado do tempo que ocorre pela mediação das informações descobertas pelo espaço em que está incluída, particularmente pela ação daqueles com quem se relacionam de forma

segura, afetiva e estimulante, sejam eles adultos ou crianças, gerando mudanças e ampliação de suas potencialidades de fazer, sentir, pensar e usar diferentes linguagens, pois a criança preserva em suas lembranças esses conhecimentos como parte de sua história de vida (BRASIL, 2006).

De acordo com as observações realizadas durante o estudo foi evidente que a criança quando visualizava os brinquedos, a primeira escolha da criança estava relacionada aos que faziam parte do seu cotidiano domiciliar (materiais para pintar e desenhar, boneca, carrinho, jogo da memória e jogos eletrônicos).

Os materiais para pintar e desenhar conforme o estudo realizado por Costa e De Paula (2014) são utilizados entre crianças de dois a sete anos para desenvolver o pensamento lógico através de ações, construindo o seu conhecimento baseado no enfoque pessoal e de combinações ambientais favoráveis. Esta evidência encontrada na literatura é comprovada pelos resultados desta investigação em relação aos materiais para pintar e desenhar, pois são de fácil acesso, manuseio e adequado ao ambiente que está inserida, proporcionando a ampliação da imaginação da criança.

Para Brougère (2001, 2004) os bonecos e bonecas são utilizados por meninos e meninas para representar três principais correntes: as bonecas bebê, as bonecas manequim e as figuras de ação. As bonecas bebê representam a criança de forma mais realista e de simbolizar a maternidade, esse brinquedos permitem e incentivam a representação de uma relação afetiva de cuidado por meio de atos como alimentar, acalantar, pentear, vestir, com finalidade afetiva; as bonecas manequim incentivam a delicadeza, moda, corpo ideal, inspirada nos estereótipos de princesa; e os bonecos voltados para os meninos denotavam as figuras de ação, como os super-heróis dos desenhos de histórias infantis e filmes. Este estudo consolida os resultados encontrados durante o processo de investigação da pesquisa, no qual as crianças utilizavam estes brinquedos para expressarem seus sentimentos relacionados ao momento vivenciado e sua imaginação.

A atividade com os bonecos e bonecas realizada pelas crianças do estudo eram representada de modo simular situações imaginárias referente diversas situações da sua rotina domiciliar e do momento que estava vivenciando: festa de aniversário, mãe (criança) e filha boneca), procedimentos hospitalares (curativo e injeções), lutas, voar e pular (atitudes de super-heróis).

Semelhante estudo descrito por Facci (2004) sobre a periodização do desenvolvimento cognitivo individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigostski, ressalta que o carro de brinquedo tem significado ambíguo para criança, pois somente os adultos podem realizar no

mundo real esta atividade, assim estas ações apresentam uma contradição na compreensão da criança. Portanto, é na atividade com brinquedo que a criança supera os limites da manipulação dos objetos que a cercam e se insere num universo mais amplo começando a compreender a sua maneira o que faz parte desse mundo. Este fato, corresponde aos dados do estudo quando ficavam impossibilitados de agir diante dos procedimentos dolorosos e invasivos, buscando através do brinquedo compreender e minimizar os efeitos estressores do processo de hospitalização.

Quando a criança escolhia o jogo da memória chamava a mãe para brincar e sob os olhares de outras crianças ao redor iniciava a brincadeira, despertando momentos de alegria, descontração e aprendizado ao binômio.

O jogo da memória para Albuquerque (2009) se configura uma atividade recreativa que exige uma grande capacidade de atenção por parte dos participantes, oportunizando a construção de conceitos, tempo e espaço, como também autonomia estimulando a concentração, a observação e a memória das crianças, despertando desta forma desafios diante da competição para ganhar. Este deve ser motivado por três aspectos: caráter lúdico, o desenvolvimento de técnicas intelectuais e a formação de relações sociais.

A mala com os brinquedos utilizada no estudo continha outros objetos lúdicos que causavam curiosidade para as crianças pelo fato de não saberem como utiliza-los e por chamarem sua atenção pelas cores alegres e movimento interativo que proporcionavam, como: jogo nitendo DS® e tablet.

Vale ressaltar, que o hospital não disponibiliza um espaço com equipamentos de tecnologia digital ou virtual, porém os pais levam seus celulares para se comunicarem com familiares e amigos durante a internação de seu filho, e estes eram utilizados também pelas crianças com jogos e aplicativos para divertir e passar o tempo ocioso inerente da internação em especial quando estão em convalescência do procedimento cirúrgico exposto.

Eisenstein e Estefenon (2011) afirmam que as crianças e adolescentes da geração digital vivem em dois mundos distintos: o mundo real conhecido por todos, e o mundo digital ou virtual, que atrai sua atenção oferecendo aventuras, oportunidades e autonomia, mas também, ocasiona perigo e riscos à saúde, devido ao excesso de horas na internet e telefone celular com jogos e aplicativos, entre essas ameaças a saúde da criança são relatados: déficit de sono e hábitos sedentários, baixo rendimento escolar, pornografia e pedofilia on-line lhe parecendo muito interessante e surpreendente. Nesse sentido, se faz necessário instituir mecanismos capazes de direcionar cada avanço tecnológico e da indústria nacional e internacional de tecnologia da comunicação numa fonte segura e ética, para serem usados de

maneira positiva, não permitindo que se transformem em limitações para o crescimento e desenvolvimento dignos e saudáveis das crianças e adolescentes brasileiros.

Em se tratando da atividade do brincar Meira (2003) afirma que na contemporaneidade interromper o tempo e o brincar na vida da criança são atos de extremo desafio frente à rede de aparelhos virtuais que invadem sua vida, anestesiando seus movimentos corporais e seu pensamento.

O estudo de Jameson, Judy e Nic (2011) sobre Jogos eletrônicos como distração da dor constataram que os efeitos ocasionados pelo entretenimento estimulam a diminuição dos reflexos do sistema nervoso central pela liberação de dopamina, proporcionando prazer, diminuição da ansiedade e da dor por meio da intervenção adicional do uso de jogos eletrônicos como um método de controle da dor.

Por outro lado, Johnson (2006) afirma que os impactos da tecnologia nas atuais gerações de crianças e adolescentes são muito positivas, pois reforça a necessidade do hábito da leitura desde cedo, apesar que os livros continuam sendo insubstituíveis na transmissão do conhecimento e acreditam que computadores, videogames, alguns programas de televisão e filmes, utilizados com moderação, ensinam a exercitar o raciocínio lógico e a dedução, fazendo a criança aprender a selecionar e processar informações que resultam num maior desenvolvimento de suas capacidades cognitivas e exercício das estruturas cerebrais.

No estudo foi visível como resultado da observação que as crianças apresentavam curiosidade por meio comportamento de exploração e questionamento para saber como manipular os brinquedos eletrônicos.

Em contrapartida, os brinquedos ao agregar os recursos da tecnologia, podem interferir em graus diferenciados no processo de aprendizado, propiciando desenvolvimentos maiores em determinadas áreas do desenvolvimento infantil do que em outras (BRAZELTON, 2003).

Entretanto, vale destacar que os brinquedos e jogos, inanimados, podem até atrair a curiosidade da criança caso ela tenha sido estimulada pela família a utilizá-lo e se divertir com tais recursos em sua experiência anterior que ocasionaram prazer e descontração, mas constantemente os jogos, cores, sons, recursos multimídia, o teclado, o mouse, a possibilidade de apertar botões e acionar programas, abrir janelas e variar as brincadeiras fazem com que o computador ganhe espaço e preferência entre a comunidade escolar. (MACHADO, 2007).

As crianças mesmo em situações de dor e sofrimento durante a hospitalização expressavam sentimentos de gratidão com seus sorrisos e afeição ao utilizarem o brinquedo.

Para Brown (2001) o brinquedo terapêutico e artes criativas ajudavam as crianças a lidar com doença, morte e sofrimento, facilitando a expressão de sentimentos, abordando a

necessidade de trabalhar e resolver seus conflitos e angústias. Nesse sentido, a brincadeira desempenha um papel importante na vida da criança, fornecendo explicações e descrições do que vão experimentar durante os procedimentos assistenciais, desta forma adequando-as ao desenvolvimento cognitivo e dando-as oportunidade de examinar e manipular equipamentos utilizados.

No estudo realizado por Aragão e Azevedo (2001) sobre o brincar no hospital como análise de estratégias e recursos lúdicos utilizados com crianças entre 09 (nove) meses á 12 (doze) anos, caracterizaram que a preferencia dos brinquedos de acordo com a faixa compreenderam: entre 0-2 anos (bichinhos emborrachados, chocalho); 3-5 anos (materiais de desenho, quebra-cabeças); 6-8 anos (materiais de desenho); 9-12 anos (dominó), no qual demonstraram que as atividades ou recursos podem ser explorados em determinadas idades, enquanto as demais são aceitas em diversas faixas etárias, contudo com objetivos diferentes.

O estudo realizado por Lima e Santos (2015) no serviço de oncopediatria em Natal/Rio Grande do Norte utilizando atividades lúdicas apresentou como resultado que o brincar envolve assistir televisão, uso de computadores, jogos e brinquedos, desenhos e pinturas, brinquedoteca e palhaço, os quais propiciam entretenimento, sentimentos de alegria, distração e interação com outras pessoas.

Avelar e Teixeira (2009) enfatizam que a influência do grande avanço tecnológico e, conseqüentemente, a comercialização crescente de brinquedos eletrônicos, fez com que as crianças direcionem sua atenção para os equipamentos tecnológicos como forma de diversão, evidenciaram que esses objetos foram mencionados pelo fácil manuseio e formato, pois podiam utilizá-los mesmo em seu leito. Este estudo é coerente com as informações obtidas na pesquisa, ao preferirem os brinquedos eletrônicos por serem de fácil manuseio e realização em seu leito.

A opção do brinquedo durante a hospitalização pode favorecer a autonomia da criança através das decisões compartilhadas com os profissionais de saúde a respeito dos cuidados a serem realizados com elas, o qual foi possível perceber que suas necessidades foram atendidas quando: ouvidas em suas dúvidas, receios, medo e ao receber esclarecimentos sobre os procedimentos em linguagem acessível e de fácil compreensão adequada ao seu nível de maturidade, abrangendo a participação da família no contexto assistencial (UENO; PETTENGILL, 2006).

O brinquedo de preferencia das crianças do estudo lhes auxiliava e estimulava a controlar suas reações e comportamento no momento do procedimento que estavam sendo submetidos, pois a necessidade da atividade do brincar é justificada para motivar sua

cooperação. Fato este observado no estudo principalmente quando a enfermeira iria fazer o curativo no primeiro dia de pós-operatório.

Nesse contexto, Medeiros et al. (2009) ressaltam que a criança ao exercer sua autonomia ao aliar a possibilidade de manipular o material real que será utilizado, são fatores imprescindíveis para auxiliá-la a superar os sentimentos de temor e ansiedade relativos ao procedimento doloroso que deverá submeter-se, pois há ampla evidência de que as crianças ficam melhor preparadas para os eventos invasivos e dolorosos, quando lhes é consentido manusear previamente o material que será utilizado.

Straub (2005) sustenta que as reações da criança à doença e a hospitalização estão sujeitas, sobretudo ao nível de desenvolvimento psíquico na ocasião da internação, grau de apoio familiar, tipos de doença e atitudes do profissional que a assiste. Para tanto, Nigro (2004) afirma que a reação da criança diante da doença está diretamente relacionada a múltiplos fatores: idade, estresse imediato representado pela dor física desencadeada pela doença, angústia de separação devido à hospitalização, traços de personalidade, experiências e qualidade de suas relações parentais.

### **6.3 As crianças e suas reações frente aos procedimentos invasivos/ dolorosos e a atividade do brincar**

Em diferentes momentos da internação da criança era possível perceber no cotidiano da clínica cirúrgica reações adversas decorrentes do seu estado de clínico potencializado principalmente pelo agravamento dos sinais e sintomas.

Para tanto, Brunner e Suddarth (2011) conceituam doenças agudas como manifestações súbitas do desequilíbrio fisiológico, com causa definida, evolução característica, término definido, em geral de curto período de duração, podendo ter uma tendência espontânea para cura total, a menos que, por sua gravidade, provoque a morte do paciente.

Em situações que as crianças estavam apresentando uma piora do quadro clínico era possível perceber reações de desânimo, tristeza e apatia, fato este ocorrido com o Batman (4anos) que havia vivenciado internações anteriores devido a disfunção renal e por vezes apresentava oscilação do seu estado geral.

De acordo com Alaves et al. (2006) uma condição crônica de saúde é caracterizado à medida que o prognóstico da patologia evolui e pelo momento em que a pessoa passa a

incorporar a enfermidade no seu processo de viver, constituindo-se em situação permeada de estresse. Nesse sentido, quando a hospitalização da criança se prolonga a situação se torna ainda mais complexa, e suas reações de forma geral estão associadas a cronicidade dos sinais e sintomas, influenciadas por diversos fatores que incluem idade, desenvolvimento psíquico, gravidade da doença e atendimento de suas necessidades básicas afetadas.

Esse acontecimento é descrito por Cibreiros e Oliveira (2000) os quais consideram que a doença acompanhada de hospitalização impede a criança de realizar as atividades regulares de seu dia-a-dia e a rotina hospitalar gera, muitas vezes, desconforto e mal-estar, por afastá-la do seu lar, sua escola, seus amigos, enfim, de sua vida cotidiana para entrar em um espaço completamente novo, com pessoas estranhas e rotina alheia ao seu modo de vida permeado pelo aparato assistencial cujo desígnio é desconhecido para ela.

Diante da realização dos procedimentos foi possível observar que a maioria das crianças agiam negativamente, gritando e empurrando a mão do profissional de enfermagem, até batendo com os pés quando podiam.

Altamira (2010) considera que as reações e comportamentos da criança são resultantes do processo de internação visto como hostil, amedrontador e punitivo, por ter regras e proibições sofrem com a necessidade de intervenções invasivas e dolorosas, tornando difícil sua aceitação e compreensão, pois quando estão doentes se sentem enfraquecidas e somente tendem a ter melhor aceitação do processo de hospitalização a medida que lhe traga a diminuição de seu sofrimento físico, aliviando sua dor.

Em algumas ocasiões o profissional de enfermagem agia com postura de imposição quando a criança esboçava comportamentos negativos através de recusa dos procedimentos que deveriam ser realizados, comportamento de medo e temor relacionado ao cuidado. Estes dados da pesquisa são comparados ao de Azzi & Andreoli (2008) os quais afirmam que algumas manifestações da criança referente à hospitalização, no tocante as reações anti-sociais e agressivas, requerem disposição e modos acessíveis e sociáveis do profissional, ao invés de imposições e restrições. Essas atitudes são muitas vezes a forma como a criança consegue verbalizar seu sofrimento, portanto o profissional deve ter o conhecimento dessas reações e estar preparado para lidar com elas.

Neste mesmo contexto, Salim et al. (2002) expõem que muitas vezes o profissional, na tentativa de controlar a situação vivenciada pela criança, explicam os procedimentos dando ordens e verbalizando o comportamento desejado. Estas formas de comunicação, que inicialmente parecem eficientes, são na verdade imposições e desrespeitam o sentimento da criança, reforçando atitudes que induzem ao comportamento negativo. Este comportamento

do profissional que assistia a criança foi possível presenciar durante o procedimento de punção venosa demonstrando certo autoritarismo e impaciência.

Outro aspecto interessante revelado durante a intervenção do profissional na hospitalização pediátrica citado por Santos et al. (2014) é a necessidade de apresentar para a criança sua nova realidade, de forma que ela compreenda da melhor maneira possível o trabalho voltado para todos os aspectos físicos e emocionais. Com o intuito de otimizar este momento, a presença de um profissional capacitado na área infantil para acompanhá-la durante seu tratamento hospitalar, promoverá a prevenção de sentimentos negativos e a recuperação de sua capacidade de se sentir segura criando seu mundo de sonhos na perspectiva integralizadora, o que não se refere apenas a sua patologia, mas também aos aspectos comportamentais, psicológicos e emocionais.

A hospitalização da criança em um ambiente pouco acolhedor pode modificar seu estado psicológico ocasionando reações adversas de raiva, medo, agressividade, depressão e desprezo rejeitando algumas vezes até a alimentação, fato este observado durante a pesquisa quando o profissional não demonstrava empatia para com a criança no decorrer da hospitalização.

Lima e Cruz Santos (2012) referem que os gestos constituem a primeira ferramenta de comunicação simbólica, a qual sua função vai sendo transformada ao longo dos períodos de evolução do convívio e do diálogo embora não sejam expressos com verbalizações de palavras. Inicialmente, a força comunicativa da criança está presa ao ambiente onde ocorrem, mas o seu uso confere um significado cada vez mais dependente desse contexto e mais ligado aos gestos e expressões faciais e corporais dos adultos que se relacionam com ela.

Por conseguinte, quando a mente humana reage a esses processos de adaptação através do desenvolvimento dos centros nervosos responsáveis pela atividade intelectual, apresenta compatibilidade a cada nova sequência comportamental resultando na evolução de noções que antecedem e suprimem algumas manifestações decorrentes da internação (TAAM, 2004).

Quando o profissional de enfermagem tocava a criança de maneira pouco delicada ou sem contato prévio de conversa, informando e orientando sobre a atividade a ser submetida, a comunicação era prejudicada, interferindo diretamente na realização de e as manifestações de resistência e temor expresso devido ao medo da dor e do desconhecido era evidente.

