

**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Saúde da Criança e do Jovem**

**A adaptação da criança à situação de doença e  
hospitalização:**

**O brincar como instrumento terapêutico de  
enfermagem**

**Maria José Cruz Mendonça**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Saúde da Criança e do Jovem**

**A adaptação da criança à situação de doença e  
hospitalização:**

**O brincar como instrumento terapêutico de  
enfermagem**

**Maria José Cruz Mendonça**

**Orientadora: Prof. Maria Filomena Abreu de Sousa**

**2015**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey brushstroke-like shapes that sweep upwards and to the right.

“Privar uma criança de brincar,  
é privá-la do prazer de viver.”

Françoise Dolto

## **AGRADECIMENTO**

À minha família pela ajuda, disponibilidade, apoio e compreensão nos muitos momentos de ausência.

Aos meus amigos por me incentivarem neste percurso.

À professora Filomena Sousa, pela sua orientação.

Às crianças e famílias, pois este percurso foi feito com eles e para eles.

Aos enfermeiros dos locais de estágio e aos colegas de trabalho, pela colaboração, sempre que necessário.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BSIJ – Boletim Saúde Infantil e Juvenil

CEEESCJ – Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde da Criança e do Jovem

CH – Centro Hospitalar

CNSCA – Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente

CS – Centro de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

ERC – European Resuscitation Council

ESEL – Escola Superior Enfermagem de Lisboa

IAC – Instituto Apoio à Criança

IP – Internamento de Pediatria

MDP – Modelos de Desenvolvimento Profissional

OE – Ordem dos de Enfermeiros

OMS – Organização Mundial Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

UCER – Unidade Curricular de Estágio com Relatório

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UP – Serviço de Urgência Pediátrica

## RESUMO

A doença e hospitalização são experiências que exigem uma profunda adaptação da criança às diversas mudanças que ocorrem no seu cotidiano, impedindo-a de frequentar ambientes que favorecem o seu desenvolvimento saudável. O brincar usado de modo intencional e sistemático pode promover a adaptação e aprendizagem da criança numa experiência positiva de hospitalização (Pereira et al, 2010).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) pelos conhecimentos que detém deve desenvolver um papel preponderante na prestação de cuidados especializados à criança através da utilização do brincar como uma forma de distração, recreação ou como um instrumento terapêutico de enfermagem.

A utilização do brincar nos cuidados de saúde permite - diversão e relaxamento; a criança a sente-se mais segura no ambiente hospitalar; minimiza a ansiedade da separação em relação aos pais ou outro significativo; alivia tensões e sentimentos como a tristeza; estimula a interação, a comunicação e o desenvolvimento de atitudes positivas; atua como meio de atingir metas terapêuticas; a criança aceita mais facilmente os cuidados de enfermagem; coloca-a em posição ativa, oferecendo-lhe a possibilidade de fazer escolhas e de sentir no comando; e proporcionar o desenvolvimento infantil (Algren, 2006).

O presente Relatório de Estágio apresenta-se como uma reflexão das atividades desenvolvidas, face à bibliografia científica existente sobre a utilização do brincar nos cuidados de saúde, tendo em atenção o papel do EEESCJ, como principal promotor da sua utilização. Contudo, o objetivo transversal a este percurso de estágio foi o desenvolvimento de competências como EEESCJ.

Palavras-chave: Adaptação, criança/família, brincar terapêutico, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

## **ABSTRACT**

Illness and hospitalization are experiences that require children deep adaptation to the changes that occur in their daily lives, preventing them to attend environments that promote their healthy development. Playing activity, used intentionally and systematically, can promote children learning and adaptation into a positive experience of hospitalization (Pereira et al, 2010).

Child and Youth Health Specialist Nurse, based on its knowledge, must develop an important part in specialized care to children through playing as a form of distraction, recreation or as a therapeutic instrument.

Playing activities in health care allows fun and relaxation; the children feel more secure in hospital environment; minimizes anxiety of separation from parents or significant others; relieves tension and feelings of sadness; encourages interaction, communication and development of positive attitudes; and it's a mean of achieving therapeutic goals; the children accept more easily nursing cares; places children into an active position, offering them the possibility of making choices and feel in control; provides children development (Algren, 2006).

This work is presented as a reflection of the activities, given the existing scientific literature about the usage of playing in health care, taking into account the role of EEESCJ as the main promoter of its use. However, the main goal to this internship route was the development of EEESCJ skills.

**Keywords:** Adaptation, child / family, therapeutic play, Child and Youth Health Specialist Nurse

## ÍNDICE

INDRODUÇÃO.....	11
1. JUSTIFICAÇÃO DA ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM .....	15
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	17
2.1. A Criança Hospitalizada.....	17
2.2. O Cuidado de Enfermagem à Criança Hospitalizada .....	20
2.3. Filosofia de Cuidados em Pediatria .....	22
2.4. Modelo de Adaptação de Roy.....	25
2.5. O Brincar como Instrumento Terapêutico na Adaptação da Criança à Doença e Hospitalização .....	29
3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO FORMATIVO: ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS .....	33
3.1. Promover a vinculação do RN .....	35
3.2. Estabelecer uma parceria de cuidar promotora da parentalidade .....	37
3.3. Reconhecer situações de instabilidade e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados.....	40
3.4. Aplicar medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor.....	43
3.5. Promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica.....	48
3.6. Promover o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem .....	50
3.7. Identificar as dificuldades de adaptação da criança ao ambiente hospitalar ..	53
3.8. Promover a adaptação da criança ao ambiente hospitalar, através do brincar .....	56