Diante dessa mesma perspectiva, Xavier et al. (2013) referem ser de fundamental importância os profissionais da equipe de saúde que assistem a criança hospitalizada criar e aprimorar o cuidado, planejando de forma respeitosa, garantindo a manutenção da vida, bem

como favorecendo construção de vínculo e confiança através do atendendo das necessidades inerentes da infância tendo seus direitos respeitados.

Para Moreira e Macedo (2009) o impacto da hospitalização permeia o imaginário infantil podendo acarretar consequências negativas, e, os profissionais encontram-se despreparados para a escuta, em especial a sensível, quando o locutor é a criança.

Quando não se tem a sensibilidade de direciona o olhar para a situação da criança que está em sofrimento físico e, hospitalizada, “esquece-se” da angústia psíquica que este pequeno paciente está vivenciando, devido a preocupação maior dos profissionais da saúde ainda está pautada apenas na doença, o tratamento com uso de protocolos e a cura, valorizando o tecnicismo tão utilizado no século XX.

Diante dos resultados encontrados na pesquisa a respeito da relação de empatia entre os profissionais de enfermagem e a criança, Campos (2010) confirma que a socialização de ambos é importantíssima, pois é através dela que a criança compreende e elabora seus modos de enfrentamento para doença influenciado por experiências anteriores e as estruturas de apoio poderá construir mecanismos de compreensão positivos ou negativos ocasionando repercussão para sua vida.

Era possível observar o semblante de angustia e dúvidas na vida diária nas enfermarias das crianças demonstrada pelos gestos e olhar de ansiedade quando a equipe de enfermagem comunicava ao acompanhante e a criança sobre um determinado procedimento à realizar.

Zentner; e Bates (2008) descrevem que o temperamento da criança é composto por três fatores: (1) extroversão, caracterizado pelas dimensões impulsividade, prazer de alta intensidade, nível de atividade e timidez; (2) afeto negativo, definido pelas dimensões de tristeza, medo, raiva, desconforto e incapacidade de se acalmar; (3) controle com esforço, que diz respeito às dimensões controle inibitório, focalização de atenção, prazer de baixa intensidade e sensibilidade perceptual.

Durante o procedimento doloroso e invasivo, era possível perceber através da atividade do brincar, que a criança que se encontrava na fase escolar apresentava certo preparo e controle sobre o evento experienciado, minimizando os efeitos estressores desse momento, demonstrado pelo semblante de destemor, serenidade e relaxamento.

Lapa e Souza (2011) afirmam que a criança constrói um número limitado de mecanismos de enfrentamento para resolver os eventos estressores, na qual as suas reações a essas crises são induzidas pela idade de seu desenvolvimento; experiência prévia com a doença, separação ou hospitalização; capacidades de enfrentamento próprias e adquiridas; a gravidade do diagnóstico e o sistema de suporte disponível.

Ressaltam Albuquerque, Gouvêa; Moraes e Barros (2010) que é necessário conhecer o tipo de comportamento infantil e determinados aspectos do seu desenvolvimento para tomar atitudes apropriadas e, por conseguinte, promover um relacionamento de empatia, uma vez que não se consegue realizar atividades técnicas assistenciais de alto nível sem a sua cooperação. Contudo, a aproximação e o manejo da criança devem ser compatíveis com as experiências da equipe de saúde referente ao conhecimento das características dos fenômenos emocionais e físicos de acordo com as diferentes faixas etárias (FERREIRA; ARAGÃO; COLARES, 2009).

Durante a troca do acesso venoso periférico a criança demonstrou ansiedade, nervosismo, agitação e gritou pela mãe fortemente “Eu quero minha mãe” demonstrando expressão de insegurança diante do procedimento, pois era sua primeira internação hospitalar e sua mãe no momento não se encontrava na enfermaria, sendo que o procedimento foi realizado pelo profissional de enfermagem não respeitando o desejo da criança em aguardar o retorno de sua genitora.

Valverde (2010) afirma que os primeiros dias de internação são marcados por exames e condutas agressivas que causam dores ou intensificam o sofrimento da criança devido aos inúmeros procedimentos para obtenção de um diagnóstico.

Em um estudo sobre o brincar e problemas de comportamento de crianças com câncer, Hostert; Enumo e Loss (2014) evidenciaram que a promoção do brincar no ambiente hospitalar beneficia o desenvolvimento infantil, torna o local de internação menos aversivo, aproximando-o de sua realidade diária, mostra-se eficaz como fator de proteção positivo no processo de recuperação auxiliando na superação de abalos emocionais causados pelo estresse da internação.

Pessoa; Souza e Fontes (2012) realizaram um estudo qualitativo de cunho bibliográfico, no qual ao buscarem aprofundamento das teorias acerca do lúdico no ambiente hospitalar concluíram que as atividades do brincar além de resgatar a autoestima e a identidade da criança enferma como ser humano, envolve uma infinidade de atos criativos humanizando o ambiente hospitalar e proporciona qualidade de vida do paciente sob tratamento.

Durante o desenvolvimento infantil, a National Institute of Child Health and Human Development - NICHD, (2008), descreve que a maturidade da criança na fase pré-escolar é adquirida através do processo de adaptação a nova realidade que está vivenciando, buscando adequar seus sentimentos e/ou estados emocionais motivados pelas transformações que estão ocorrendo na sua rotina diária, por comparar e avaliar as suas habilidades e as suas

conquistas, tendo por base seus relacionamentos sociais, no entanto, na fase escolar essa adaptação é facilitada pelo comportamento de auto-confiança e de autonomia, sendo importante o apoio nesta transição.

Blount et al. (2009) realizaram um estudo sobre avaliação e gerenciamento da dor em pediatria decorrente dos procedimentos hospitalares no qual evidenciaram que as crianças pré-escolares apresentam maior nível de estresse comportamental em procedimentos invasivos do que crianças escolares. Tal fato é relevante no processo de cuidar desse grupo etário, pois uma das características dos fatores estressores para o pré-escolar é o pensamento mágico, o qual cria um mundo de fantasia que pode ser negativo pautado no castigo de positivo voltado para a recompensa.

Foi possível evidenciar durante a pesquisa comportamentos colaborativos de alguns profissionais da equipe de enfermagem, ao reforçarem e estimularem com verbalizações de incentivo a importância da colaboração da criança durante o cuidado prestado, fato este proporcionado e inspirado pelo estudo ao executarem os procedimentos com utilização dos brinquedos.

Destarte, Coa e Pettengill (2006) enfatizam que os profissionais no ambiente hospitalar pediátrico devem acreditar no potencial da criança para que esta exerça sua autonomia frente aos procedimentos durante a realização dos cuidados, emergindo significados às suas ações através da escuta sensível aos questionamentos da criança e sua necessidade de extravasar suas emoções naquele momento, considerando que a mesma apresenta demandas a serem identificadas e construídas com base em seu conhecimento teórico e experiência profissional.

Através dos resultados obtidos na pesquisa foi possível revelar que as reações mais presentes nas crianças no momento de temor e angústia era o choro, demonstrado tanto na fase pré-escolar quanto escolar, estes dados são confirmados por Wallon (2007, 2008) ao descrever que a emoção expressa pela criança através do choro é uma linguagem de sobrevivência desde o início da vida que pode ser entendida e utilizada como recurso para impressionar, mobilizar e comunicar suas necessidades para o adulto, bem como, interagir com seu meio, possibilitando o processo de diferenciação ao oferecer suporte ao psiquismo humano (WANDERLIND et al., 2006).

Outro aspecto do choro é mencionado por Pino (2005) ao afirmar que ocasiona uma reação involuntária que só termina quando é eliminada a causa física que o provocou, na qual é muitas vezes difícil de interpretar, sendo que “as variações do choro permitem, portanto, falar em ação do meio cultural sobre uma função biológica” (p.205).

No que tange às emoções expressa por grito em crianças menores apresenta função de comunicação e se configura uma ação que busca a satisfação da sua necessidade, seja ela por desamparo ou dor vivida pela criança (LEONARDE, 2008).

Considerando os estímulos recebidos, Nasio (2009) apresenta três tipos de sensibilidade: a sensibilidade exteroceptiva, que reage às excitações provenientes do mundo exterior (luz, sons, temperatura); a sensibilidade interoceptiva ou visceral, que reage às excitações provenientes do interior do corpo; e a sensibilidade propioceptiva, que reage às excitações provenientes dos movimentos, das posturas e do tônus corporal (p. 26).

Nesse sentido, Galvão (2002) enfatiza que os movimentos corporais mais tensos, podem ser expressos por afetividade englobando várias manifestações, e as expressões emocionais características específicas na qual algumas delas são constantemente acompanhadas de alterações orgânicas, aceleração no ritmo dos batimentos cardíacos e alterações no ritmo da respiração, tais expressões são visíveis para um bom observador, que pode perceber alterações na mímica facial, postural e gestual de outra pessoa, revelando o seu estado emocional.

Diante das situações estressantes, a atividade do brincar surgia para criança como mecanismo de escape para superar os conflitos do momento que estava sendo submetida aos procedimentos invasivos e dolorosos, facilitando o cuidado realizado pela equipe de enfermagem. Corroborando com este contexto, Pedro et al. (2007) descreve que a atividade do brincar é um recurso viável a ser realizado pela equipe de enfermagem pediátrica que pode ser utilizado para auxiliar a criança e seus familiares a superarem os fatores estressores da hospitalização. No entanto, é essencial que os profissionais conheçam os benefícios dessa estratégia e avancem na construção de um conhecimento pautado na prática diária, para um outro nível conceitual, no qual a sistematização da assistência de enfermagem, à incorporação das evidências científicas e, ainda, as reflexões sobre a peculiaridade da criança e o contexto em que se dá o cuidado sejam levados em consideração.

Brito e Perinotto (2014) referem que o brincar é uma ferramenta essencial para auxiliar na superação de dificuldades e conflitos emocionais, intelectuais e sociais da infância. Ao associar a criança e o brinquedo é perceptível que o ambiente lúdico é extremamente necessário no atendimento em clínicas pediátricas, pois o brincar impulsiona a criança a desenvolver suas habilidades durante os procedimentos dolorosos e traumáticos da hospitalização, buscando superar seus limites de tolerância à dor, encontrar e desenvolver estratégias de enfrentamento ao sofrimento e à doença.

Estudo realizado por Esteves (2010) revelou nos discursos das crianças e adolescentes a importância de brincar em qualquer momento de sua vida, pois a atividade de brincar representa um momento de distração ímpar, sem planejamento anterior ou necessidade de disfarçar para ocultar sua fundamental importância. A não realização deste momento pode intensificar os sentimentos negativos da criança como desesperança e solidão comprometendo seu estado psíquico.

No que tange a criança e seu cuidador devem ser estimulados a brincar juntos, inserindo-os no mundo da brincadeira, por representar referência e segurança para o pequeno paciente no período tão difícil de sua vida que é a hospitalização, abrindo assim, possibilidades e potencialidades da sua ação de cuidador, com competência fortalecendo vínculo e promovendo um momento mais humano (MARCELINO et al., 2010).

O ambiente do cuidar pediátrico para Silva (2009) deve proporcionar a utilização de atividades de brincar como crescente tendência de humanização e integralidade ao atendimento dessa clientela hospitalizada, sendo que o brinquedo se insere neste contexto como uma tentativa de modificar o ambiente das enfermarias.

No período da pesquisa foi possível identificar que a família tem forte influência no processo de internação, pois eram o elo de apoio para auxiliar a equipe de enfermagem e a criança diante dos eventos adversos que vivenciavam.

É importante ressaltar que Calvett, Silva e Gauer (2008) ao discutirem sobre os aspectos relacionados à humanização na assistência da criança hospitalizada destacaram que no ambiente hospitalar o entendimento multifatorial e interdisciplinar da criança doente por parte de seus cuidadores se faz necessário para prática assistencial em respeito a vida e aos dilemas referentes ao comportamento humano do cotidiano. Ressaltaram também a importância do fortalecimento entre equipe, criança e familiares no processo de internação, o qual requer a participação da família nos cuidados com a criança implementando intervenções efetivas na sua assistência para o desenvolvimento de um atendimento humanizado no âmbito hospitalar.

No estudo foi possível observar que no momento da interação entre equipe, criança e familiares para realização do procedimento doloroso e invasivo, os desafios a serem superados pelo processo de hospitalização eram facilitados pela compreensão por parte de todos os envolvidos, constituindo-se um fator imprescindível na recuperação da criança.

Visando o fortalecimento do cuidado à criança hospitalizada, a Política Nacional de Humanização do SUS propõe mudanças nos modelos de atenção e gestão fundada na racionalidade biomédica (fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no

atendimento hospitalar) para inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas como: clínica ampliada, co-gestão dos serviços, valorização do trabalho, acolhimento e defesa dos direitos do usuário (BRASIL, 2006).

Durante a pesquisa foi possível visualizar que a maioria dos profissionais focava seu cuidado apenas na doença atual e procedimentos hospitalares assistenciais, não atentando para as dimensões biopsicossociais da criança no qual se faz necessário para alcançar sua plena integração.

Goulart e Chiari (2010) ressaltam que humanização deve ser compreendida e adequada aos princípios de justiça e de autonomia, apontando para o respeito e dignidade da pessoa humana que se configuram pilares na relação entre profissionais de saúde e paciente, em que a escuta dos anseios, aspirações, demandas e sentimentos do paciente e de seus familiares sejam atendidos, e desta forma cooperar para a efetivação das atividades educativas de promoção da saúde, contribuindo com o desenvolvimento da sociedade na qual estamos inseridos.

A criança precisa ser ouvida e contemplada em seu direito de participar, em algum grau, dos processos de tomadas de decisão que lhe dizem respeito. Aspecto reforçado por diversos estudiosos sobre essa temática sugerindo, que a equipe pergunte à criança sua opinião e desejos relacionados ao seu tratamento, explicando os procedimentos, deixando que participe do planejamento (BRICHER, 2000; BROOK, 2005; TERRY e CAMPBELL, 2001; HERMEREN, 2000; HALLSTROM e ELANDER, 2004).

Na clínica cirúrgica observou-se a ausência da atividade do brincar, fato este demonstrado quando a criança que não fazia parte dos sujeitos da pesquisa, a qual era submetida ao procedimento de forma mecânica, sem o devido preparo psicológico ou auxílio de um artefato para atividade lúdica, dificultando a interação e o manejo dessa criança durante a realização do cuidado a ser realizado.

Este acontecimento é justificado por Bastos Depianti et al. (2014) ao descreverem sobre as dificuldades da enfermagem na utilização do lúdico no cuidado à criança com câncer hospitalizada, no qual emergiu como resultados: a inexistência de brinquedos no setor, bem como o tipo de brincadeira permitida ou não no ambiente hospitalar, e constatam a necessidade de um olhar diferenciado para às peculiaridades e primordialidades das crianças, pois a atividade de brincar se configura parte do desenvolvimento infantil e não se pode privá-las de crescer de forma saudável.

Os fatores sociais para Gomes e Duarte (2009) são fundamentais para o desenvolvimento da criança, na qual a relação do indivíduo com o meio que está inserido

pode determinar seu comportamento e estabelecer vínculos de reciprocidade, considerando as condições ambientais para atender suas necessidades e, conseqüentemente, favorecendo um ambiente de mútua aceitação e amizade.

Foi possível observar durante a pesquisa a formação de vínculo e a relação de empatia durante a realização dos procedimentos invasivos e dolorosos.

Falcone et al. (2008) descrevem em seu estudo que a formação de vínculo abrangem três dimensões a saber: a afetiva, que diz respeito ao interesse pessoal; a cognitiva, relacionada ao ponto de vista, autoconsciência, reconhecimento e compreensão de estados mentais das outras pessoas; e a comportamental, que funciona de forma integrada, direcionada com o intuito de oferecer apoio, conforto e consolo a alguém.

Desse modo, Gonçalves, Lorena e Gomes (2013) afirmam que o enfermeiro deve cuidar dos sintomas decorrentes das reações da criança relacionadas aos efeitos estressores da hospitalização, com o intuito de reduzir as conseqüências deletéricas, fortalecendo os limites de resistência frente a essas reações. Contudo, asseguram ainda que para prevenir esses fatores de temeridades que permeiam seu processo de internação, o profissional deverá possuir conhecimento específico sobre a clientela infantil e o tipo de intervenção que irá utilizar planejando-a de forma sistemática.

De acordo com os resultados encontrados na pesquisa sobre a comunicação entre a equipe de enfermagem e o doente no ambiente hospitalar, Pontes et al. (2008) afirmam que é imprescindível a relação diálogo entre os envolvidos no processo de hospitalização para favorecer a identificação dos problemas físicos e desenvolver uma interação, pois quando a criança está internada se faz necessário que os profissionais reconheçam os sentimentos de angústia, sofrimento, ansiedade de não ser capaz de referir os sintomas, suas necessidades e dúvidas gerados pela hospitalização.

Quando não há relação de diálogo frente aos efeitos estressores da hospitalização, a criança reage a essa situação, não aceitando os cuidados, gritando e tentando fugir, os profissionais acabam utilizando a força física para restringi-la e realizar o procedimento de qualquer maneira (BRICHER, 2000; CARNEVALE, 2004).

Os eventos ocasionados pelo tratamento cirúrgico para Carmo (2008) podem desencadear mudanças no comportamento da criança causando momentos de estresse, cuja natureza e grau podem facilitar ou impedir a resposta decorrente destes eventos durante a realização dos procedimentos hospitalares que são na maioria das vezes, desagradáveis, ameaçadores, assustadores e dolorosos, podendo causar reações emocionais leves e intensas. Os eventos que antecedem a realização da cirurgia, tais como a medicação pré-operatória, e o

retorno na sala de recuperação, são considerados períodos críticos na experiência hospitalar tanto para a criança como para o adulto.

Pölkki et al. (2002) afirmam que é fundamental a equipe de enfermagem que atuam em pediatria reconhecerem as reações comportamentais e fisiológicas apresentadas pela criança no pós-operatório, incluindo expressão facial, inquietação, por vezes imobilidade, posicionamento protetor, insônia, ansiedade, irritabilidade, sudorese e taquicardia, com intuito de intervir e minimizar seu sofrimento, humanizando a assistência a criança.

Foi possível observar reações comportamentais de ansiedade e temerosidade no momento do curativo na incisão cirúrgica realizado nas primeiras 24 horas do pós-operatório imediato.

Ferreira et al. (2014) ao investigarem sobre o uso do brincar no cuidado a criança hospitalizada e suas contribuições para a enfermagem pediátrica, evidenciaram que o fornecimento de recursos lúdicos não evita o momento dolorosos vivenciado pela criança, entretanto contribuem para que a criança libere sentimentos de raiva e de resistência, expressando assim suas emoções que surgem decorrente do momento atemorizador e de desespero.

Por conseguinte, o procedimento quando considerado pela criança doloroso, pode ativar a liberação de hormônios do estresse, levando ao medo, pânico e recusa, principalmente nos primeiros dias que sucedem sua internação, sendo que a equipe de enfermagem deve implementar ações que minimizem ou eliminem essas reações, considerando, que o cliente pediátrico e sua família sejam preparados para o procedimento através de informações acessíveis, objetivas e claras sobre a conduta que será submetido, que incluam desde o esclarecimento da necessidade de sua realização até a finalidade de cada material a ser utilizado, para favorecer o controle do momento e alívio da dor, mesmo que inicialmente seja imaginária (MACEDO; BATISTA; LA CAVA, 2006).

Foi possível observar nas crianças a resistência decorrente do procedimento ao qual era submetida resultante do medo do desconhecido e da dor. Diante desse ponto de vista, o comportamento de cada criança deve ser visualizado em todo seu contexto uma vez que sua experiência dolorosa pode estar associada a fatores como, história de vida, contexto socioeconômico, suporte social, equipe de saúde, estado emocional, nível de ansiedade e de tolerância à dor, vivências anteriores negativas, faixa etária e a cultura (HORTENSE; SOUSA, 2009; MENOSSI; LIMA; CORRÊA, 2008; ROSSI et al., 2000).

Os resultados sobre os comportamento e reações das crianças participantes do estudo assemelham-se aos encontrados na pesquisa de Campos, Rodrigues e Pinto (2010) intitulada a

avaliação do comportamento do pré-escolar recém-admitido na unidade de pediatria e o uso do brinquedo terapêutico, no qual foi aplicada uma escala comportamental antes e depois da sessão de brinquedo que compreendia seis categorias (movimentar, olhar, expressar emoções, verbalizar, brincar e a última a criança não responde ao estímulo ou à solicitação), sendo que cada categoria apresentava três níveis (1, 2 e 3) e quanto menor o nível, pior a interação da criança diante desse novo momento, demonstrando nos resultados que os brinquedos tornam a hospitalização menos traumática e estressante para a criança, visto que, antes das sessões, elas não respondiam a estímulos e solicitações, e que essas situações foram revertidas após a atividade de brincar dramatizando situações domésticas e hospitalares, manifestando sentimentos de raiva e afeto.

Por conseguinte, o brinquedo quando utilizado durante o procedimento doloroso minimiza o medo, tensão e dor, e possibilita formação de vínculo, compreensão e amizade entre criança e profissional de enfermagem, na qual por meio de comportamentos indicativos de maior aceitação poderá vir a colaborar com menos resistência, proporcionando assim, segurança e diminuição da ansiedade da clientela infantil que ainda não passaram pelo procedimento, e que aguardam atendimento (CARVALHO, 2010).

#### **6.4 O Brincar durante procedimentos invasivos e dolorosos e seus benefícios**

A criança quando acolhida com o brinquedo sempre manifestava receptiva, alterando sua expressão facial com um sorriso e brilho nos olhos, mantendo-se envolvida na atividade, manuseando e interagindo com o mesmo.

Moreira (2004) refere que para conhecer melhor a criança é preciso aprender a observá-la enquanto brinca atentando para o brilho dos olhos, a mudança de expressão do rosto e a movimentação do seu corpo, pois ao brincar delinea sua história e constrói o mundo ao seu redor.

Com relação aos benefícios observados durante a utilização do brinquedo, algumas crianças ficavam descontraídas durante os procedimentos e não atentavam quando terminavam alguns cuidados realizados com ela, até o momento em que a enfermeira informava a finalização, e algumas até verbalizavam sorrindo dizendo “não senti dor em tempo algum”.

Outro momento evidenciado ao utilizar o brinquedo durante o procedimento foi quando a enfermeira iniciou a administração de Medicamento (antibiótico) por via

endovenosa (subclávia). Durante esse espaço de tempo, a criança manteve-se concentrada no jogo, apresentando fisionomia alegre e descontraída. Vale ressaltar que por ser um local próximo do rosto, era esperado que a criança viesse a apresentar ansiedade, mas como estava brincando o procedimento aconteceu sem nenhum comportamento de choro e/ou estresse.

Diante do transcorrer das observações realizadas, é verdadeiro afirmar, pautado nos objetivos do estudo que quando a criança apresentava comportamentos colaborativos, o procedimento ao qual era submetida ocorria mais rápido e a equipe de enfermagem realizava-o de modo menos estressante tanto para quem o realizava o cuidado e quem o recebia.

O estudo realizado por Gomes et al. (2010) sobre a criança e a hospitalização para identificar o desempenho do enfermeiro durante o processo de internação pediátrica e as dificuldades emocionais experienciadas pela criança, relataram que, quando a criança enfrenta situações de medo, ela canaliza suas energias no sentido de suportar os estresses inevitáveis da hospitalização, potencializando o desenvolvimento inerente a experiência vivenciada. Portanto, o enfermeiro deve valorizar o cuidado humanizado, atendendo as necessidades emocionais da criança, criando possibilidades que possam amenizar esse sofrimento, de modo que as inserções da atividade com o brinquedo e a presença da família sejam vistos como instrumentos eficazes para minimizar o estresse e tornar a estadia da criança no hospital menos traumática.

O ambiente hospitalar pediátrico e os profissionais que o assistem devem estar preparados para receber a criança de maneira individualizada, pois o tempo quantificável de internação podem gerar descontinuidades em seu mundo de construção, sua formação da personalidade, saltos e rupturas em sua trajetória de vida enquanto ser criança. Diante dessas possíveis ocorrências, sua permanência em ambiente hospitalar pode ter vários significados e ser compreendido de diversas formas no entendimento peculiar para cada criança hospitalizada, cuidadores e pelos profissionais da saúde que as atendem, relacionado ao tempo perdido, momento sem brincar, ocasião de intervenções dolorosas, permanência longo ou curto, período que permaneceu sendo cuidado pelos pais e situações que teve maior ou menor atenção (SOUZA; FREITAS, 2009).

Motta (2004) descreve que durante o processo de hospitalização surge a necessidade da criança se adaptar a novos horários e rotinas, acreditar em pessoas até então desconhecidas, receber procedimentos assistenciais como injeções e outros tipos de medicação, não poder sair do seu leito, ser privada de atividades de brincar, vivenciando situações que não fazem parte da vida da criança e que caracterizam o momento de adoecimento e internação da criança.

A criança ao interagir com os brinquedos seus medos e inseguranças eram minimizados ou mesmo colocados para segundo momento enfatizados através de gestos e expressões durante os procedimentos, não apresentando resistência ao cuidado realizado.

Simões e Araújo Costa (2010) enfatizam que o brincar pode captar e atender as necessidades das crianças e dos profissionais de saúde para transformar o ambiente hospitalar pediátrico em um potente espaço humanizado em todas as situações de cuidado, seja no período de hospitalização ou no atendimento ambulatorial e domiciliar, desde que a sua utilização se configure como fruto de uma escolha planejada e coerente com o perfil e as necessidades das crianças.

Portanto, o uso do brinquedo no ambiente hospitalar pediátrico é uma estratégia alternativa que permite a equipe de enfermagem compreender as necessidades e os anseios da criança e do seu acompanhante, com identificação de novas situações, elucidando conceitos erroneamente interpretados, ajudando no desenvolvimento da autoconfiança, além de preparar a criança para novas experiências, potencializando um espaço que favorece a tríade: criança, acompanhante e profissional. Logo, a equipe de enfermagem possui uma atribuição muito importante na estimulação e/ou execução de atividades lúdicas que podem traduzir ganhos na adesão ao tratamento e melhoria do cuidado ao ver a criança hospitalizada como um cliente dotado de características peculiares (AZEVEDO, 2008).

Diante desse universo que envolve e cuidar, é fundamental que o enfermeiro reconheça os critérios mínimos para a preparação e emprego dos brinquedos terapêuticos no cuidado a criança hospitalizada a fim de alcançar os objetivos da assistência e prevenir eventos adversos decorrentes do processo de hospitalização.

Mediante as vivências das crianças no contexto hospitalar, Schmitz, Piccoli e Viera (2003) afirmam em seu estudo sobre a criança hospitalizada submetida à cirurgia e a utilização do brinquedo, que a internação ocasiona implicações mesmo que não haja risco físico, porém no futuro podem ocasionar traumas com consequências imprevisíveis à criança. Nesse sentido, o brinquedo para a equipe de enfermagem deve ser utilizado como forma de terapia opcional para auxiliar na assistência terapêutica, pois por meio da atividade do brincar se estabelece um elo com a criança e, ao elucidar o que irá acontecer, esta tende a depositar sua confiança no profissional e o vínculo é constituído.

O brincar no ambiente pediátrico pode e deve ser utilizado pelos enfermeiros para interação, orientação e promoção no sentido de proteger a criança para que a mesma tenha autocontrole e se sinta segura internamente e no ambiente, permitindo criar mecanismo de enfrentamento diante das experiências vivenciadas, e desta forma respeitando, valorizando e

incentivando a libertação de seus temores ao ser submetida a algum procedimento terapêutico doloroso ou amedrontador (LEITE, 2012).

O Estatuto da Criança e do adolescente garante os direitos da criança e a Lei 11.104 de 21 de Março de 2005 a obrigatoriedade de espaço para criança brincar no ambiente hospitalar, contudo, já se passaram quinze anos e esta legislação permanece invisível para alguns profissionais de saúde e gestores no estado do Amazonas, uma vez que não se efetiva a realização desta determinação.

A Lei Federal Nº 11.104, de 21 de março de 2005, “dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação”. Esta lei no Art. 2º define brinquedoteca como sendo um espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar (BRASIL, 2005c, p. 1).

Frente aos resultados constados no estudo sobre a importância do brincar mesmo quando a criança está hospitalizada foi possível evidenciar que a Lei Federal Nº 11.104, de 21 de março de 2005, que obriga a instalação de brinquedotecas em todos os hospitais pediátricos, sendo ele público ou privado (BRASIL, 2005c) não é uma realidade no hospital âncora da pesquisa, ficando as crianças à margem das atividades recreativas e de descontração.

Durante o período de hospitalização e adoecimento da criança e do adolescente a atividade de brincar deve ser realizada, e cabe ao enfermeiro pediatra a responsabilidade de assistir a criança hospitalizada e família por meio do brinquedo terapêutico, conforme recomendação garantida e legitimada do Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2004b) na resolução nº 295/2004. Esta temática consta no conteúdo do Curso de Graduação em Enfermagem da Instituição de Ensino Superior (IES).

Foi possível constatar no estudo realizado que todas às vezes que a equipe de enfermagem orientava e preparava a criança para o procedimento e esta permanecia com o brinquedo em suas mãos, seu comportamento era modificado imediatamente de maneira positiva, fato este que não ocorria na maioria das ocasiões da conduta terapêutica.

Le Roy et al. (2003) afirmam que o fornecimento de informações e a utilização dos brinquedos pelas crianças antes do procedimento permite sua percepção e entendimento quanto: o porquê da necessidade de realização, de que forma é feito e as possíveis consequências em realizá-lo, promovendo um sentido de autonomia possibilitando uma melhor compreensão a respeito do procedimento e sua finalidade, reduzindo assim, a ansiedade e pensamentos de preocupação com o mesmo. Nesse sentido, a partir do

pressuposto de que há a probabilidade de alterar as relações estabelecidas entre o ambiente e o indivíduo diante das informações, este aprende a se comportar com o intuito de reduzir ou evitar consequências aversivas diante da experiência vivenciada.

A comunicação na assistência de enfermagem à criança para Martinez et al. (2010) constitui-se de uma rede articulada de informações, na qual o enfermeiro pode utilizar várias estratégias para se comunicar durante o cuidado. O lúdico (brinquedo, momentos para brincar, jogo, música, sons, leitura, desenhos e cores) se configura como um dos eixos que influenciam diretamente no processo de comunicação de maneira expressiva na dinâmica do serviço, no comportamento da criança e da família durante a hospitalização proporcionando leveza nas ações de enfermagem que devem ser caracterizadas pelo que se faz com qualidade.

Outro benefício descrito nos resultados da pesquisa demonstraram que a atividade do brincar acalma a criança quando submetida ao procedimento e ao ser motivada pela enfermeira a brincar instantaneamente minimizava o choro apresentando comportamento cooperativo. Estes dados são comparados ao encontrado por Falbo et al. (2012) que o brincar deve ser utilizado em diversos contextos da vida da criança devendo a equipe de enfermagem estimular essa atividade no ambiente hospitalar com o intuito de favorecer um ambiente de fácil adaptação.

Para Sousa et al. (2015) os benefícios da atividade do brincar no ambiente hospitalar propiciam a humanização do serviço de saúde, a qual a equipe multidisciplinar deve valorizar e incorporar o brincar como uma proposta facilitadora de sua rotina, auxiliando na recuperação e alívio do sofrimento, acalmando a criança, aliviando suas tensões e proporcionando o desenvolvimento infantil. Desse modo, poderá amenizar os efeitos da internação tornando a prática assistencial mais humanizada, considerando o brincar em suas atividades rotineiras para obter cooperação da criança durante todo o cuidado, esforçando-se para que este enfrente os procedimentos que considera “aterrorizantes” e obrigatórios (medicações, exames e curativos) necessários para eficácia de seu tratamento.

As ações de humanização permeia o processo de trabalho dos profissionais da saúde e da enfermagem, em especial, cujo objetivo central no ambiente hospitalar pediátrico compreende cuidar da criança de forma integral e afetiva, valorizando as suas dimensões subjetivas e sociais de acordo com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2001).

Estudo desenvolvido por Leite e Shimo (2008) intitulado “Uso do brinquedo no hospital: o que os enfermeiros brasileiros estão estudando?” consideraram que o brincar permite as crianças expressarem seus sentimentos, liberar seus temores, tensões e ansiedade,

favorecendo o desenvolvimento de estratégias que os auxiliem na realização de procedimentos humanizando assim o ambiente através da comunicação e interação com seus pacientes.

As respostas das reações e dos comportamentos das crianças decorrentes do estímulo da atividade de brincar refletiam um aprendizado mútuo entre o profissional de enfermagem e o ser infante, permitindo desenvolvimento dos aspectos cognitivos, sobretudo, a linguagem, que passavam a interagir e divertir-se rapidamente.

A equipe de enfermagem deve considerar o brincar uma necessidade própria do desenvolvimento da criança, pois a criança mesmo diante de variados procedimentos hospitalar, o brinquedo estimula o bom humor, descontração e favorece seu estado clínico. Morin (2000) aponta que:

“... a importância da fantasia e do imaginário no ser humano é inimaginável; dado que as vias de entrada e de saída do sistema neurocerebral, que colocam o organismo em conexão com o mundo exterior representam apenas 2% do conjunto, enquanto 98% se referem ao funcionamento interno, constitui-se um mundo psíquico relativamente independente, em que fermentam necessidades, sonhos, desejos, idéias, imagens, fantasias, e este mundo infiltra-se em nossa visão ou concepção do mundo exterior (MORIN, 2000, p. 21).

Dal Omo Nicola et al. (2014) descreveram um estudo sobre o cuidado lúdico à criança hospitalizada na perspectiva do familiar e da equipe de enfermagem, no qual concluíram que o brincar é uma estratégia que auxilia as crianças diante dos procedimentos invasivos e dolorosos para amenizar as possíveis consequências e/ou traumas ocasionados pela hospitalização, apresentando esta atividade como um recurso terapêutico e efetivo.

O brinquedo quando é utilizado pelas crianças durante os procedimentos invasivos e dolorosos proporciona tranquilidade e relaxamento minimizando as reações e comportamentos aversivos diante do cuidado. Esse resultado da pesquisa é encontrado no estudo realizado por Baldan et al. (2014) no qual o brincar/brinquedo promove bem-estar à criança e deve estar incorporada na prática assistencial do enfermeiro pediátrico, tornando parte indissociável da assistência independente do cenário que o cerca.

O impacto emocional ocasionado pelo processo de hospitalização da criança era demonstrado por medo e temor, expresso com movimento corporal, principalmente quando submetido á punção venosa.

Diante da doença e hospitalização a criança fica vulnerável aos abalos emocionais, pois não é totalmente capaz de compreender o que está acontecendo com ela, desta maneira, é considerada incapaz para tomar decisões, principalmente em relação a sua saúde. (BRICHER, 2000; CARNEVALE, 2004).