3.9. Diagnosticar as necessidades de formação da equipa de enfermagem do serviço de internamento de pediatria, relacionadas com o brincar .....	65
3.10. Implementar um plano de formação da equipa de enfermagem relacionado com o brincar, promovendo o desenvolvimento de competências .....	65
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	70

## APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma representativo dos locais de estágio

Apêndice II – Esquematização dos objectivos específicos, atividades, recursos e critérios de avaliação

Apêndice III – Arco-iris colorido

Apêndice IV – “Caixa Mágica”

Apêndice V – Dossier: “Manual de utilização da Caixa Mágica”

Apêndice VI – Dossier: “Manual do brincar terapêutico para crianças hospitalizadas”

Apêndice VII – Sessão formativa: “O brincar como estratégia de adaptação da criança à situação de doença e hospitalização”

## INTRODUÇÃO

O Relatório de Estágio é um instrumento de avaliação onde se pretende dar conhecimento de como decorreu o estágio, assim como a reflexão sobre trabalho realizado. De acordo com Serrano (1996), não é previsto que o Relatório de Estágio seja puramente informativo das opiniões ou tarefas realizadas pelo formando, mas sim que descreva e relacione o trabalho efetuado com os saberes apreendidos, com o objetivo de que o mesmo transmita uma ideia de crescimento. A elaboração do presente documento integra-se na Unidade Curricular de Estágio com Relatório (UCER) do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde da Criança e do Jovem e tem como finalidade transmitir o meu percurso formativo, as competências adquiridas e desenvolvidas nos diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem. A elaboração do Relatório de Estágio implicou uma pesquisa bibliográfica metódica, em bases de dados e outros documentos tais como teses de mestrado, livros e revistas científicas.

Para elaborar este Relatório de Estágio baseei-me nos objetivos definidos no regulamento de mestrado. Estes têm como premissas a análise do conhecimento que sustentou a prática de enfermagem; a compreensão aprofundada dos conceitos saúde, doença e cuidar/tratar e sua implicação nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e na prática dos profissionais de saúde [Escola Superior Enfermagem Lisboa (ESEL), 2014]. A capacidade de análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem; e o saber aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica, foram também contemplados neste relatório, de modo a fazer uma reflexão e questionamento das práticas e paradigmas existentes, como preconiza o documento orientador do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde da Criança e do Jovem (CEEESCJ) da ESEL (ESEL, 2014).

Desde que iniciei funções como enfermeira que ambicionava cuidar de crianças. Esta foi a razão pelo qual fazia todo o sentido inscrever-me no CEEESCJ ao longo do qual pudesse desenvolver competências para cuidar da criança e jovem.

Segundo Claudino e Oliveira (2003) a formação contínua dos enfermeiros surge como uma necessidade de autoformação, desenvolvimento pessoal e profissional permanente de forma a desenvolver competências científicas, técnicas e humanas, tendo como objetivo garantir o nível máximo de qualidade dos cuidados prestados aos seus utentes. Leite (2007) defende que o Enfermeiro Especialista (EE) seja, cada vez mais, um profissional reflexivo, capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em situação.

Atualmente existe uma preocupação crescente com os efeitos do contexto ambiental no desenvolvimento infantil. Entre os diversos contextos que têm sido objeto dessa preocupação encontra-se o ambiente hospitalar. Quando hospitalizada, a criança encontra-se afastada do seu ambiente familiar, da escola, dos amigos e dos seus objetos pessoais, perdendo assim grande parte das suas referências. A experiência da hospitalização da criança é considerada uma situação potencialmente traumática, que pode desencadear sentimentos diversos, como angústia, ansiedade e medo diante de uma situação desconhecida ou ameaçadora para a criança e para a família (Carvalho e Begnis, 2006).

O EEESCJ tem como missão a prestação de cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, além de proporcionar educação para a saúde, identificar e mobilizar recursos de suporte à família/pessoa significativa, e ser detentor de um entendimento profundo sobre as respostas da criança aos processos de vida e problemas de saúde [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2013a]. Tendo em consideração as competências específicas do EEESCJ este tem um papel fundamental na minimização das consequências que a doença e a hospitalização podem provocar na vida da criança e sua família.

Segundo Furtado e Lima (1999), proporcionar certas condições como um ambiente acolhedor, a presença de familiares, a disponibilidade afetiva dos profissionais, a informação sobre a doença e o tratamento, o respeito pelas individualidades de cada criança e atividades recreativas podem suavizar os malefícios de uma hospitalização. Tal como todas as outras necessidades da vida da criança, o brincar não termina quando as crianças estão doentes ou hospitalizadas. O brincar, é a forma pela qual a criança comunica com o meio em que vive e expressa ativamente os seus sentimentos, ansiedades e frustrações e proporciona diversão, e conseqüentemente uma oportunidade de crescer e de se desenvolver com saúde (Dias, 2005; Mitre e Gomes, 2004). A utilização do brincar como um recurso terapêutico facilita a adaptação da criança hospitalizada e funciona como minimizador do medo e desconfiança em relação ao que a rodeia e aos procedimentos, permitindo assim personalizar as intervenções e facilitar a colaboração da criança (Hockenberry e Wilson, 2014) e conseqüentemente a promoção da saúde.