As instituições hospitalares pediátricas precisam considerar e efetivar o que diz o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2010) no que se refere às necessidades de brincar durante sua permanência no ambiente hospitalar para satisfazer suas peculiaridades de “ser” criança, no qual no período de adoecimento e hospitalização são privadas destes momentos, cabendo a todos os envolvidos no cuidado à criança favorecer ações que integralizem o que assegura o ECA.

Durante a observação não participativa houve momentos de comunicação e confiança entre a equipe de enfermagem e a criança, ao apresentar medo e temor decorrente do procedimento questionava cada ação realizada pelo profissional que era respondido com empatia e reciprocidade.

Dessa maneira, Costa Jr., Coutinho e Ferreira (2006) enfatizam que a participação da criança em atividades de recreação que incluíam o recebimento de informações sobre os procedimentos hospitalares elevou a probabilidade de o paciente desenvolver comportamentos mais ativos e colaborativos, permitindo que as experiências da hospitalização e tratamento assistencial possa ser utilizada como oportunidade de ampliação de conhecimento relacionado aos dispensados à criança.

Considerando este contexto, Rice et al. (2008) afirmam que uma das principais técnicas preparatórias na realização do procedimento hospitalar é a transmissão de informação por meio do brinquedo, na qual em muitas ocasiões e dependendo fundamentalmente da idade, o mais adequado é dar a informação aos pais, por serem eles quem melhor podem transmiti-la.

Trabalhar em um hospital pediátrico baseia-se na visão em que o paciente é antes de tudo uma criança e o brincar é parte integrante de sua vida, nesse sentido investir no seu bem-estar físico e mental irá ajudá-lo a lidar melhor com a sua doença e o desconhecido diante da hospitalização. Portanto, é vital que os enfermeiros trabalhem para integrar o brincar durante sua rotina assistencial, preparando as crianças para cirurgias durante o pré, trans e pós-procedimentos, inserindo-o nos possíveis cuidados invasivos e intervenções dolorosas ou desconfortáveis que precisam experimentar (HAIAT, BAR-MOR, SHOCHAT, 2013).

Para Almeida e Souza (2009) o brincar para criança no ambiente hospitalar traduz uma forma de simbolizar e elaborar transformações no contexto da internação, contribuindo

também para aplicação das boas práticas terapêuticas, promovendo assim adesão ao tratamento, aos procedimentos invasivos e dolorosos, reduz a dor, melhora a interação com a equipe hospitalar e demais membros, devido o olhar diferenciado para as necessidades primordiais apresentadas pela criança como as brincadeiras, e períodos de descontração e lazer.

Outro benefício do brincar encontrado no estudo foi o estímulo para comunicação, o qual faz parte do desenvolvimento humano. Para Dias (2010) a linguagem é considerada fruto da influência do meio e representa uma possibilidade de ação, exercendo um papel de orientação sobre a criança, a qual é fundamental para estabelecer relação e construção do conhecimento que constitui e idealiza a importância dos fatores sócio-culturais, bem como as particularidades do ser criança como sujeito em desenvolvimento.

O brincar é uma parte importante para crescimento e desenvolvimento saudável infantil, no entanto quando sua saúde está comprometida pelo processo de adoecimento e necessidade de internação, o brinquedo pode ser usado como instrumento terapêutico, ajudando-a a compreender, aceitar e lidar com a hospitalização, favorecendo melhores condições de cooperação entre as crianças e cuidadores (TAHA, 2008).

Há uma necessidade de uma nova reconstrução do cuidar e do saber entre os profissionais que prestam o cuidado a criança, pois é evidente durante todo o processo que os profissionais de saúde ao se aproximarem da criança esquecem-se de utilizar a ferramenta necessária para fomentar um cuidado compartilhado, trilhado com bases de confiança e humanização, com o intuito de garantir os direitos da criança prevista na legislação.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atividade do brincar para as crianças hospitalizadas no ICAM durante os procedimentos invasivos e dolorosos proporcionou a identificação de uma importante ferramenta para mediar os possíveis estresses decorrentes deste momento, apontando que essa atividade transforma o contexto assistencial pediátrico e possibilita conhecer a subjetividade da criança a partir da realidade vivenciada.

As reflexões sobre a criança em ambiente hospitalar enquanto ser doente diante da atividade do brincar que justificaram a realização do estudo enriqueceu o conteúdo, revelando o universo infantil por meio da construção das concepções teóricas e práticas sobre a atividade de brincar e o significado para a criança. Conhecer este instrumento de intervenção do cuidado foi importante para compreender a hospitalização como espaço cuidativo, e que possibilita restabelecer a saúde e proporcionar momentos de distração e lazer para as crianças.

No que concerne ao empoderamento das informações a cerca desta temática procurou-se apreender os benefícios do brincar construídas pelas crianças internadas, explorando as implicações sobre a prática assistencial pediátrica em saúde. A abordagem do estudo auxiliarão os cuidadores e equipe de enfermagem a realizarem seus cuidados de maneira planejada visando compreender os aspectos relacionados às diferentes dimensões do “ser” criança.

Diante do panorama deste estudo, considera-se que o brincar é indispensável para compreensão da dinâmica social no ambiente hospitalar pediátrico, tornando-se essencial para o planejamento e execução das práticas assistenciais das unidades de internação enquanto pacientes em leito de hospital sem atividade recreativa. Esta atividade deve ser um dos fatores preponderante para o “fazer” do trabalho assistencial pediátrico em sua plenitude, buscando o reconhecimento de suas necessidades e interesses no assistir pautado nas peculiaridades inerentes da criança, pois mesmo doente a atividade de brincar permanece acessa como uma tocha iluminando a vida do ser criança.

O brincar durante o cuidado à criança hospitalizada precisa ser incluídas nos debates das práticas assistências pediátricas, fornecendo subsídios científicos na perspectiva de contribuir para o cuidado assistencial adequado de forma integral, biopsicossocial e cultural.

O assistir a criança com brinquedo no contexto hospitalar requer reconhecimento, disponibilidade e dedicação para sistematizar o cuidar, visando fornecer uma assistência além do modelo biomédico, medicalizante e curativo pautado não apenas na fragmentação do ser

cuidado, subestimando assim, as outras formas de atender as necessidades em sua integralidade.

O que nos leva a perceber que a idade, sua condição de saúde, prognóstico e tempo de permanência hospitalar são fatores importante para que a criança incorpore atitudes negativas durante as etapas do evento constituindo-se em situação permeada de estresse, na qual permitem aumentar as alternativas terapêuticas para auxiliar os profissionais e favorecer um atendimento que promova um ambiente mais humanizado e harmonioso.

Após refletir diariamente sobre o ato de brincar no processo de hospitalização diante dos procedimentos invasivos e dolorosos, considera-se que esta atividade é uma via possível de promover a aceitação das crianças para transformá-las em sujeitos participativos e produtivos na construção de sua identidade e seu estatuto social infantil.

Identificou-se no ambiente hospitalar, o deslocamento da percepção social sobre a criança que brinca para um “ser” que não possui estatuto social. É necessário que os profissionais que atuam em pediatria sejam capacitados e sensibilizados para tornar o ambiente pediátrico mais próximo da realidade cotidiana da criança e o processo de hospitalização menos traumático, introduzindo na sua prática assistencial o brincar como cuidado essencial.

O brinquedo ao possibilitar novas maneiras de cuidar, apresenta cada vez mais sua importância como uma linguagem própria da infância, coparticipante do processo do cuidar, estimulando estas ações desenvolvidas de forma benéfica e prazerosa mesmo quando a criança está doente e hospitalizada.

No que se refere ao nível de compreensão das crianças de acordo com cada faixa etária caracterizada no estudo relacionado às reações, podemos verificar que por meio da atividade do brincar e das experiências vivenciadas no ambiente hospitalar infantil a criança se descobre, constrói e reconstrói seu próprio conhecimento a partir das posturas e atitudes proporcionadas pelos profissionais que prestam assistência pediátrica ao interagir com o brinquedo.

Na perspectiva de um olhar atento, e uma escuta sensível e refinada para a atividade do brincar no ambiente hospitalar, é necessário desenvolver novos caminhos para que os profissionais que assistem as crianças possam ter uma postura que represente um resgate de suas práticas assistenciais pediátricas inserindo na sua assistência o brinquedo para que esta forma de cuidar seja visualizada como relevante possibilidade de contribuições para o sucesso do tratamento, bem como o mais rápido restabelecimento de sua saúde, considerando o

brincar um instrumento terapêutico facilitador do processo de internação ao atuarem de maneira mais humana, respeitando a dignidade da criança no atendimento hospitalar.

Constatou-se que a temática apresentada no estudo, precisa ser discutida entre os gestores da instituição e profissionais que atuam no cuidado pediátrico de maneira a gerar reflexões numa perspectiva coletiva, considerando o brincar como uma atividade intrínseca da criança, e igualmente necessária e fundamental para seu cuidado e desenvolvimento em ambiente hospitalar.

A humanização da assistência através da inserção do brinquedo apresenta grande desafio para as instituições pediátricas, pois requer estar preparado para atender às particularidades que permeiam o universo infantil. Portanto, compete aos gestores buscarem alternativas de cuidado que ultrapassem as rotinas engessadas que utilizam o paradoxo no que diz respeito ao propósito da assistência realizada.

É necessário que a criança ao ser acolhida na unidade hospitalar pediátrica, sejam despertadas durante sua internação sentimento de proteção e aconchego através da utilização da atividade do brincar, no sentido em que todos os envolvidos no processo de hospitalização possam construir juntamente com o pequeno paciente um caminho que estabeleça confiança, afim de que ocorra a minimização dos efeitos traumáticos que a hospitalização pode causar no seu desenvolvimento.

Vale salientar, que o brincar se afirma como um meio de comunicação relevante para assimilação da realidade, definição de papéis e, sobretudo, na descontração durante a internação vivenciada pela criança.

As implicações do estudo sobre o brincar diante de procedimentos invasivos e dolorosos trarão significados para as práticas assistenciais de saúde das instituições pediátricas e são dignas de reflexão. Se o brincar assim representam as crianças, então cabe a nós, educadores e profissionais de saúde potencializar nossos atributos pedagógicos, num sentido de desenvolver, implantar e implementar processos e práticas sistemáticas de educar para saúde e cuidado à criança por meio de atividades lúdicas.

As atividades de brincar durante a hospitalização necessitam, nessa perspectiva, compartilhar métodos e técnicas de cuidado que (re)configurem o desenvolvimento das ações com foco na criança.

Observamos também as dificuldades quanto à implantação e implementação de atividades lúdicas na unidade pediátrica onde se realizou a pesquisa, nas quais podemos apontar para a falta de estrutura adequada no ambiente hospitalar, incompreensão de alguns profissionais sobre a inserção do brincar durante o cuidado, tempo para assistir com o

brinquedo, desinteresse de investimento por parte dos gestores, bem como a ausência de condições favoráveis nos serviços de saúde.

Entretanto, é emergente que priorize nos hospitais pediátricos o espaço destinado ao brincar, pois são visíveis as lacunas a respeito dessa atividade no momento dos procedimentos que as crianças são submetidas regularmente, como também durante todo processo de hospitalização.

A criança deve manter viva e ativa sua rotina e seus desejos, dando continuidade à sua história de vida, mesmo estando doente e hospitalizada, nesse sentido a atividade lúdica pode proporcionar a auto expressão dos seus sentimentos sendo eles reais ou imaginários, assumindo importante significado para interpretação de como a criança se encontra em sua realidade interior e exterior.

Sugere-se que cada vez mais estudos sejam realizados de modo a confirmar tais assertivas, visando desta maneira implantar e implementar o uso de atividades lúdicas na rotina de diversos contextos do âmbito hospitalar, como recurso facilitador para recuperação e melhorias do período e processo de internação, auxiliando todos os profissionais envolvidos e comprometidos com a saúde da criança a compreender e minimizar os reflexos das normas hospitalares estáticas.

Diante disso, foi possível observar que quando as necessidades de recreação da criança no ambiente hospitalar não são proporcionadas, os efeitos estressores podem se potencializar em decorrência da exposição ao evento aversivo doloroso e invasivo, por sua vez ocasionando dificuldade na execução do procedimento.

A vista disso é possível atender as necessidades e os desejos da criança no ambiente hospitalar para que estas se sintam seguras e menos ansiosas participando ativamente do processo de recuperação e tratamento.

Estudar os benefícios do brincar para a criança diante de procedimentos invasivos e dolorosos responde não somente a um interesse de pesquisa, mas também a um objetivo de intervir sobre as práticas assistenciais pediátricas. Nesse sentido, emerge como proposta, disseminar o resultado por meio da extensão universitária, atividades de educação em saúde nas instituições de formação superior e técnica, em eventos científicos e unidades hospitalares que assistem a criança, para assim promover e efetivar atividade do brincar como política pública já existente.

Muito ainda precisa ser feito em detrimento da saúde integral da criança, com intuito de garantir o aprimoramento do cuidado personalizado de forma mais humanizada e protetora

dos direitos da criança relacionados à sua segurança e que propicie oportunidade de brincar durante sua internação hospitalar.

Desta forma, vislumbra-se que as intervenções mediadas pelo brinquedo contribuem para mudanças capazes de despertar na criança o interesse e satisfação, mesmo quando submetida a intervenções com procedimentos dolorosos e invasivos, minimizando assim os efeitos estressores. Portanto, os objetivos da pesquisa foram alcançados quanto ao seu propósito identificados na temática, entretanto há necessidade de novas pesquisas utilizando outros métodos.

## REFERÊNCIAS

ADRIANO, André Ricardo, BERGAMASCHI, Manuella B., ARCOVERDE, Tarcísio L. Perfil dos diagnósticos de hospitalização de crianças até 5 anos no município de Blumenau-SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 39, no. 1, de 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/lil-663061>> Acesso em: 28 de Julho de 2015.

ALAVES, AM; GONÇALVES, CSF; MARTINS, MA; SILVA, ST; AUWERTER, TC; ZAGONEL, IPS. A efetividade do cuidado solidário diante de eventos que acompanham a cronificação da doença da criança hospitalizada. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2006;8(2):192-204. Disponível em:< [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a04.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a04.htm)>. Acesso em 30 de out. 2015.

ALBUQUERQUE, Camila Moraes; GOUVÊA, Cresus Vinícius Depes de; MORAES, Rita de Cássia Martins; BARROS, Renata Nunes; COUTO, Cínta Fernandes do. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. **Main techniques of behavior control in Pediatric Dentistry**. Volume 45 N° 02 Abril/Junho de 2010. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n2/a08v46n2.pdf>>. Acesso: 03 de Nov. 2015.

ALBUQUERQUE, Célia Sandra Carvalho de. **A utilização dos jogos como recurso didático no processo ensino – aprendizagem da matemática nas séries iniciais no estado do Amazonas**. Manaus: Universidade do Estado do Amazonas, 2009. 112p. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <<http://www.pos.uea.edu.br/data/area/titulado/download/14-8.pdf>>. Acesso: 08 de Nov. 2015.

ALMEIDA, F. A. Lidando com a morte e o luto por meio do brincar: a criança com câncer no hospital. **Bol. Psicol.** São Paulo, vol.55, no.123, p.149-167, dez. 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0006-59432005000200003&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0006-59432005000200003&script=sci_arttext)> Acesso em: 28 de Março de 2014.

ALMEIDA, Monique Aparecida; SOUZA, Talita Tortaro. **A importância do brincar para crianças hospitalizadas: um estudo de caso**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdades Integradas Fafibe, Bebedouro, p. 37-40, 2009. Disponível em: <<http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistapsicologia/sumario/14/06122010140205.pdf>> Acesso em: 18 de Julho de 2015.

ALMEIDA, F.A; SABATÉS, A.L. **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. Barueri, SP. Manole, 2008 – Série Enfermagem.

ALTAMIRA, Lorena Leos. A criança hospitalizada: Um estudo sobre a atuação do psicólogo hospitalar. **PUC. Arcos. MG**. 2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/a-crianca-hospitalizada-um-estudo-sobre-a-atuacao-do-psicologo-hospitalar/56348/>>. Acesso em: 20. Outubro 2015.

ALVES, Bárbara de Andrade; SANTOS, Tabatha de Freitas Moreira; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; TACLA, Mauren Teresa Grubisich Mendes; SANT'ANNA, Flávia Lopes; LOPES, Emilia Batista. Criança hospitalizada: caracterização dos procedimentos cirúrgicos em um hospital escola público . **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 317-324, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/18813>> Acesso em: 20 de setembro de 2015.

ANJOS, Karina Siqueira dos; FERREIRA, Marília Monteiro Emídio ; ARRUDA, Maria do Céu; RAMOS, Karla da Silva; MAGALHÃES, Ana Paula Regazzi. Caracterização epidemiológica dos casos de varicela em pacientes internados em um hospital universitário da cidade do Recife. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2009, vol.12, n.4, pp. 523-532. ISSN 1980-5497. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/41>>. Acesso: 07 de Nov. 2015.

ARAGÃO, Rita Márcia; AZEVEDO, Maria Rita Zoega Soares. O brincar no hospital: análise de estratégias e recursos lúdicos utilizados com crianças. **Estud. psicol.** (Campinas) [online]. 2001, vol.18, n.3, pp.33-42. ISSN 1982-0275. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2001000300003>>. Acesso: 10 de setembro de 2015)

AVELAR, Laila Fernanda de Souza, TEIXEIRA, Lúcia Helena. **Jogos populares: pesquisa sociocultural e importância lúdica para o desenvolvimento infantil.** Cad Pesq. 2009;16(3):76-80.