Callista Roy (1970) no Modelo de Adaptação descreve a adaptação como uma resposta positiva a uma experiência que ao ser enfrentada é facilitada pelo uso de mecanismos de enfrentamento reguladores e cognatos (Roy e Andrews, 2001).

O estágio foi desenvolvido tendo como base de fundamentação a filosofia dos cuidados pediátricos e as competências do EEESCJ. Dentro das teorias de enfermagem que foram mobilizadas durante o estágio o Modelo Teórico de Adaptação de Callista Roy foi o mais trabalhado.

O objetivo do presente relatório é descrever de um modo reflexivo as aprendizagens feitas ao longo do estágio tendo como enfoque principal o brincar como instrumento terapêutico de enfermagem e tem como tema “A adaptação da criança à situação de doença e hospitalização: O brincar como instrumento terapêutico de enfermagem”.

Este documento foi organizado em quatro capítulos, para além da introdução e das referências bibliográficas. O primeiro capítulo justifica a escolha da especialização. O segundo capítulo refere-se ao enquadramento conceptual do qual

consta a apresentação do resultado da pesquisa e análise documental referente aos cuidados de enfermagem à criança hospitalizada, à filosofia dos cuidados em pediatria, assim como à temática em estudo e à escolha do referencial teórico. O terceiro capítulo justifica a escolha dos locais de estágio e a análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. No quarto capítulo faz-se a conclusão do trabalho.

## **1. JUSTIFICAÇÃO DA ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM**

O meu percurso profissional inicial desenvolveu-se num serviço de medicina, onde estavam internados além de adultos, também crianças a partir dos 16 anos. Este serviço, pela sua especificidade, pela riqueza de diversidade de situações vivenciadas, permitiu-me o desenvolvimento de competências do enfermeiro generalista. Esta multiplicidade de clientes permitiu-me mobilizar recursos em situações de particular exigência e o desenvolvimento de competências, sobretudo, na comunicação com o adolescente e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, bem como a promoção da sua autoestima e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. Ao longo deste percurso profissional desempenhei algumas funções que me permitiram desenvolver competências ao nível da gestão de cuidados, da liderança de equipa, adaptando a liderança e gestão dos recursos às situações, tendo sempre como objetivo a otimização da qualidade dos cuidados.

A pediatria é a área de cuidados com a qual me identifico, razão pela qual aí exerço atualmente a minha atividade profissional. O contacto com as crianças desenvolveu exponencialmente o meu gosto pela área, tornando o cuidado à criança um desafio constante. Ao refletir na minha prática diária verifico que a criança é sujeita a alterações significativas na sua vida, como a separação dos seus familiares, escola/amigos, além dos tratamentos invasivos, que provocam sentimentos negativos na criança. O que pressupôs o questionamento sobre as consequências da hospitalização infantil e os instrumentos que o enfermeiro deve conhecer e utilizar para facilitar a adaptação da criança ao hospital. A decisão de trabalhar esta temática foi determinada pelas motivações pessoais e pela análise de competências até aqui adquiridas. Houve ainda uma influência da realidade hospitalar onde exerço funções, o internamento de pediatria (IP).

Nesta senda, com o objetivo de melhorar os cuidados prestados e através da reflexão do dia-a-dia pretendo o desenvolvimento de competências de EEESCJ, além do desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, da promoção do aumento da qualidade dos cuidados de saúde, o cultivar a liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados e o desejo de influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem (ESEL, 2014).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (2010a, p.2) explicita que o EE é considerado o enfermeiro com um conhecimento aprofundado (...), tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (...). Todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de competências comuns que envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e (...) levam a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (Ibid).

O artigo 5º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) diz-nos que o que caracteriza os cuidados de enfermagem é a interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade, face aos quais se estabelece uma relação de ajuda (2010d). O significado da ação dos enfermeiros é fazer a diferença para a criança e para a família. Só assim o enfermeiro chegará ao objetivo da sua profissão e prestará cuidados de qualidade desenvolvendo competências que lhe permitam melhorar a relação interpessoal com a díade (OE, 2001). Ajudar a criança e a família nos três níveis de prevenção é responsabilidade do EEESCJ. Na situação específica de hospitalização da criança, é uma responsabilidade profissional e uma competência a desenvolver pelos enfermeiros, ajudar a criança e família a lidar com todas as alterações que a doença e a hospitalização implicam. Para tal, é necessário um Cuidar competente, especializado, ou seja, cuidados diferenciados de qualidade e centrados nas necessidades da criança, família e comunidade [Modelos de Desenvolvimento Profissional (MDP), 2009].

## 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 2.1. A Criança Hospitalizada

Para um desenvolvimento saudável, a criança não necessita apenas da maturação biológica, mas também de um ambiente estimulador. A doença e a hospitalização podem ter interferência no desenvolvimento da criança, provocando alterações físicas e/ou psicológicas, impossibilitando-a de viver a vida como qualquer outra criança (Tavares, 2011). Podemos mesmo referir que a doença e a hospitalização surgem como um terramoto, interferindo a vários níveis, no plano real, no plano dos afetos e das fantasias, do equilíbrio das relações interpessoais, das representações de si próprio e dos outros, interferindo com o próprio pensamento e alterando a imagem corporal da criança (Gonçalves, 2006).

Autores como Santos (2001) e Tavares (2011) completam esta ideia ao afirmarem que a hospitalização é considerada uma das primeiras crises com que a criança se depara, difícil de ser vivenciada, devido, entre outros fatores, aos limitados mecanismos de defesa que a criança apresenta.

As consequências da hospitalização infantil, no desenvolvimento e adaptação psicológica da criança, são a ansiedade, o medo, a revolta, a tristeza, o mutismo, a vergonha ou culpa, a sonolência, a imobilização ou até mesmo experiências de natureza sensorial, como dor e lesão corporal (Barros, 2003; Redondeiro, 2003). Quinton e Rutter (1976) e Rutter e Rutter (1993) citados por Barros (2003) referem que as consequências negativas da hospitalização estão associadas às experiências prévias de separação, à perturbação e carências básicas na família, à ansiedade parental, à separação do ambiente familiar e à interrupção nos cuidados básicos por um adulto responsável. Hockenberry e Wilson (2014) enfatizam ainda a idade, o desenvolvimento, a experiência anterior de doença, os mecanismos de defesa inatos

ou adquiridos, o diagnóstico e os sistemas de apoio, como fatores importantes a considerar nas reações da criança à doença e hospitalização.

O modo como a criança e família reage à doença está, também, relacionado com o quadro sintomático. A apresentação dos sintomas permite classificar as doenças em início súbito ou insidioso. Tanto para a criança como para a família, o stress vivido numa e outra situação é diferente (Jorge, 2004).

As hospitalizações não planeadas são na maioria das vezes decorrentes de uma situação aguda de doença da criança e são as mais frequentes num serviço de IP. Normalmente são de um período curto e podem acontecer uma única vez (Jorge, 2004). Os estudos de Douglas (1975) e de Quinton e Rutter (1976) citados por Barros (2003) demonstraram que não há sequelas a longo prazo quando ocorre uma única hospitalização que dure menos de uma semana, mas que nas crianças em idade pré-escolar já se observa um risco de consequências psicopatológicas quando acontecem mais do que duas hospitalizações.

A doença crónica provoca mudanças irreversíveis na vida da criança e família, provocando hospitalizações frequentes e prolongadas e conseqüentemente reações diferentes dependendo se o diagnóstico é recente ou não, da sintomatologia, do tipo de tratamento realizado e do nível de desenvolvimento infantil (Barros, 2003). A sintomatologia vai progredindo em gravidade, o que exige da família uma necessidade de adaptação permanente às novas solicitações (Jorge, 2004).

Tanto na doença de início súbito como na doença crónica, além das competências técnicas e instrumentais, os enfermeiros têm que desenvolver competências para estarem aptos na prestação dos cuidados relacionados com a dor, com os sentimentos e com as reações negativas, como a angústia, cólera, depressão e agressividade da criança e pais (Jorge, 2004).

O significado que os pais atribuem à doença, influencia o significado da doença para a própria criança, que por sua vez influencia adaptação à doença por parte da díade. Para Barros (2003) os pais têm de cumprir três tipos de adaptação:

aceitar a ideia de ter um filho doente e modificar as suas rotinas de forma a adaptarem-se às exigências da doença; ajudar a criança a aceitar a sua doença, limitações e exigências do tratamento; e manter os seus papéis (conjugue, mãe/pai, trabalhador).

As crianças no ambiente hospitalar têm as mesmas necessidades emocionais e sociais básicas que são próprias da infância, ou seja, necessitam de oportunidades para desenvolver as suas habilidades motoras, sociais, de linguagem e capacidades psicológicas (Castro et al, 2010). Para ajudar a obtê-las, a criança necessita de um ambiente com estimulação adequada, da oportunidade de explorar e brincar, além da necessidade de informações e explicações relativas ao hospital, aos procedimentos, às rotinas, e necessita, sem dúvida, de conhecer os profissionais de que dela cuidam (Ibid).

A Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (CNSCA, 2009) sublinha que as condições de hospitalização adequadas às crianças devem incluir, entre outros, espaços próprios e zonas de brincar.

Ferreira e Valério (2003) citados por Tavares (2011) focam a importância do enfermeiro manter o sorriso nos lábios, tratar a criança pelo nome, tendo o cuidado de se apresentar. Para Jorge (2004) as crianças valorizam o tom de voz, o conteúdo verbal, bem como toda a linguagem não-verbal, como a postura, o vestuário e a expressão facial do enfermeiro. E, porque não um enfermeiro que brinque, que esteja presente, que se preocupe verdadeiramente, que seja honesto e autêntico, que ajude a criança e família a compreender e a enfrentar a doença e a hospitalização?

Reconhecendo que a criança tem uma representação do hospital como “um país estrangeiro, a cujos costumes, linguagem e horários deve habituar-se”, toda e qualquer intervenção que possa atenuar a imagem do hospital aos “olhos da criança” e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem tem benefícios no seu desenvolvimento saudável (Geller, 2000, in Quiles et Carrillo, p. 20 citados por Redondeiro, 2003).