AZEVEDO, D. M., SANTOS, J. J. S., JUSTINO, M. A. R., MIRANDA, F. A. N, SIMPSON C. A. O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipe de saúde. **Cienc Cuid Saúde** 2007 Jul/Set;6(3):335-341. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4018>> Acesso em: 28 de abril de 2013.

\_\_\_\_\_. O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2008; 10 (1): 137-144. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a12.htm>>. Acesso: 02 de Novembro 2015.

AZZI, S. G. F; ANDREOLI, P. B. de A. **O cuidado da criança ospitalizada com a doença grave e sua família.** Knobel, E. et.al Psicologia e humanização - assistência dos pacientes graves. São Paulo: Atheneu, 2008.

BALDAN, Juliana de Moraes; SANTOS, Cíndia Pereira dos; MATOS, Ana Paula Keller de; WERNET, Monika. ADOÇÃO DO BRINCAR/BRINQUEDO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA: TRAJETÓRIA DE ENFERMEIROS. **Cienc Cuid Saude** 2014 Abr/Jun; 13(2):228-235. Disponível:

<[http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15500/pdf\\_167](http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15500/pdf_167)>  
Acesso em: 30 de junho de 2015.

BARROS, L. **Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi, 2003. 220 p. ISBN 972-796-081-2.

BASSOLS, Ana Margareth Siqueira; ZAVASCHI, Maria Lucrecia; PALMA, Regina Beatriz. A criança frente à doença e à morte: aspectos psiquiátricos. **Rev. bras. psicoter.** 2013;15(1):12-25. Disponível em: <[http://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=108](http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=108)>. Acesso: 12 de agosto 2015.

BASTOS DEPIANTI, Jéssica Renata; Silva, Liliane Faria da; Monteiro, Ana Claudia Moreira; Soares, Rafael Silva. Nursing difficulties in using playfulness to care for a hospitalized child with cancer. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 1117-1127, jul. 2014. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3356>>. Acesso em: 04 Nov. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i3.1117-1127>.

BASTOS, João Luiz Dornelles; DUQUIA, Rodrigo Pereira. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&ved=0CGMQFjAI&url=http%3A%2F%2Frevistaseletronicas.pucrs.br%2Fojs%2Findex.php%2Fscientiamedica%2Farticle%2Fdownload%2F2806%2F2634&ei=Mx6KVZ2gDIlyggScwLjwAQ&usq=AFQjCNF2b-tdGsUeaJzZZyhTHc29NxvdKg&bvm=bv.96339352,d.eXY>>. Acesso em: 22 Jun. 2015.

BAUER, Débora Fernanda Vicentini; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; Reis, Taísa Bastos dos; TACLA, Mauren Teresa Grubisich Mendes. Crianças com câncer: caracterização das internações em um hospital escola público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 9-16, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/16021/16936>>. Acesso em: 20 de outubro de 2015.

BEAUCHAMP T. L., CHILDRESS J.F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo (SP): Loyola; 2002.

BEE, Helen. **A criança em desenvolvimento**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BENJAMIN, W. **Reflexões: a criança, o brinquedo e a educação**. São Paulo: Summus, 1984.

BERNACCHIO, R. M. G.; CONTIN, I; MORI, M. Fatores modificadores da percepção da dor. **Rev. Dor**, v. 8, n. 3, p. 621-633, jul./set. 2005. <[http://unimagemwebcast.com.br/webcast/revistador/Dor/2005/volume\\_6/n%C3%BAmero\\_3/f-.htm](http://unimagemwebcast.com.br/webcast/revistador/Dor/2005/volume_6/n%C3%BAmero_3/f-.htm)> Acesso em: 18 de abril de 2013.

BERSCH, A. A. S.; YUNES, M. A. M. O brincar e as crianças hospitalizadas: contribuições da abordagem ecológica. **Ambiente & Educação**, v. 13, p. 119-132, 2008. Disponível em: <<http://www.seer.furg.br/ojs/index.php/ambeduc/article/view/979/411>>. Acesso em: 29 out. 2013.1413-8638.

BISCEGLI, Terezinha Soares; BENATIA, Larissa Delázari; FARIAS, Rafaela Sperandio; BOEIRAA, Taís Romano; CIDB, Felipe Biscegli; GONSAGAA, Ricardo Alessandro Teixeira. Perfil de crianças e adolescentes internados em Unidade de Tratamento de Queimados do interior do estado de São Paulo. **Rev. paul. pediatr.** [online]. 2014, vol.32, n.3, pp. 177-182. ISSN 0103-0582.

BLOUNT, R. L., ZEMPSKY, W. T., JAANISTE, T., EVANS, S., COHEN, L. L., DEVINE, K. A., & ZELTZER, L. K. (2009). Management of pediatric pain and distress due to medical procedures. Em M. C. Roberts & R. G. Steele (Orgs.), **Handbook of pediatric psychology** (4th ed.) (pp. 171-188). New York: Guilford.

BRAZELTON, T.B. **3 A 6 Anos, Momentos Decisivos do Desenvolvimento Infantil**. Editora Artmed. Porto Alegre, RS, 2003.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 293, de 24 de outubro de 2004**. Rio de Janeiro: Cofen; 2004a. Disponível em:<[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2952004\\_4331.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2952004_4331.html)> Acesso em: 10 de outubro de 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 295, de 24 de outubro de 2004**. Rio de Janeiro: Cofen; 2004a. Disponível em:<[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2952004\\_4331.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2952004_4331.html)> Acesso em: 12 de dezembro de 2013.

BRASIL. **Lei Federal nº 11.104, de 21 de março de 2005**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de março 2005. Seção 1, p. 1, 2005 mar 22. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm)>. Acesso em: 10 de Março de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)**. Brasília: Ministério da Saúde 2001.

Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>> Acesso em: 12 de dezembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Área Temática da Humanização na Biblioteca Virtual em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 1ª Ed. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)> Acesso em: 05 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1990. 7.ed. Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 225 p. – (Série legislação ; n. 25) ISBN 978-85-736-5344-1 Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)> Acesso em: 12 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria-Geral, Grupo de Trabalho** – Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviços de Saúde–Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2ª Ed. 1985. 15 p. (Série B: Textos básicos em saúde, 8.).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio exterior – mdic - **Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade industrial** – INMETRO. Portaria nº 108, de 13 de junho de 2005. Disponível em: < <http://www.inmetro.gov.br/imprensa/releases/Inmetro-indica-brinquedos-mais-adequados-por-faixa-etaria.pdf>> Acesso em: 30 de Junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS, DATASUS. **Base de dados das Informações de Saúde: Morbidade hospitalar do SUS – por local de internação – Brasil-2015**. [Internet]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nibr.def/>>. Acesso 14 agosto 2015.

BRASIL. Secretaria Municipal de Educação. Diretoria de Orientação Técnica. **Tempos e espaços para a infância e suas linguagens nos CEIs, creches e EMEIs da cidade de São Paulo** - São Paulo: SME / DOT, 2006. Disponível em: <[http://portalsme.prefeitura.sp.gov.br/Documentos/BibliPed/EdInfantil/TemposEspa%C3%A7osPara%20Inf%C3%A2ncia\\_SuasLinguagens\\_CEI\\_Creche\\_EMEI.pdf](http://portalsme.prefeitura.sp.gov.br/Documentos/BibliPed/EdInfantil/TemposEspa%C3%A7osPara%20Inf%C3%A2ncia_SuasLinguagens_CEI_Creche_EMEI.pdf)>. Acesso: 09 de Nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 116 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual\\_pediatria.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_pediatria.pdf)>. Acesso: 09 de novembro 2015.

BRITO, Luciana Santos; PERINOTTO, André Riani Costa. O brincar como promoção à saúde: a importância da brinquedoteca hospitalar no processo de recuperação de crianças hospitalizadas. **Revista Hospitalidade**. São Paulo, v. XI, n.2, p. 291 - 315, dez. 2014. Disponível em : <<http://www.rev Hosp.org/ojs/index.php/hospitalidade/article/view/557>>. Acesso: 07 de Nov. 2015.

BRICHER, G. Children in hospital: issues of power and vulnerability. **Pediatric nurs**, v. 26, n. 3, p. 277- 282. 2000.

BROUGÈRE Gilles. **Brinquedo e cultura**. São Paulo:Cortez; 2001.

\_\_\_\_\_. **Brinquedos e companhia**. São Paulo:Cortez; 2004

BROWN, C. D. **Therapeutic play and creative arts helping children cope with illness, dead, and grief**(2001). In A. Armstrong-Daily & S. Zarboch (Eds.). *Hospice care for children* (pp. 251-283). New York: Oxford University Press. Disponível em:<<http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195340709.001.0001/acprof-9780195340709-chapter-14>>. Acesso: 23 de outubro de 2015.

BROOK, G. D. Challenges and outcomes of working from a rights based perspective. **Arch. Dis. Child.**, v. 90, n. 2, p. 176-178. 2005.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Medico-cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 4 volumes.

CAETANO, Jozana do Rosário de Moura; BORDIN, Isabel Altenfelder Santos; PUCCINI, Rosana Fiorini and PERES, Clóvis de Araújo. **Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.36, n.3, pp. 285-291. ISSN 1518-8787.

CALVETT, Prísla Ücker; SILVA, Leonardo Machado da; GAUER, Gabriel José Chittó. Psicologia da saúde e criança hospitalizada. **Psic** [online]. 2008, vol.9, n.2, pp. 229-234. ISSN 1676-7314. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-73142008000200011&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-73142008000200011&script=sci_arttext)>. Acesso: 09 de setembro 2015.

CAMPOS, Mariana Coelho; RODRIGUES, Karen Cristina S.; PINTO, Maria Carla Morete. A avaliação do comportamento do pré-escolar recém-admitido na unidade de pediatria e o uso do brinquedo terapêutico. **Einstein**. 2010 8(1): 10-7. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1462-Einsteinv8n1p10-17.pdf>>. Acesso: 10 de Nov. 2015.

CARVALHO, Ricardo Wathson Feitosa de; PEREIRA, Carlos Umberto; LAUREANO-FILHO José Rodrigues Laureano; VASCONCELOS, Belmiro Cavalcanti do Egito. O paciente cirúrgico, Parte I. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, Camaragibe, v. 10, n. 4, p. 85-92, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.revistacirurgiabmf.com/2010/V10n4/12.pdf>>. Acesso: 04 de novembro de 2015.

CARVALHO, Sonia Cristina de. **Implantação de brinquedo terapêutico em crianças submetidas a procedimentos invasivos em unidade de PSF**. 1º Encontro Científica de Enfermagem da Coordenadoria Regional de Saúde Leste. 2010. Disponível em: <[http://www.aps.santamarcelina.org/aps/Trabalhos/BRINQUEDO\\_TERAP%C3%8AUTICO.pdf](http://www.aps.santamarcelina.org/aps/Trabalhos/BRINQUEDO_TERAP%C3%8AUTICO.pdf)>. Acesso: 13 de Nov. 2015.

CASTRO, Dayene Pereira; ANDRADE, Claudia Umbelina Baptista; LUIZ, Edvaldo; MENDES, Mariana; BARBOSA, Danillo; SANTOS, Luiz Henrique Gomes. Brincar como instrumento terapêutico. **PEDIATRIA (SÃO PAULO)** 2010;32(4):246-54. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1360.pdf>> Acesso em: 28 de abril de 2013.

CAMPOS, F. C. B. **O lugar da saúde mental**. In: CAMPOS, F. C. B. (Org.). *Psicologia e Saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec, 2010.

CARMO, Andresa do. **A brinquedoteca hospitalar: uma intervenção positiva para criança hospitalizada**. Monografia do Centro de Referência em distúrbios de Aprendizagem. São Paulo, 2008.

CARNEVALE, A. F. Listening authentically to youthful voices: a conception of the moral agency of children. In: STORCH, J. L.; RODNEY, P.; STARZOMSKI, R. **Toward a moral horizon: nursing ethics for leadership and practice**. 5.ed. Toronto: Pearson prentice Hall, 2004. Chap 19, p. 396-413.

CIBREIROS, AS; OLIVEIRA, ICS. **A comunicação do escolar por intermédio dos brinquedos: um enfoque para à assistência de enfermagem nas Unidades de Cirurgia Pediátrica**. Rio de Janeiro(RJ): 2000.

COA, Thatiana Fernanda and PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. Autonomia da criança hospitalizada frente aos procedimentos: crenças da enfermeira pediatra. **Acta paul. enferm.** [online]. 2006, vol.19, n.4, pp. 433-438. ISSN 1982-0194. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a11.pdf>> Acesso em: 22 de Junho de 2015.

CONCEIÇÃO, C. M.; RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H.; OHARA, C. V. S.; ANDRADE, P. R. Brinquedo Terapêutico no Preparo da Criança para Punção Venosa Ambulatorial: percepção dos pais e acompanhantes. **Esc Anna Nery** (impr.)2011 abr - jun; 15 (2):346-353. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000200018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200018)> Acesso em: 07 de Maio de 2013.

CORDAZZO, S. T. D.; VIEIRA, M. L. A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. **Rev. Psi**, UERJ, RJ, v. 7, n. 1, p. 92-104, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v7n1/artigos/pdf/v7n1a09.pdf>> Acesso em: 17 de Maio de 2013.

CORAZZA, S. M. **Infância & educação**: era uma vez... quer que conte outra vez? Petrópolis/RJ: Vozes, 2002. P. 81.

COSTA, E. B.; LIMA, S. S.; FERRARI R. Dor em pediatria: o papel da assistência de enfermagem junto à criança com dor. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol.03, Nº. 03, Ano 2012: p. 179-188. ISSN: 1982-4785. Disponível em: <[www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/.../203/pdf](http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/.../203/pdf)> Acesso em: 30 de Maio de 2013.

COSTA, Edwaldo; DE PAULA, Nisley Martins. Brinquedoteca Hospitalar e a importância da Higienização dos Brinquedos. **Revista SCIAS Arte/Educação**. v. 1, n. 3. nº 01. P. 51-66. 2014. Disponível em: <<http://www.uemg.br/openjournal/index.php/SCIAS/article/view/589/pdf>>. Acesso: 10 de Nov. 2015.

COSTA JUNIOR, Áderson Luiz; COUTINHO, Sílvia Maria Gonçalves and FERREIRA, Rejane Soares. **Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais**. Paidéia (Ribeirão Preto) [online]. 2006, vol.16, n.33, pp. 111-118. ISSN 1982-4327. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n33/14.pdf>>. Acesso: 10 de setembro 2015.

COUTINHO, Bruno Barros de Azevedo; BALBUENA, Marina Buainain; ANBAR, Rafael Anache; ANBAR, Rodrigo Anache; ALMEIDA, Kleider Gomes de; ALMEIDA, Paulete Yuri Nukariya Gomes de. Perfil epidemiológico de pacientes internados na enfermagem de queimados da Associação Beneficente de Campo Grande Santa Casa/MS. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 25, n. 4, 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-51752010000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-51752010000400006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 out. 2015.

CUNHA, N. H. S. O significado da brinquedoteca hospitalar. In: VIEGAS, Dráuzio. (org.). **Brinquedoteca hospitalar: Isto é humanização**. Rio de Janeiro: WAK, 2007, p.71-73.

\_\_\_\_\_. **Brinquedoteca: definição, histórico no Brasil e no mundo**. In: Cunha, N.H. do S. O direito de brincar: A Brinquedoteca. São Paulo: Escritta-ABRINQ, 1992, p. 35-48.

\_\_\_\_\_. **Brinquedoteca: um mergulho no brincar**. São Paulo: Araquariana, 2007. I.S.B.N. 9788572171038.

DAL OMO NICOLA, Glaucia; FREITAS, Hilda Maria Barbosa de; GOMES, Giovana Calcagno; COSTENARO, Regina Gema Santini; NIETSCHE, Elisabeta Albertina; ILHA, Silomar. Ludic care for hospitalized children: perspective of family caregivers and nursing staff. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 703-715, mar. 2014. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3079>>. Acesso em: 05 Nov. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i2.703-715>.

DALLABONA, S. R. E MENDES, S. M. S. **O Lúdico na educação infantil: jogar, brincar, uma forma de educar**. Revista de divulgação técnico científica do ICPG. Pag. 37. 2004.

DELGADO, Ana Cristina Coll. **Infâncias e Crianças: O que nós adultos sabemos sobre elas?** Rio Grande do Sul, 2003(mimeo). Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/zeroseis/article/viewFile/10048/9241>> Acesso em: 30 de Maio de 2013.

DIAS, Fernanda. O desenvolvimento cognitivo no processo de aquisição de linguagem. **Rev Letrônica**, Porto Alegre v.3, n.2, p.108, dez./2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/letronica/article/viewFile/7093/593>> Acesso em: 30 de Junho de 2015.

DIAS, S. M. Z.; MOTTA, M. G. C. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. *Ciênc Cuidado Saúde*.2004;3(1):41-54.

EISENSTEIN, Evelyn e ESTEFENON, Susana Bruno. Geração Digital: Riscos das Novas Tecnologias Para Crianças E Adolescentes. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**. 10, Agosto de 2011. Disponível em: <[http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=105](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=105)>. Acesso: 10 de Out. 2015.

ELSEN, I.; PATRÍCIO, Z. M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e suas implicações para a enfermagem. In: SCHIMTZ, E. M. R. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. p.169-179.