A criança hospitalizada necessita que os seus direitos e necessidades sejam satisfeitos, de modo a converter este momento numa experiência positiva (Redondeiro, 2003). Deste modo, todas as instituições vocacionadas para cuidar da criança devem ser reconhecidas como espaços promotores do desenvolvimento infantil (Ortega e Rossetti, 2000 citados por Carvalho e Begnis, 2006; Lima et al, 2009). Brazelton (2009) acrescenta que a mudança para uma “atmosfera carinhosa” no Cuidar em pediatria proporciona à criança mais autoestima e maturidade, aprendendo a dominar o medo e ansiedade durante a estadia no hospital.

A hospitalização pode ser uma oportunidade para a criança aprender a vencer o stresse e a sentir-se competente nos seus mecanismos de *coping*, amplificando, desta forma, a sensação de competência da mesma - como aprender que é capaz de fazer frente face à dor, de estar num lugar estranho e longe de casa, de desembaraçar-se e solicitar ajuda e apoio de diferentes adultos, e que a equipa de saúde pode ajudar a diminuir o seu sofrimento (Barros, 2003; Hockenberry e Wilson, 2014).

## **2.2. O Cuidado de Enfermagem à Criança Hospitalizada**

A essência de enfermagem reside na relação que se estabelece com o cliente, tendo como meta um bem-estar terapêutico, e são variadas as formas de o atingir. O estabelecimento de uma relação terapêutica é a base essencial para promover um cuidado de enfermagem de excelência, promotora da parceria de cuidados entre enfermeiro e o utente, tendo como princípio o respeito pela sua dignidade, autonomia e capacidades (Hockenberry e Wilson, 2014).

Watson (2002) refere que os cuidados de enfermagem são considerados arte e ciência humana do Cuidar, e envolvem ações carinhosas, sentimentos carinhosos e afetos. Estabelecer a relação de ajuda constitui uma abordagem importante na prestação de cuidados de enfermagem, pelo que deve ser uma competência a desenvolver pelos enfermeiros. A relação de ajuda tem como elementos essenciais a dimensão afetiva e relacional, onde a comunicação terapêutica estabelecida exige autenticidade, congruência, atenção positiva incondicional, empatia e capacidade de

escuta por parte do enfermeiro no tempo em que ocorre a hospitalização da criança (Rogers, 1974, citado por Diogo, 2006; Jorge, 2004).

Nesta linha de pensamento, o papel do enfermeiro em pediatria inclui uma ajuda emocional à criança e família através de práticas terapêuticas (Diogo, 2012). Estas práticas terapêuticas podem desenvolver-se através do brincar, através da música, visualização de filmes ou quando os enfermeiros usam o seu Self através da demonstração de afeto, da presença, da postura calma e afável (Ibid).

Segundo Phaneuf (2005) um dos seus objetivos do enfermeiro é ajudar a pessoa a adaptar-se a uma situação à qual não o poderia fazer sem ajuda e inicia-se desde a primeira interação entre o enfermeiro, a criança e família. A promoção de um ambiente seguro e afetivo é fundamental na comunicação enfermeiro, pais e criança ou jovem, progredindo assim para uma relação terapêutica essencial no processo de Cuidar (Venâncio e Pereira, 2002; Diogo, 2012).

O cuidado em enfermagem pediátrica tem, também, como objetivo a promoção do bem-estar da criança, jovem e sua família. Para que isso aconteça são necessários cuidados de enfermagem que tenham como meta - a prevenção de doenças, a prestação de cuidados no sentido de manter um nível ótimo de crescimento, desenvolvimento e reabilitação de crianças com modificações do seu estado de saúde, tendo também como alvo de cuidados a família (Guareschi e Pinto, 2007 citados por Tavares, 2011).

Neste sentido, o enfermeiro terá que ser possuidor de competências específicas que lhe permitam cuidar do RN, criança e jovem e da sua família. Baseado no modelo conceptual centrado na criança e família e encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados, a OE propõe que o enfermeiro "assista a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde; cuide da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e preste cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem" (OE, 2010b, p.2). A primeira competência específica refere-se ao estabelecimento de uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade, dada a natural

dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do EEESCJ. A segunda competência específica refere-se à mobilização de recursos para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias. A última competência específica salienta a especificidades e exigências das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude (OE, 2010b).

A filosofia dos cuidados em pediatria constitui a base de orientação da prática de cuidados do enfermeiro e reflete a preocupação destes profissionais em minorar as consequências negativas da doença e hospitalização.

### **2.3. Filosofia de Cuidados em Pediatria**

A conceção da infância tem vindo a alterar-se ao longo dos anos. Durante vários séculos a criança foi considerada um adulto em miniatura, um ser pouco importante para a sociedade, atendendo ao curto período de tempo em que as pessoas viviam (Aries, 1978 citado por Redondeiro, 2003).

Atualmente, a criança é considerada um ser em desenvolvimento cujo crescimento se exprime através de comportamentos e reações resultantes da dinâmica entre os fatores bio-anatómicos, psicológicos e sociais (OE, 2010d). Estas evidências científicas baseiam-se em várias teorias do desenvolvimento que integram a perspetiva psicanalista centrada na área cognitiva (Piaget); psicossocial (Erickson) e também moral (Kohlberg) (Ibid).

Outros teóricos tiveram efetivamente também a sua influência. Em 1951, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publica uma monografia do médico Bowlby sobre as consequências nefastas do afastamento da criança da família durante a hospitalização, com base na teoria de SPLITZ (1945). Além disso, este autor, enfatizou a importância da continuidade de cuidados maternos durante a hospitalização, tendo em conta que a sua carência se repercute no desenvolvimento infantil (Redondeiro, 2003; CNSCA, 2009). A este respeito Barros (2003) refere que a decisão de permitir

e incentivar a presença da família foi a medida que mais contribuiu para alterar as consequências negativas da hospitalização na criança.

Esta cultura, aparentemente tão natural, só foi oficializada em Portugal no ano de 1981 com o Decreto que permite a presença dos pais ou substitutos, ratificado em 1988 relativamente à alimentação e pernoita (CNSCA, 2009).

Em 1990 é ratificada pela Assembleia da República a Convenção dos Direitos das Crianças, que estabelece no artigo 1º que a criança é todo o ser humano menor de 18 anos e reconhece à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação, o que se traduz numa melhoria progressiva nos cuidados (CNSCA, 2009). O Instituto de Apoio à Criança (IAC) foi criado em 1983 e entre inúmeras ações importantes já realizadas, destaca-se a divulgação da Carta da Criança Hospitalizada (1988), que salienta os direitos das crianças durante a hospitalização, num pressuposto de humanização dos serviços de atendimento.

Em Junho de 2010 foi publicado em Diário da República o despacho nº 9871/2010, que visa assegurar a acessibilidade à rede de cuidados pediátricos em todo o Sistema Nacional de Saúde a todos os utentes até aos 18 anos.

Atualmente, o modelo conceptual subjacente à prática da enfermagem pediátrica está centrado nas respostas às necessidades da criança enquanto membro efetivo de uma família (CNSCA, 2009). O Guia Orientador de Boa Prática de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da OE (2010c) destaca, o reconhecimento da criança como ser vulnerável, a valorização dos pais/outro significativo como os principais prestadores de cuidados, a preservação da segurança e bem-estar da criança e família e a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança, como valores a ter em consideração durante a prestação de cuidados de enfermagem.

A presença dos pais não é uma opção, mas sim uma necessidade para a criança, família e equipa de saúde. A Carta de Criança Hospitalizada (1988) esclarece-o nos artigos 2º e 3º.

Os pais são, sem dúvida, a principal fonte de apoio e segurança para a criança, devendo ser encorajados a acompanhá-la durante a hospitalização. Os pais são quem conhece melhor as preferências da criança, os seus comportamentos e hábitos de higiene, de sono, de alimentação, de eliminação, essenciais para procurar alcançar o bem-estar da criança, tornando a estadia no hospital o mais saudável possível. Segundo Cavaco (2006, p.56) “os pais são as vozes do acordar ou do adormecer, o sorriso doce da mãe ou do pai, o olhar que fala sem dizer palavras, e tantos outros pormenores que irão sem dúvida permitir que a criança hospitalizada não sinta que tudo é novo, hostil ou até agressivo.”

Hockenberry e Wilson (2014) salientam que a filosofia dos cuidados pediátricos centra a sua ação no cuidar centrado na família, na parceria dos cuidados e nos cuidados não traumáticos. A parceria de cuidados sugere-nos um modelo de Cuidar assente no pressuposto de que a família é alvo dos cuidados, baseando-se no reconhecimento e respeito pela perícia da família nos cuidados à criança (Casey, 1995). Mendes e Martins (2012) acrescentam que a parceria está associada a um processo dinâmico que requer participação ativa e acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns.

O enfermeiro deve reconhecer a família como uma constante na vida da criança, com as suas forças e fragilidades e a sua diversidade cultural, com um Cuidar culturalmente competente e ir ao encontro do outro na sua singularidade e valor como pessoa/família. Existem dois conceitos principais que facilitam uma abordagem em parceria – os cuidados centrados na família e os cuidados negociados (Casey, 1995).

Os conceitos básicos dos cuidados centrados na família são a capacitação e o *empowerment*. Assim os enfermeiros capacitam as famílias para que todos os membros familiares possam demonstrar as suas capacidades e competências reais e adquirirem novas capacidades e competências para atender às necessidades da criança inerentes ao seu desenvolvimento e crescimento da criança e da própria família. O *empowerment* implica também a interação entre o enfermeiro e a família para que esta mantenha ou adquira comportamentos adequados, reforçando os

aspectos positivos e reconhecimento das suas potencialidades num ganho positivo, progressivo de força, capacidades e ações (Hockenberry e Wilson, 2014)

Uma maior exigência na qualidade e na acessibilidade aos cuidados requer a garantia de um processo de cuidados continuados e centrados na unidade familiar, que vise a promoção e que envolva tomadas de decisão assentes numa parceria entre criança/jovem, pais e enfermeiro (CNSCA, 2009).

Para Hockenberry e Wilson (2014, p.11) os cuidados não traumáticos referem-se ao “fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico” sentido pela criança e pelos seus familiares, sendo o objetivo primordial não causar dano. Os cuidados incluem - a promoção da relação pais/filho durante a hospitalização, a preparação da criança antes de um procedimento, o controlo da dor, a garantia da privacidade da criança, a oferta de atividades recreativas para a expressão do medo, a oportunidade da criança escolher e o respeito pelas diferenças culturais (Ibid).