ERIKSON, E. H. **IDENTIDADE Juventude e Crise**. 2ª Ed. Editora Guanabara, 1987. P. 121.

ESTEVES, Arinete Veras Fontes. **Compreendendo a criança e o adolescente com câncer em tratamento quimioterápico durante a utilização do brinquedo**. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-10052010-110007/>>. Acesso em: 2014-09-03.

FACCI, Marilda Gonçalves Dias. **A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigotski**. *Cad. CEDES* [online]. 2004, vol.24, n.62, pp. 64-81. ISSN 1678-7110. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v24n62/20092.pdf>>. Acesso: 10 de Nov. 2015.

FALBO, Bruna Cristine Peres; ANDRADE, Raquel Dully; FURTADO, Maria Cândida de Carvalho and MELLO, Débora Falleiros de. **Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2012, vol.65, n.1, pp. 148-154. ISSN 0034-7167. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000100022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100022)>. Acesso em: 2015-07-03.

FALCONE, E. M. O., FERREIRA, M. C., LUZ, R. C. M., FERNANDES, C. C., FARIA, C. A., D'AUGUSTIN, J. F., PINHO, V. D. Inventário de Empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. **Avaliação Psicológica**, 7(3), 321-334, 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712008000300006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000300006). Acesso: 20 de setembro de 2015.

FERRARI Rogério, ALENCAR Gilmar Barbosa de, VIANA Dione Viero. Análise das produções literárias sobre o uso do brinquedo terapêutico nos procedimentos clínicos infantis. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**. 2012; 3(2): 660-73. Disponível em: <[www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/.../160/pdf\\_1](http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/.../160/pdf_1)> Acesso em: 29 de abril de 2013.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**/ Aurélio Buarque de Holanda Ferreira; coordenação de edição Marina Baird Ferreira. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2012.

FERREIRA, Madona Lopes ; MONTEIRO, Maria de Fátima Vasquez; SILVA, Kely Vanessa Leite da ; ALMEIDA, Vitória de Cássia Félix de; OLIVEIRA, Joseph Dimas de. Uso do

brincar no cuidado à criança hospitalizada: contribuições à enfermagem pediátrica. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Apr-Jun2014, Vol. 13 Issue 2, p350-356. 7p. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20596>> Acesso em: 29 de junho de 2015.

FERREIRA JMS, ARAGÃO AKR, COLARES V. Técnicas de Controle do Comportamento do Paciente Infantil: Revisão de Literatura. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr** 2009;9(2):247-251. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n2/a08v46n2.pdf>>. Acesso: 10 de Nov. 2015.

FERREIRA, M. C. **O Brinquedo através dos tempos**. São Paulo: Edicon, 1990. P. 78.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed., J. E. Costa, Trad. São Paulo: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos; LUCHESI, Bruna Moretti; SAIDEL, Maria Giovana Borges; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro; MELO, Débora Gusmão. **Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.27, n.2, pp. 388-394. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>> Acesso em: 23 de Junho de 2015.

FORTUNA, Tânia Ramos. Brincar, viver e aprender: Educação e Ludicidade no hospital. In: In: VIEGAS, Dráuzio. (org.). **Brinquedoteca hospitalar: Isto é humanização**. Rio de Janeiro: WAK, 2007.

FRAGATA, Célia Sofia da Silva. **Avaliação Pediátrica da Ansiedade face à Dor na Punção Venosa em Crianças com e sem Problemas do Desenvolvimento**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2010. 42p. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

FREE, Mary Moore – **Cross cultural conceptions of pain and pain control**, Baylor University Medical Center, Vol.15, N°2, April 2002, p.143-145.

FRIEDMANN, A. **O direito de Brincar**. São Paulo : Scritta : Abrinq, 1992.

GALVÃO, Isabel. **Henri Wallon: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOLDENBERG, M. A importância da humanização do hospital: Brinquedotecas terapêuticas- Instituto Ayrton Senna. In: VIEGAS, Dráuzio. (org.). **Brinquedoteca hospitalar: Isto é humanização**. Rio de Janeiro: WAK, 2007, p.86-87.

GOMES, Celina Aguilar and DUARTE, Edison. Jogos materno-infantis: estimulação essencial para a criança com paralisia cerebral. **Estud. psicol.** (Campinas) [online]. 2009, vol.26, n.4, pp. 553-561. ISSN 0103-166X. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n4/15.pdf>> Acesso em: 10 de Julho de 2015.

GOMES, Nathália Lerípio, GONÇALVES, Thiago Jorge Pacheco, ANDRÉ, Keila Magalhães, LOPES, Valerita Moreira. A CRIANÇA E A HOSPITALIZAÇÃO . **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental** Online 2010. abr/jun. 2(2):735-745. Disponível: <[dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5090718.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5090718.pdf)> Acesso: 20 de agosto de 2015.

GONÇALVES, F. H. S.; PEREIRA, M. G. N.; CEZAR, E. S. Avaliação da intensidade da dor em pacientes submetidos a amigdalectomia. **Cienc. cuidado saude**. 2007; 6(1): 85-94. . Disponível em: < [www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../3228](http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../3228)> Acesso em: 10 de Maio de 2013.

GONÇALVES, Cheila Santos; LORENA, Eduina Monteiro; GOMES, Zenaida Monteiro. **INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS À CRIANÇA HOSPITALIZADA: O Enfermeiro e a Comunicação Terapêutica**. Monografia da Universidade de Mindelo, 08 de Julho de 2013.

GONTIJO, Valéria Alves; PEREZ-BÓSCOLLO, Adriana Cartafina. **Pneumonias complicadas com derrames pleurais e empiemas na infância**. Infância: Pneumonias Complicadas [online]. FMTM-Uberaba-MG, 2009. Disponível em: <<http://www.drashirleydecampos.com.br/imprimir.php?noticiaid=25300>>. Acesso: 10 de Março de 2016.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.1, pp. 255-268. ISSN 1413-8123. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a31v15n1.pdf>>. Acesso: 10 de Out. de 2015.

GRÉGORIE, M. C.; FINLEY, G. A. "Doutor, acho que meu bebê está com dor": avaliação da dor de lactentes por profissionais de saúde. **Jornal Pediatr.**,v.84,n. 1,p. 6-8, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n1/v84n1a03.pdf>> Acesso em: 23 de outubro de 2013.

GRASSI, T. M. **Oficinas psicopedagógicas**. 2ª ed. rev. e atual. Curitiba: IBPEX, 2008.

GUYTON A.C., HALL J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. p. 598-607.

HAIAT H, BAR-MOR G, SHOCHAT M. The world of the child: a world of play even in the hospital. *Pediatr Nurs*. 2003;18(3):209-14.

HANSEN, J.; MACARINI, S. M. MARTINS, G. D. F.; WANDERLIND, F. H.; VIEIRA, M. L. O brincar e suas implicações para o desenvolvimento infantil a partir da Psicologia Evolucionista. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. São Paulo, 2007; 17(2):133-143. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v17n2/14.pdf> >. Acesso em: 20 de abril de 2013.

HALLSTRÖM, I.; ELANDER, G. Decision making during hospitalization: parent's and children's involvement. **J. Clin. Nurs**, v. 13, p. 367-375. 2004.

HÉRMEREN, G. et al. Children's consent to treatment: using a scale to assess degree of selfdetermination. **Pediatric Nurs**, v. 26, n. 5, p. 455- 458. 2000.

HOCKENBERRY, M. J.; WILKELSTEIN, W. Avaliação do desenvolvimento físico da criança. In: \_\_\_\_\_. **Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. Cap. 7, p. 131-174.

HOSTERT, Paula Coimbra da Costa Pereira; ENUMO, Sônia Regina Fiorim e LOSS, Alessandra Brunoro Motta. Brincar e problemas de comportamento de crianças com câncer de classes hospitalares. **Psicol. teor. prat.** [online]. 2014, vol.16, n.1, pp. 127-140. ISSN 1516-3687. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872014000100011&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872014000100011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 23 de outubro de 2015.

HORTENSE, P., & SOUSA, F. A. E. F. (2009). Escalonamento comparativo de diferentes dores nociceptivas e neuropáticas por meio de métodos psicofísicos variados. **Revista Latino-americana de Enfermagem**; 17(2). Obtido em 18 de janeiro de 2010. Disponível no site: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_11.pdf). Acesso: 28 de outubro de 2015.

IASP - **International Association For The Study of Pain**, 2013. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org>>. Acesso em: 20 de agosto de 2013.

ICAM – **Instituto de Saúde da Criança do Amazonas**. 2014.

JAMESON, Eleanor, Judy Trevena; NIC SWAIN. “Electronic Gaming as Pain Distraction.” **Pain Research & Management : The Journal of the Canadian Pain Society** 16.1 (2011): 27–32. Print. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052404/?tool=pubmed> Acesso: 23 de outubro de 2015.

JOHNSON, S. **Everything bad is good for you: how popular culture is making us smarter**. London: Allen Len, 2005.

KANAI K. Y.; FIDELIS W. M. Z. Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada. **Rev Dor** 2010;11(1):20-7. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n1/a1495.pdf>> Acesso em: 28 de abril de 2013.

KISHIMOTO, Tizuko Morchida. Diferentes tipos de brinquedotecas. In: Friedmann A. **O direito de brincar: a brinquedoteca**. São Paulo: Ed. Setembro; 1998. p. 53-63.

\_\_\_\_\_. **O jogo e a educação infantil**. São Paulo: Pioneira, 2003.

KLISYS, A. **Caleidoscópio, brincadeira e Arte**,2010. Disponível em: <<http://www.caleido.com.br/publicaccedilolildees.html>> Acesso em: 21 de abril de 2013.

LAPA, Danielle de Freitas and SOUZA, Tania Vignuda de. **A percepção do escolar sobre a hospitalização: contribuições para o cuidado de enfermagem**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2011, vol.45, n.4, pp. 811-817. ISSN 0080-6234. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400003)> Acesso em: 21 de outubro de 2015.

LEITE, Tânia Maria Coelho. **Trabalho do enfermeiro com crianças hospitalizadas e o uso do brinquedo terapêutico**. Campinas - São Paulo: UNICAMP, 2012. 141 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, 2012.

LEITE, Tânia Maria Coelho; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Uso do brinquedo no hospital: o que os enfermeiros brasileiros estão estudando? **Rev Esc Enferm USP**. 2008; 42(2): 389-95. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200025>>. Acesso: 30 de Out. 2015.

LEMOS, L. M. D.; PEREIRA W. J.; ANDRADE, J. S.; ANDRADE, A. S. A. Vamos cuidar com brinquedos? **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 63, núm. 6, dezembro, 2010, p. 950-955, Associação Brasileira de Enfermagem Brasil Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019463013>> Acesso em: 21 de abril de 2013.

LEMOS, S.; AMBIEL, C. R. Dor em pediatria: fisiopatologia, avaliação e tratamento. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 3, p. 371-378, set./dez. 2010 - ISSN 1983-1870. Disponível em:

<<http://www.unicesumar.edu.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/viewArticle/1685>>. Acesso em: 01 Jul. 2013.

LENZ, Maria Lucia Medeiros; FLORES, Rui; PIRES, Norma Vieira; STEIN, Airton Tetelbom. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com.** Rio de Janeiro, v.3, n° 12, jan /mar 2008. Disponível em: < <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/363/263>> Acesso em: 01 Agos. 2015.

LEONARDE, Ana Maria Preuss. **O “grito” no contexto hospitalar.** *Rev. SBPH* [online]. 2008, vol.11, n.2, pp. 41-50. ISSN 1516-0858. Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582008000200005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582008000200005&script=sci_arttext)>. Acesso: 10 de Nov. de 2015.

LE ROY, S.; Chair, E.; ELIXSON, M.; COCHAIR, M.; O'BRIEN, P.; TONG, E.; TURPIN, S.; UZARK, K. Recommendations for preparing children and adolescents for invasive cardiac procedures. **Journal of the American Heart Association**, 2003. (18) 2549-2564. Disponível em: < <http://circ.ahajournals.org/content/108/20/2550.full>> Acesso em: 28 Out. 2015.

LIMA, Kálya Yasmine Nunes de; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. O lúdico como estratégia no cuidado à criança com câncer. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. 2015, vol.36, n.2, pp. 76-81. ISSN 1983-1447. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000200076&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000200076&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso: 09 de nov. 2015.

LIMA, Etelvina do Rosário Silva; CRUZ-SANTOS, Anabela. Aquisição dos gestos na comunicação pré-linguística: uma abordagem teórica. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.** [online]. 2012, vol.17, n.4, pp. 495-501. ISSN 1982-0232. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v17n4/22.pdf>>. Acesso: 10 de Nov. 2015.

LINHARES, M. B. M. L.; DOCA, F. N. P. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. **Temas psicol.** 2010; 18(2):307-26. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2010000200006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2010000200006&script=sci_arttext)> Acesso em: 01 Jul. 2013.

LUCKESI, C. C. Desenvolvimento dos estados de consciência e ludicidade. In: LUCKESI, Cipriano Carlos (Org). **Ludopedagogia – Ensaios1: Educação e Ludicidade.** V. 1. Salvador: UFBA/FACED/PPGE, 2000 (pag. 96).

MACHADO, M. M. **O brinquedo-sucata e a criança.** A importância do brincar. Atividades e materiais. 5° ed. São Paulo: Loyola, 2003.

MACHADO, João Luís de Almeida. **Brinquedos ou Computadores?** 2007. Disponível em: <[http://hdibrasil.com.br/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=543](http://hdibrasil.com.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=543)>. Acesso em: 28/10/2015.

MACHADO, J. R. M. e NUNES M. V.S. **245 Jogos Lúdicos: para brincar como nossos pais brincavam.** Rio de Janeiro: Walk Editora, 2011.

MAIA, E. B.; RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H. Brinquedo terapêutico: benefícios vivenciados por enfermeiras na prática assistencial à criança e família. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, 2008; 29(1): 39-46.

MACEDO, E.C.; BATISTA, G.S.; LA CAVA, A.M. Reações de crianças e adolescentes submetidos à analgesia tópica local na punção venosa periférica. **Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería**, ISSN-e 1695-6141, Nº. 9, 2006, 8 págs. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/308/359>>. Acesso: 02 de Nov. 2015.

MARCELINO, M.P de A.; SILVA, A.M da; LIMA, D.E da S. e; SILVA, N.G da; SARAIVA, J.M. Brinquedoteca hospitalar: (re) conhecendo o espaço. **X Jornada de Ensino, Pesquisa e Extensão – UFRPE**: Recife, 2010.

MARTINEZ, Elena Araujo; TOCANTINS, Florence Romijn; SOUZA, Sônia Regina de. COMUNICAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], oct. 2010. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/768>>. Acesso em: 05 Nov. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2010.v0i0.%p>.

MEDEIROS, Giuliana; MATSUMOTO, Shimeny; RIBEIRO, Circéa Amalia and BORBA, Regina Issuzu Hirooka de. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa em pronto socorro. **Acta paul. enferm.** [online]. 2009, vol.22, n.spe, pp. 909-915. ISSN 0103-2100. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/13.pdf>>. Acesso: 09 de Nov. 2015.

MELO, L. L.; VALLE, E. R. M. O brinquedo e o brincar no desenvolvimento infantil. **Psicologia argumento**. Vol. 23, n. 40, p. 43 – 48, 2005.

MEIRA, Ana Marta. Benjamin, os Brinquedos e a Infância Contemporânea. **Psicologia & Sociedade** [online]. , vol.15, n.2, pp. 74-87. ISSN 1807-0310; jul./dez.2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n2/a06v15n2.pdf>> Acesso em: 16 Agosto 2015.

MENOSSE, M. J., LIMA, R. A. G., & CORRÊA, A. K. (2008). Pain in children and adolescents with cancer. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 16 (3), 489-494.

Disponível em: <<http://www.cancer.org/cancer/news/features/children-and-adolescents-with-cancer-have-unique-needs>> Acesso em: 26 Out 2015.

MIRANDA, R. L.; BEGNIS, J G; CARVALHO, A. M.. Brincar e Humanização: Avaliando um Programa de Suporte na Internação Pediátrica. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 3 (2), 2010, 160-174. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/113/123>> Acesso em: 01 Jul. 2013.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2014.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. **Ciênc. Saúde coletiva** [online], 2007; 12 (5): 1277-1284. ISSN 1413-8123. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000500025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500025)> Acesso em: 30 de abril de 2013.

MITRE, R. M. A. **Brincando para viver**: um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar. 2000. Dissertação Mestrado – Instituto Fernandes Figuera, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000500025>> Acesso em: 18 de agosto de 2013.

MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto; MARCON, Sonia Silva; UCHIMURA, Taqueto Teruya; LOPES, Evaldo Pereira. Caracterização das internações em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, de um hospital-escola da região sul do Brasil. **Rev Ciênc. cuid. saúde**;7(supl.1):112-120, maio 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/658>>. Acesso: 07 de Novembro 2015.

MORAES, A. S. **Análise estrutural e funcional da brincadeira de crianças em idade pré escolar**. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2001.

MOREIRA, M. C. N.; MACEDO, A. D. O protagonismo da criança no cenário hospitalar: um ensaio sobre estratégias de sociabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.14, n. 2. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200033&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200033&script=sci_arttext)>. Acesso em: 09. out. 2015.

MOREIRA, Ana Angélica Albano. **A Arte como Fundamento na Educação Infantil**. In: SME/São Paulo - Caderno Temático de Formação II - Educação Infantil “Construindo a Pedagogia da Infância no Município de São Paulo”. São Paulo, SP. Janeiro, 2004.