#### **2.4. Modelo de Adaptação de Roy**

A criança doente e hospitalizada terá que se adaptar a essa nova realidade. A reação adaptativa ou não da criança vai depender, em parte, da sua capacidade para compreender e dar significados à doença e hospitalização, assim como a utilização de processos de confronto adequados (Barros, 2003).

O Modelo de Adaptação de Roy possibilitou-me definir uma linha orientadora na minha prestação de cuidados à criança/jovem e família durante o estágio. Foi essencial o conhecimento dos conceitos-chave e como aplicá-los no processo de cuidar. Este Modelo reflete a teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy (1968) e a teoria do modelo de adaptação de Helson (1964) e as suposições filosóficas baseiam-se no humanismo e na veracidade (Roy e Andrews, 2001). De acordo com este Modelo os enfermeiros têm uma visão holística da pessoa, isto é, um olhar mais humano (Roy e Andrews, 2001).

De acordo com o Modelo de Adaptação de Roy, o primeiro passo na elaboração do processo de cuidar de enfermagem é a identificação dos

comportamentos da pessoa nos quatro modos adaptativos, seguindo-se a avaliação dos estímulos, o diagnóstico de enfermagem, o estabelecimento do objetivo, a intervenção e a avaliação (Roy e Andrews, 2001).

Segundo Callista Roy o conceito de adaptação significa o processo e o resultado, através do qual as pessoas pensantes e sensíveis, enquanto indivíduos ou em grupos, utilizam a consciência e a escolha para criar a integração humana e ambiental, facilitada pelo uso dos mecanismos regulador e cognitivo (Tomey e Alligood, 2004). O modelo teórico é construído dentro do modelo adaptativo, no qual há conceitos bases que estão inter-relacionados, que são os conceitos de enfermagem, saúde, meio ambiente e pessoa (Roy e Andrews, 2001).

O papel do enfermeiro nos cuidados de saúde é a promoção da saúde da pessoa e da sociedade. As intervenções dos enfermeiros baseiam-se na avaliação dos comportamentos ou respostas e nos estímulos que influenciam a adaptação, promovendo-a nos quatro modos adaptativos (fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência). Contribuem, assim, para a saúde da pessoa, qualidade de vida e morte com dignidade (Roy e Andrews, 2001).

O modo fisiológico é associado à forma como a pessoa responde como ser físico aos estímulos do ambiente. O modo do autoconceito é um dos três modos psicossociais, incidindo sobre os aspetos psicológicos e espirituais da pessoa, e apresenta dois componentes, o eu físico (sensação do corpo e a imagem do corpo), e o eu pessoal (autoconsciência, o auto-ideal e o eu moral, ético e espiritual). O modo de função na vida real é um dos dois modos sociais e incide sobre os papéis que a pessoa ocupa na sociedade, associado a cada papel estão os comportamentos instrumentais e os expressivos. A avaliação destes comportamentos fornece ao enfermeiro uma indicação da adaptação social relativa à função na vida real. O modo de interdependência é o modo final de adaptação que Roy descreve, e incide sobre as interações relacionadas com o dar e receber amor, respeito e valor. A necessidade básica deste modo é denominada de adequação emocional, o sentimento de segurança nas relações da educação da criança. As pessoas mais importantes para o individuo são designados de outros significativos e

os sistemas de apoio referem-se aos outros que contribuem para a satisfação das necessidades de interdependência (Roy e Andrews, 2001).

Para Roy e Andrews (2001) saúde é o estado de adaptação e um processo de ser e de tornar-se uma pessoa total e integrada. O termo saúde é um reflexo da adaptação, isto é, a interação da pessoa com o ambiente, e por isso, a falta de adaptação representa a falta de saúde (Ibid).

Como sistema, a pessoa recebe estímulos que formam o ambiente da pessoa. O ambiente é entendido como o mundo interior ou exterior da pessoa, e que em constante mudança estimula a pessoa a criar respostas adaptáveis. Os estímulos focais, contextuais e residuais relevantes numa situação juntam-se para criar o nível da adaptação da pessoa (Roy e Andrews, 2001).

Os estímulos focais constituem o maior grau de mudança na pessoa, o que concentra a sua atenção ou energia, que na criança pode ser o estar longe de casa (Roy e Andrews, 2001). Os estímulos contextuais são todos os outros fatores, como mudança de ambiente e rotinas de vida, separação dos familiares (Ibid). Na avaliação do estímulo contextual é importante conhecer-se o nível socioeconómico, a estrutura familiar e o seu nível de desenvolvimento da criança, particularmente o seu nível de compreensão (Ibid). Os estímulos residuais serão os outros estímulos, que não se relacionam diretamente com a doença e hospitalização, mas têm influência sobre ela, como uma experiência anterior de hospitalização (Tremarin, Gawleta e Rocha, 2009).