MORIN, Edgar. **Os setes Saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Unesco/Cortez, 2000.

MOTTA, A. B.; ENUNO, B. R. F. Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. **Psicologia: Saúde e Doenças**. 2002;3(1):23-41. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v3n1/v3n1a03.pdf>> Acesso em: 30 de abril de 2013.

\_\_\_\_\_. **O brincar no hospital: Estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil**, Maringá, v.9, p. 19-28, 2004.

MOURA, Bárbara Laisa Alves; CUNHA, Renata Castro da; AQUINO, Rosana; MEDINA, Maria Guadalupe; MOTA, Eduardo Luís Andrade; MACINKO, James; DOURADO, Inês. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2010, vol.10, suppl.1, pp. s83-s91. ISSN 1519-3829. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/08.pdf>>. Acesso: 08 de Nov. 2015.

NASIO, Juan Davi. **Meu corpo e suas imagens**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) (2008). Mothers' and Fathers' Support for Child Autonomy and Early School Achievement. **Development Psychology**, 44(4), 895-907.

NATALI, Renata Martins de T.; SANTOS, Danillo Silva P. S. dos; FONSECA, Ana Maria C. da, FILOMENO, Giulia Claudia de M.; FIGUEIREDO, Ana Helena A.; TERRIVEL, Patrícia Marañõn; MASSONI, Karla Mesquita; BRAGA, Alfésio Luís F. Perfil de internações hospitalares por doenças respiratórias em crianças e adolescentes da cidade de São Paulo, 2000-2004. **Rev Paul Pediatr** 2011;29(4):584-90. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n4/18.pdf>>. Acesso: 03 de Nov de 2015.

NIGRO, M. **Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

NORENA PENA, Ana Lucía; CIBANAL JUAN, Luis. The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2011, vol.19, n.6, pp. 1429-1436. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600021>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1692011000600021&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1692011000600021&script=sci_arttext&tlng=pt)> Acesso em: 30 de abril de 2015.

OLIVEIRA, Gislene Farias de; DANTAS, Francisco Danilson Cruz; FONSECA, Patrícia Nunes da. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 37-54, dez. 2004. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582004000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 22 mar. 2016.

OLIVEIRA, S. S. G.; DIAS, M. G. B. B.; ROAZZI, A. O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, 2003. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722003000100003&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000100003&lang=pt)>. Acesso em: 20 abr. 2010.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; VIERA, Cláudia Silveira; FURTADO, Maria Cândida de Carvalho; MELLO, Débora Faleiros de; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Perfil de morbidade de crianças hospitalizadas em um hospital público: implicações para a Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2012 jul-ago; 65(4): 586-93. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400006)>. Acesso em: 20 Julho de 2015.

PARCIANELLO, A. T.; FELIN R. B. **E AGORA DOUTOR, Onde vou Brincar?** Considerações sobre a Hospitalização Infantil. Barbarói. Santa Cruz do Sul, n. 28, jan./jun. 2008. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/356/584>> Acesso em: 21 de abril de 2013.

PEDRO, Iara Cristina da Silva; NASCIMENTO, Lucila Castanheira; POLETI, Livia Capelani; LIMA, Regina Aparecida Garcia de; MELLO, Débora Falleiros de; LUIZ, Flávia Mendonça Rosa. O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. **Rev Latino-am Enfermagem** 2007 março-abril; 15(2). Disponível em: < [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)> Acesso em: 21 de Julho de 2015.

PESSOA, Ana Cláudia Bandeira; SOUZA, Míria Helen Ferreira de; FONTES, Francicleide Cesário de Oliveira. O lúdico no ambiente hospitalar: algumas reflexões. Campina Grande, **REALIZE Editora**, 2012. Disponível em: <<http://editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/d757719ed7c2b66dd17dcee2a3cb29f4.pdf>>. Acesso: 09 de Novembro de 2015.

PIAGET, Jean. **A Representação do mundo da criança**. São Paulo: Ideias & Letras, 2005.

PINO, Angel. **As marcas do humano: às origens da constituição cultural da criança na perspectiva de Lev S. Vigotski**- São Paulo: Cortez, 2005.

PONTES, Alexandra Carvalho; LEITÃO, Ilse Maria Tigre Arruda; RAMOS, Islane Costa. Comunicação Terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista**

**brasileira de enfermagem**, v 61, nº 3,(312-318) . 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300006&script=sci_arttext)>. Acesso: 02 de Novembro de 2015.

PÖLKKI, Tarja; Pietilä, Anna Maija; JULKUNEN, Katri Vehvila; LAUKKALA, Helena; RYHÄNEN, Pauli. Parental views on participation in their child's pain relief measures and recommendations to health care providers. **J Pediatr Nurs**. 2002; 17(4):270-7. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596302000143>>. Acesso: 11 de Nov. 2015.

RIBEIRO CA, BORBA RI, REZENDE MA. O brinquedo na assistência à saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CV, organizadores. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. São Paulo: Manole; 2009. p. 287-327.

RIBEIRO CA, ALMEIDA FA, BORBA RI. A criança e o brinquedo no hospital. In: Almeida FA, Sabates AL, coordenadores. **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. São Paulo: Manole; 2008. p. 65-77.

RICE, Miriam, GLASPER, Alan, KEETON, Diana, & SPARGO, Paul. (2008). The effect of a preoperative education programme on perioperative anxiety in children: An observational study. **Pediatric Anesthesia**, 18, 426-430. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3446145/>>. Acesso: 10 e Nov. 2015.

ROCHA, S. M. M. **O processo de trabalho em saúde e a enfermagem pediátrica: socialidade e historicidade do conhecimento**. 2009. Tese (Livre docência)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

RUMOR, Pamela Camila Fernandes; BOEHS, Astrid Eggert. O impacto da hospitalização infantil nas rotinas das famílias monoparentais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 4, p. 1007-15, dez. 2013. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/19464>>. Acesso em: 22 Out. 2015. doi:10.5216/ree.v15i4.19464

ROLIM, Amanda Alencar Machado; GUERRA, Siena Sales Freitas; TASSIGNY, Mônica Mota. Uma leitura de Vygotsky sobre o brincar na aprendizagem e no desenvolvimento infantil. **Rev. Humanidades**, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 176-180, jul./dez. 2008. Disponível em:< <http://brincarbrincando.pbworks.com/f/brincar%20vygotsky.pdf>> Acesso em: 22 Out. 2015.

ROSSI, L. A., CAMARGO, C., SANTOS, C. M. N. M., BARRUFFIN, R. C. P., & CARVALHO, E. C. (2000). A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para

quem cuida. **Revista Latino-americana de Enfermagem** 8 (3), 18-26. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/19464>>. Acesso em: 22 Out. 2015.

SALIM et al. **Métodos de restrição física indicados para procedimentos odontológicos na primeira infância**. In: Corrêa MSN. Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos. São Paulo, Santos Editora, 2002.

SAME - **Serviço de Arquivo Médico e Estatístico**. Instituto da Criança e do Adolescente do Amazonas/ ICAM. Manaus- AM. 2014.

SANTOS, Heloísa V.; PACHECO, Márcia Maria D. R. Fatores de risco ao desenvolvimento da criança : da visão biomédica à visão psicossocial. **Anais do The 4th International Congress on University-Industry Cooperation**; novembro 5-7, 2012; Taubate, SP. Disponível em: <<http://www.unitau.br/unindu/artigos/pdf542.pdf>>. Acesso: 09 de Nov. de 2015.

SANTOS, Ana Karina; DIAS, Álvaro Machado. **Comportamentos lúdicos entre crianças do nordeste do Brasil: categorização de brincadeiras**. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2010, vol.26, n.4, pp. 585-594. ISSN 0102-3772. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n4/02.pdf>> Acesso em: 14 de agosto de 2015.

SANTOS, Maria Telma Nunes; BRITO, Jaidles Silva de; FARIAS, Valkysia kleianny rocha ferreira; KABENGELE, Daniela do carmo. A relevância da psicologia no acolhimento da criança em situação de internação Hospitalar. **Ciências humanas e sociais** | maceió | v. 2 | n. 2 | p. 149-164 | nov 2014 | [periodicos.set.edu.br](http://periodicos.set.edu.br). Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/1841/1069>>. Acesso: 10 de Nov. 2015.

SANTOS, Élide Vieira; MONTEIRO, Érika Fabíola Freitas. **O papel dos espaços brinquedos e brincadeiras na educação infantil**. Monografia apresentada ao Centro Universitário Católico Salesiano *Auxilium* – UNISALESIANO, Lins-SP, para graduação em Pedagogia, 2014.

SARMENTO, M. J. As Culturas da Infância nas Encruzilhadas da Segunda Modernidade. In: SARMENTO, Manuel Jacinto, CERISARA, Ana Beatriz. **Crianças e Miúdos**. Portugal: ASA, 2002.

SCHMITZ, Silvana Machiavelli; PICCOLI, Marister; VIEIRA, Cláudia Silveira. A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: Uma reflexão para a enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 2, n. 1, p. 67-73, jan./jun. 2003. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5570/3542>. Acesso: 01 de nov. 2015.

SILVA, L. F. **O brincar na vida da criança com câncer em tratamento ambulatorial:** (im)possibilidades de desenvolvimento e contribuições da enfermagem . Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2008. 124f. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SILVA E. A.; NETO J. L. C.; FIGUEIREDO M. C.; BRANCO A. B. Práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em crianças hospitalizadas. **Comunicação em Ciências da Saúde**. 2007;18(2):157-166. Disponível em: <[http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2007Vol18\\_2art07praticas.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2007Vol18_2art07praticas.pdf)> Acesso em: 30 de Maio de 2013.

SILVA, D. F.; CORRÊA, I. Reflexão Sobre as Vantagens, Desvantagens e Dificuldades do Brincar no Ambiente Hospitalar. **reme – Rev. Min. Enferm.**;14(1): 37-42, jan./mar., 2010. Disponível em: <[http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4c331459321a2.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c331459321a2.pdf)> Acesso em: 30 de Maio de 2013.

SILVA, L. D. G.; TACLA, M. T. G. M.; ROSSETTO, E. G. Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizada. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**, 2010 Jul-Set; 14 (3): 519-526. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a13.pdf>> Acesso em: 30 de Maio de 2013.

SILVA, M. S.; PINTO, M. A.; GOMES, L. M. X.; BARBOSA, T. L. A. Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem. **Rev Dor**, 2011 out-dez; 12 (4), 314-20. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n4/a06v12n4.pdf>> Acesso em: 21 de abril de 2013.

SILVA, LISARA MILETHO. **As Contribuições do Brincar na Hospitalização Infantil**. Monografia da Universidade do Vale do Itajaí, 2009.

SILVEIRA, Andressa da; NEVES, Eliane Tatsch ; FAMOSO, Anaiara Fortes; DONADUZZI, Joanita Cechin; JUNGES, Carolina Frescura; ZAMBERLAN, Kellen Cervo. Caracterização de Crianças em Tratamento Cirúrgico Em Um Hospital Escola No Sul Do Brasil. **R. Enferm. UFSM** 2011 Mai/Ago;1(2):174-182.ISSN 2179-7692. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewFile/2484/1630>> Acesso em: 28 de Julho de 2015.

SIMOES, Ana Paula B. et al. Estado nutricional de crianças e adolescentes hospitalizados em enfermaria de cirurgia pediátrica. **Rev. paul. pediatr.** [online]. 2010, vol.28, n.1, pp. 41-47. ISSN 0103-0582.

SIMÕES JUNIOR, José Sebastião; ARAUJO COSTA, Rita Maria. A construção do brinquedo terapêutico: subsídios para o cuidar em enfermagem pediátrica. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], dec. 2010. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1107>>. Acesso em: 04 Nov. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2010.v0i0.p>.

SOARES, M. R. Z. Hospitalização infantil: análise do comportamento da criança e do papel da psicologia da saúde. **Pediatria Moderna**. v. 37 n. 11, Nov. 2001.

SOUSA, Lyana Carvalho e; VITTA, Alberto De; LIMA, José Milton de; DE VITTA, Fabiana Cristina Frigieri. The act of playing within the hospital context in the vision of the accompanying persons of the hospitalised children. **Journal of Human Growth and Development**, 2015; 25(1): 41-49. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96766>. Acesso: 03 de Novembro de 2015.

SOUZA, Solange Jobim e; FREITAS, Maria Teresa Assunção. **Lev Vygotsky e a Perspectiva Histórico Cultural** in TOURINHO, Carlos; SAMPAIO, Renato (orgs.). Estudos em Psicologia: uma introdução. Rio de Janeiro: Proclama Editora; 1ª ed; 2009.

SOUZA, Maria Cecília Braz Ribeiro de. **A concepção de criança para o enfoque Histórico-cultural**. 2007. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, 2007. Disponível: <[https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/Educacao/Dissertacoes/souza\\_mcbr\\_dr\\_mar.pdf](https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/Educacao/Dissertacoes/souza_mcbr_dr_mar.pdf)>. Acesso em: 10 março 2015.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da saúde**. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TAAM, Regina. **Pelas trilhas da emoção: a educação no espaço da saúde**. Maringá. Eduem, 148 p., 2004.

TAHA, Rouba, "The Importance of Play: Well vs. Hospitalized Children" (2008). **School of Nursing Scholarly Works**. Paper 50. Disponível em: [http://digitalcommons.uconn.edu/son\\_articles/50](http://digitalcommons.uconn.edu/son_articles/50) . Acesso: 23 de Outubro de 2015.

TERRY, L.; CAMPBELL, A. Are we listening to children's views about their treatment? **Br JNurs**, v. 10, n. 6, p. 384-390. 2001.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. P.137.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em**

**educação: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo.** São Paulo: Atlas, 2012. P. 110-110.

UENO Karina H.; PETTENGILL Myariam A. M. Autonomia da criança hospitalizada: este direito é respeitado? **Rev Soc Bras Enferm Ped.** 2006;6(1):9-16. Disponível em: <[http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol6-n1/v.6\\_n.1-art1.pesq-](http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol6-n1/v.6_n.1-art1.pesq-)>. Acesso: 08 de Nov. 2015.

WHALEY L. F, WONG D. L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à interação efetiva.** 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.

WALLON, Henry. **A evolução psicológica da criança.** São Paulo: Martins Fontes, 2007.

\_\_\_\_\_. Do ato ao pensamento. Petrópolis: Vozes, 2008.

WANDERLIND, Fernanda ; MARTIN, Gabriela Dal Forno; HANSEN, Janete; MACARINI, Samira Mafioletti; VIEIRA, Mauro Luis. Diferenças de gênero no brincar de crianças pré-escolares e escolares na brinquedoteca. **Paidéia (Ribeirão Preto)** [online]. 2006, vol.16, n.34, pp. 263-273. ISSN 1982-4327. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2006000200014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2006000200014&script=sci_arttext)> Acesso: 27 de outubro de 2015.

VALVERDE, Dayana Lima Dantas. **O suporte psicologico e a criança hospitalizada: o impacto da hospitalização na criança e em seus familiares.** Monografia da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Feira de Santana, 2010. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0229.pdf>. Acesso: 01 de Nov 2015.

VIANA, D. L.; DUPAS; G.; PEDREIRA, M. L. G. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva Pediatria (São Paulo) 2006;28(4):251-61. Disponível em: <[www.pediatriasao paulo.usp.br/upload/pdf/1188.pdf](http://www.pediatriasao paulo.usp.br/upload/pdf/1188.pdf)> Acesso em: 30 de Maio de 2013.

VIANA D. L., SAKITA N. K., POLASTRINI R. T. V. Assistência de Enfermagem no Controle da Dor em Hospital Pediátrico. In :Silva APA, Forte MJP, Juliani RCTP, Azevedo SDR. **Instituto da criança 30 anos: ações atuais na atenção interdisciplinar em pediatria.** São Paulo : Ed.Yendis; 2006. P. 3-24.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente.** São Paulo: Martins Fontes, 2007, p. 108.

\_\_\_\_\_, L. S. **Psicologia da arte.** São Paulo: Martins Fontes, 1999. International Association for the Study of Pain (IASP). Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/defsopen.html>> Acessado em 18 / jan / 2013.

\_\_\_\_\_, L. S. A brincadeira e o seu papel no desenvolvimento psíquico da criança. **Revista virtual de Gestão de Iniciativas Sociais**. Publicada em junho, 2008.

XAVIER, SCM, ALMEIDA MFPV E REGAZZI, ICR. As Estratégias Terapêuticas de Enfermagem como Minimizantes do Estresse da Criança Hospitalizada. **R. pesq.: cuid. fundam.** online 2010. out/dez. 2 (Ed. Supl.):983-986. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/1235>> Acessado em 18 / jan / 2013.

XAVIER, Daiani Modernel; GOMES, Giovana Calcagno; BARLEM, Edison Luiz Devos and ERDMANN, Alacoque Lorenzini. A família revelando-se como um ser de direitos durante a internação hospitalar da criança. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2013, vol.66, n.6, pp. 866-872. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/09.pdf>>. Acesso: 10 de Nov. 2015.

ZANELLA, Andréa Vieira and ANDRADA, Edla Grisard Caldeira de. Processos de significação no brincar: problematizando a constituição do sujeito. **Psicol. estud.** [online]. 2002, vol.7, n.2, pp. 127-133. ISSN 1807-0329. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722002000200015>>. Acesso: 08 de Nov. 2015.

ZENTNER, M.; BATES, J. Child temperament: an integrative review of concepts, research programs, and measures. **European Journal of Developmental Science**, Landsdale, v. 2, n. 1/2, p. 7-37, 2008.

## APÊNDICE A - Termo de assentimento do menor



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO AMPLA  
COM A UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ**



### TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **“O BRINCAR COMO FERRAMENTA DE ALÍVIO DA TENSÃO E DOR NO ASSISTIR À CRIANÇA HOSPITALIZADA DIANTE DE PROCEDIMENTOS DOLOROSOS E INVASIVOS”**, sob minha responsabilidade e da orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Arinete Vêras Fontes Esteves.

Esta pesquisa tem como objetivo geral investigar os benefícios da atividade do brincar durante procedimentos invasivos e dolorosos em crianças hospitalizadas.

Para realização deste estudo, sua participação será voluntária e para alcançar o objetivo, a pesquisadora utilizou o seguinte método: coleta de dados através de anotações em um diário de campo a partir das observações da criança durante as etapas de execução dos procedimentos dolorosos e invasivos utilizando o brincar que foi oferecido pela pesquisadora. Seu auxílio através da autorização é de fundamental importância para realização deste estudo.

O nome do menor sob sua responsabilidade, assim como todos os dados que lhe identifiquem serão mantidos sob sigilo absoluto, antes, durante e após o término do estudo. Esclareço que quanto aos possíveis riscos e desconfortos, de origem física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual que o estudo possa lhes acarretar durante sua avaliação e compreensão, serão respeitados em suas singularidades, oferecendo assistência imediata e sem ônus de qualquer espécie em situações em que este dela necessite e assistência integral para atender as complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente da pesquisa.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para o desenvolvimento de práticas que minimizem os efeitos decorrentes dos procedimentos dolorosos e invasivos na assistência prestada à criança hospitalizada, através da atividade do brincar, a qual se faz necessário e configura-se uma atitude humanizadora, bem como um instrumento de trabalho essencial ao cuidado a criança durante o período de hospitalizada.

No curso da pesquisa você tem os seguintes direitos: a. garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; b. liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento, mesmo que seu pai ou responsável legal tenha consentido sua participação, sem prejuízo para si ou para seu tratamento (se for o caso); c. garantia de que caso haja algum dano a sua pessoa, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável inclusive acompanhamento médico e hospitalar (se for o caso); d) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Caso haja gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelo pesquisador.

Nos casos de dúvidas você deverá procurar os pesquisadores, a fim de resolver seu problema ou qualquer outra informação, através do endereço: Avenida Carlos Drummond de Andrade, 1460 - Japiim II, Manaus - AM, 69077-730, pelo telefone (92) 3616-9800, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130.

Certa de contar com a sua colaboração, desde já agradeço.

Atenciosamente,

---

Aderlaine da Silva Sabino

Tel.: 92. 98841.7848

aderlainesabino@yahoo.com.br

---

Profª Drª Arinete Vêras Fontes Esteves

Tel.: 92. 98159.1868

arineteveras@bol.com.br



## APÊNDICE B - Termo de Assentimento Pós-esclarecido

### TERMO DE ASSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa de minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável legal

Data \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_



Impressão dactilográfica

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável



## ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



Manaus, 24 de Novembro de 2014

### TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Christianny Costa Sena, na condição de Diretora-geral do Instituto de Saúde da Criança do Amazonas - ICAM, declaro para os devidos fins, estar de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa intitulado: "O BRINCAR COMO FERRAMENTA DE ALÍVIO DA TENSÃO E DOR NO ASSISTIR À CRIANÇA HOSPITALIZADA DIANTE DE PROCEDIMENTOS DOLOROSOS E INVASIVOS", cuja coleta de dados será realizado pela aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem no período de 2014/2015 da Universidade Federal do Amazonas- UFAM/EEM, sob a orientação da Profa. Dra. Arinete Verás Fontes Esteves, após aprovação do Comitê de ética em pesquisa.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa, nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

*Christianny Costa Sena*  
Christianny Costa Sena  
Diretora-Geral do ICAM

Avenida Codajás, s/n. Cachoeirinha  
Fone: (92) 3214-9090/ 9092/9043  
Manaus/AM - CEP: 69065-130  
email: icam@saude.am.gov.br

Instituto de Saúde da  
Criança do Amazonas-ICAM



## ANEXO B – parecer consubstanciado CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O BRINCAR COMO FERRAMENTA DE ALÍVIO DA TENSÃO E DOR NO ASSISTIR À CRIANÇA HOSPITALIZADA DIANTE DE PROCEDIMENTOS DOLOROSOS E INVASIVOS

**Pesquisador:** Aderlaine da Silva Sabino

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39416614.4.0000.5020

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Manaus

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 934.654

**Data da Relatoria:** 13/01/2015

**Apresentação do Projeto:**

Os participantes da pesquisa será composta por 20 crianças, que consistirão em escolha intencional de acordo com critérios de inclusão e saturação teórica das informações para fundamentar e atender os objetivos do estudo. Critérios de Inclusão: Crianças internadas na clínica cirúrgica nos meses da coleta dos dados no Instituto da Criança do Amazonas - ICAM, no período diurno (7h às 13h); Respeitar a faixa etária de referência (04 à 12 anos); Ambos os sexos; Crianças que forem submetidas a procedimentos dolorosos e invasivos; Estar em condições de brincar, consciente e interagindo com o meio ambiente, bem como verbalizar ou indicar suas necessidades; Critérios de Exclusão: Crianças portadoras de agravos no quadro clínico, impossibilitados de realizar a atividade do brincar; A coleta de dados ocorrerá nos meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015, diariamente de segunda a sexta, no horário da manhã (7:00 às 12:00), inicialmente não será realizado a coleta no sábado e domingo devido a alta rotatividade nos finais de semana, sendo que na sexta feira as crianças recebem alta e na segunda inicia um novo grupo de cirurgias eletivas. O

<b>Endereço:</b> Rua Teresina, 4950	<b>CEP:</b> 69.057-070
<b>Bairro:</b> Adrianópolis	
<b>UF:</b> AM	<b>Município:</b> MANAUS
<b>Telefone:</b> (92)3305-5130	<b>Fax:</b> (92)3305-5130
	<b>E-mail:</b> cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 934.654

pesquisador fará a anotação através de um diário de campo, realizado inicialmente no quarto (enfermaria) e/ou no espaço específico de preferência da criança para execução da atividade do brincar por não ter um espaço exclusivo para brincar. No primeiro momento, a pesquisadora irá tomar conhecimento através dos prontuários sobre o sexo, idade, patologia de internação, assim identificar as crianças que serão submetidas a procedimentos dolorosos e invasivos, nessa ocasião a pesquisadora irá até a criança que será realizado o procedimento, fazendo uma aproximação com a criança e acompanhante para estabelecer uma relação de empatia e confiança. Posteriormente serão fornecidas informações aos pais ou responsáveis legais da criança sobre o estudo, deixando claro o procedimento da pesquisa, a importância de sua participação e disponibilidade em cooperar. No segundo momento, a pesquisadora irá oferecer alguns brinquedos que incluem: bonecas, jogos, pinturas, livros infantis e Gibis, quebra-cabeça, e outros itens, identificando a disponibilidade e motivação da criança para desenvolver a atividade do brincar, por meio destas informações e, considerando sua faixa etária, escolherá dentre os brinquedos disponíveis os mais adequados. Em seguida, de acordo com o procedimento e solicitação do profissional, os pais ou responsáveis legais, juntamente com a criança serão levados a uma sala reservada (específica) ou no próprio leito onde será realizado o procedimento. Após informações necessárias sobre o procedimento doloroso e invasivo (diagnósticos ou terapêuticos) que a criança irá ser submetida, tais como: punções dos mais variados sítios de inserção, cateterismo vascular, administração de medicamentos intramuscular, endovenosos, subcutâneos, via oral; curativos; sondagem vesical e enteral. Neste momento o pesquisador permanecerá próximo proporcionando através da brincadeira distração da criança sem interferir diretamente na assistência. Desta forma durante o procedimento o brinquedo escolhido no primeiro momento da pesquisa, permitirá chamar sua atenção para distração, minimizando possível desconforto. Ao término do procedimento, às reações da criança apresentadas antes, durante e após serão listados, agrupados e categorizados. A proposta de pesquisa será encaminhada ao Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. A

**Endereço:** Rua Teresina, 4950  
**Bairro:** Adrianópolis **CEP:** 69.057-070  
**UF:** AM **Município:** MANAUS  
**Telefone:** (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 934.654

coleta de dados será efetuada após parecer favorável do CEP em Seres Humanos, conforme Resolução 466/2012 do CNS, de acordo com os objetivos do estudo e mediante a leitura e assinatura do TCLE. Serão analisados divididos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. Do exposto, as técnicas qualitativas aplicadas poderão sinalizar comportamentos diferenciados que, poderão fundamentar os fenômenos comportamentais investigado

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Investigar os benefícios da atividade do brincar durante procedimentos invasivos e dolorosos em crianças hospitalizadas.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil da criança hospitalizada (idade e sexo) na enfermaria cirúrgica de um hospital pediátrico de referência na cidade de Manaus AM; Identificar

os brinquedos e brincadeiras de maior preferência mais utilizados durante a atividade do brincar com os pré-escolares e

escolares; Descrever as reações da criança em atividade do brincar diante os procedimentos invasivos e dolorosos;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

As crianças e pais ou responsáveis legais serão informados sobre os riscos decorrentes da participação na pesquisa obedecendo aos princípios de

não maleficência e beneficência. Caso ocorram potenciais riscos e incômodo que o estudo possa lhes acarretar durante sua avaliação e

compreensão, serão respeitados em suas singularidades, oferecendo assistência imediata e sem ônus de qualquer espécie ao participante da

pesquisa, em situações em que este dela necessite; e assistência integral para atender as complicações e danos decorrentes, direta ou

indiretamente da pesquisa. A pesquisa será interrompida imediatamente caso os pais ou responsáveis legais desistam voluntariamente ou se o

mesmo apresentar quaisquer tipos de problemas, que venham impossibilitar a participação da criança ou qualquer outra eventualidade.

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

**CEP:** 69.057-070

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3305-5130

**Fax:** (92)3305-5130

**E-mail:** cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 934.654

**Benefícios:**

Contudo, ao aceitar participar, os pais e/ou responsáveis legais, estarão contribuindo para o desenvolvimento de práticas que minimizem os efeitos decorrentes dos procedimentos dolorosos e invasivos na assistência prestada à criança hospitalizada, através da atividade do brincar, a qual se faz necessário e configura-se uma atitude humanizadora, bem como um instrumento de trabalho essencial ao cuidado a criança durante o período de hospitalizada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Metodologia de Análise de Dados:**

Na pesquisa qualitativa, após o período da coleta dos dados, os conteúdos conforme Minayo (2007) serão analisados divididos em: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. A pré – análise que corresponde a fase de organização e preparo do material por meio da leitura exaustiva, para serem submetidos à nova análise e formulação de hipóteses, explorando o registro no diário de campo para determinar a palavra-chave ou frase. Em seguida a exploração do material, que a partir do diário de campo, serão organizados, agrupados e categorizados com base na descrição do universo dos comportamentos e reações apresentados pela própria criança para ser submetidos à análise qualitativa de conteúdo. A fase do Tratamento e a Interpretação dos resultados dados em uma pesquisa evidencia a relevância do estudo, pois, Flick (2009, p. 276), afirma que “a interpretação de dados é a essência da pesquisa qualitativa, embora sua importância seja vista de forma diferenciada nas diversas abordagens”. A análise do discurso seguirá as seguintes etapas: Etapa 1: Organização dos dados. Esse procedimento será realizado através da leitura do registro das observações no diário de campo em notas de observação (N.O.), notas teóricas (N.T.) e notas pessoais (N.P.), sobre o comportamento mais presente nas crianças, do tipo de reação da criança, em face da atividade de brincadeira e do procedimento utilizado, buscando apreender o significado atribuído pelas crianças a cerca da execução do processo vivenciado pelo pesquisador ao realizar a observação;

<b>Endereço:</b> Rua Teresina, 4950	<b>CEP:</b> 69.057-070
<b>Bairro:</b> Adrianópolis	
<b>UF:</b> AM	<b>Município:</b> MANAUS
<b>Telefone:</b> (92)3305-5130	<b>Fax:</b> (92)3305-5130
	<b>E-mail:</b> cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 934.654

Etapa 2: Elaboração de considerações acerca do processo vivenciado. Nessa etapa serão analisados os comportamentos esperados em cada situação, com base nos registros do diário de campo. Esse procedimento permite identificar, os comportamentos e reações que possuem maior influência entre o fenômeno observado e o esperado (positiva ou negativa), que poderá estar presente, relacionando aos objetivos estabelecidos pelo estudo. Etapa 3: Serão agrupados os trechos dos registros dos diários de campo que apresentarem convergência obtendo uma primeira ordenação temática; Etapa 4: Análise dos resultados encontrados. Será realizada uma segunda leitura das temáticas encontradas e para assim verificar a possibilidade de fundir os temas ainda não convergentes, e desta forma originar uma nova categorização; Etapa 5: Análise das discussões diárias acerca dos relatos. Será realizada uma articulação entre o fenômeno casual ou provocado pelo procedimento doloroso ou invasivo proposto, interagindo com as concepções teóricas sobre os comportamentos e as reações da criança, no intuito de proporcionar ao estudo uma possibilidade de visão crítica das cenas observadas no cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem, relatadas no diário de campo; Nessa etapa os dados serão analisados do ponto de vista qualitativo, sendo que essa etapa pretende promover a sustentação científica da análise técnica em saúde. Do exposto, as técnicas qualitativas aplicadas poderão sinalizar comportamentos diferenciados que, poderão fundamentar os fenômenos comportamentais investigados, respondendo os objetivos do estudo.

**Desfecho Primário:**

Acreditamos que este estudo irá contribuir no sentido de inserir na rotina dos profissionais da área da saúde, que trabalham em unidades pediátricas, especialmente a equipe de enfermagem, conhecimento sobre a importância da atividade do brincar, e assim construir e desenvolver práticas educativas em saúde que mobilizem e impulsionem novas maneiras para minimizar os possíveis efeitos decorrentes do processo de hospitalização. Apresentando como referencia o direito da criança hospitalizada que dispõe a Lei Federal 11.104/2005, no qual irá coopera no preparo emocional da criança para procedimentos invasivos e dolorosos, que esta poderá

**Endereço:** Rua Teresina, 4950  
**Bairro:** Adrianópolis **CEP:** 69.057-070  
**UF:** AM **Município:** MANAUS  
**Telefone:** (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 934.654

apresentar diferentes comportamentos em função do medo do desconhecido, afetando suas habilidades para lidar com essas experiências, nesse sentido, a atividade do brincar conseguirá possivelmente proporcionar maior aceitação e cooperação da criança

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1. Folha de rosto – ADEQUADA:
2. Termo de Anuência - ADEQUADO: foi anexado na Plataforma Brasil
3. TCLE – ADEQUADO
4. Termo de Assentimento- ADEQUADO- APRESENTOU
5. Instrumento da pesquisa - ADEQUADO: consta no projeto anexado a Plataforma Brasil
6. Riscos e Benefícios - ADEQUADOS

Currículo Lattes: anexado na Plataforma Brasil

6- Cronograma - ADEQUADO: detalhou cada etapa e respectivo período de desenvolvimento do estudo, informando quando pretende iniciar a pesquisa e quando irá terminar. Coleta de dados nas Universidades, entrevista e grupo focal com os docentes de 01/02/2015 a 31/03/2015

- 7- Orçamento – ADEQUADO:
- 8- Critérios de Inclusão e Exclusão: ADEQUADOS

**Recomendações:**

Realizar ajuste no termo de assentimento para uma linguagem que atenda ao público que se destina e corrigir a frase "Seu nome e do menor sob sua responsabilidade, assim como todos os dados que lhe identifiquem serão mantidos sob sigilo absoluto, antes, durante e após o término do estudo". O termo de assentimento já é destinado a menores, sendo assim necessita de correção.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo de pesquisa atendeu totalmente o que preconiza a resolução 466/2012, sendo assim sou de parecer favorável que o projeto seja aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

<b>Endereço:</b> Rua Teresina, 4950	<b>CEP:</b> 69.057-070
<b>Bairro:</b> Adrianópolis	
<b>UF:</b> AM	<b>Município:</b> MANAUS
<b>Telefone:</b> (92)3305-5130	<b>Fax:</b> (92)3305-5130
	<b>E-mail:</b> cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 934.654

**Considerações Finais a critério do CEP:**

MANAUS, 19 de Janeiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Eliana Maria Pereira da Fonseca**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

**CEP:** 69.057-070

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3305-5130

**Fax:** (92)3305-5130

**E-mail:** cep@ufam.edu.br

## ANEXO C – LEI FEDERAL 11.104

**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 11.104, DE 21 DE MARÇO DE 2005.**

Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os hospitais que ofereçam atendimento pediátrico contarão, obrigatoriamente, com brinquedotecas nas suas dependências.

Parágrafo único. O disposto no **caput** deste artigo aplica-se a qualquer unidade de saúde que ofereça atendimento pediátrico em regime de internação.

Art. 2º Considera-se brinquedoteca, para os efeitos desta Lei, o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar.

Art. 3º A inobservância do disposto no art. 1º desta Lei configura infração à legislação sanitária federal e sujeita seus infratores às penalidades previstas no [inciso II do art. 10 da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977](#).

Art. 4º Esta Lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação

Brasília, 21 de março de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA  
*Tarso Genro*  
*Humberto Sérgio Costa Lima*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 22.3.2005.