A teórica descreve a pessoa como o recetor dos cuidados de enfermagem e como um sistema holístico adaptável que funciona como um todo, considerando-o mais do que uma mera soma das suas partes (Roy e Andrews, 2001). A pessoa é assim um sistema holístico e adaptativo, que vive em constante interação com o meio e capaz de realizar troca de informação, matéria e energia com o ambiente (Ibid). Os comportamentos ou respostas da pessoa são observados, medidos ou subjetivamente relatados pelos enfermeiros e são a chave para a sua avaliação e intervenção (Ibid).

A doença e hospitalização interferem na adaptação da criança/família e no seu equilíbrio emocional, tendo em conta que o hospital para si é um espaço novo e desconhecido. Aos enfermeiros cabe promover um ambiente hospitalar de confiança, segurança, tranquilidade e bem-estar, que proporcione o mínimo de sofrimento, ansiedade e medo, aspetos desfavoráveis à adaptação da criança (Rosa et al 2007). A família, também, necessita de compreensão e esclarecimentos para adaptar-se ao cuidado à criança, e os enfermeiros podem e devem ser elementos facilitadores (Ibid).

Segundo Roy citado por Huerta (1986) é importante que o enfermeiro integre os pais no papel que podem e devem assumir no hospital, para tal o enfermeiro deve estar atento demonstrar disponibilidade de escuta, informar os pais sobre a situação da criança e permitir a participação dos pais nos cuidados à criança.

Uma vez considerada a criança e a família no processo de cuidar, a necessidade de adaptação deve estar sempre presente, já que estão a enfrentar uma nova realidade, de doença e hospitalização, que transformou as suas vidas. Os conhecimentos do enfermeiro sobre a patologia, a sua capacidade de recetividade, de partilha são fatores importantes para os membros da família, ao favorecerem um ambiente favorável para o processo adaptativo (Rosa et al, 2007).

O brincar usado de modo intencional e sistemático vai promover a adaptação e aprendizagem da criança numa experiência positiva de hospitalização, acreditando-se que a mesma pode ser uma oportunidade de desenvolvimento (Pereira et al, 2010).

## **2.5. O Brincar como Instrumento Terapêutico na Adaptação da Criança à Doença e Hospitalização**

O brincar deve ser considerado como uma atitude soberana da criança e um direito universal.

A Declaração dos Direitos da Criança das Nações Unidas (1990) é bem clara quando refere no artigo 31º que a criança tem direito aos tempos livres e o direito de participar em jogos e atividades recreativas próprias da sua idade.

Brincar é a atividade mais importante da criança, privá-la disso é privá-la da oportunidade de crescer e se desenvolver com saúde (Martins et al, 2001). Também a Associação Internacional para o Direito da Criança Brincar (IAC, 1986) tem feito um esforço para sensibilizar os adultos para a importância do brincar. Na sua declaração sobre a criança e o direito de brincar refere que este, a par da satisfação das necessidades básicas da nutrição, saúde, habitação e educação, é uma atividade fundamental para o desenvolvimento das capacidades potenciais de todas as crianças; o brincar é comunicação e expressão, que dá prazer e sentimento de realização e ajuda as crianças no seu desenvolvimento físico, mental, emocional e social (Diogo e Valeriano, 2001). A criança entregando-se com prazer à sua atividade lúdica, recupera e protege-se, porque pode esquecer as suas preocupações, transitando para um outro mundo, o do brincar (Dinello, 1980).

Cordazzo e Vieira (2007) não fazem a distinção entre jogo e brincar, pois utilizam ambas as palavras para designar atividade lúdica, mas outros autores consideram diferentes os termos de jogar e brincar. Brougère e Wajskop (1997) citados por Ramos et al (2012) salientam que o brincar é simbólico e o jogo funcional, porque o brincar é livre e o jogo inclui a presença de um objetivo final, que é a vitória. Vygotsky (1998) refere que o brincar, mesmo sendo livre e não estruturado, está envolto de regras, que conduzem o comportamento das crianças.

De entre as várias funções da brincadeira descritas em Hockenberry e Wilson (2014): desenvolvimento sensório motor, desenvolvimento intelectual, socialização, criatividade, auto-consciencialização, valor moral, salienta-se o valor terapêutico implícito na brincadeira. Os aspetos anteriormente referidos têm um importante valor

na criança saudável, mas assumem a sua plenitude na criança hospitalizada. Por essa razão, deverão manter-se todos os esforços para que a criança brinque no hospital (Tavares, 2011).

A Carta da Criança Hospitalizada (1988) enfatiza que o direito aos melhores de cuidados é um direito fundamental para as crianças. O artigo 6º é explícito quando refere que as crianças devem beneficiar de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança (Ibid).

O brincar - a brincadeira - deve ser encarado como um instrumento a ser utilizado pelos enfermeiros para ajudar a criança a vivenciar e ultrapassar a experiência da doença e hospitalização com o mínimo de sequelas, promovendo a sua adaptação ao ambiente hospitalar (Tavares, 2011).

A palavra “instrumento” significa algo que serve de meio ou auxílio para determinado fim (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008-2013).

O brincar é considerado um instrumento terapêutico, porque as ações de enfermagem requerem uma intencionalidade terapêutica, de forma a atingir fins terapêuticos. Isto significa que a mobilização de instrumentos de forma terapêutica na prática de enfermagem permite aos enfermeiros conseguirem alcançar benefícios para a pessoa que cuidam, desenvolvendo intervenções que tenham como propósito não só a recuperação, como também a garantia do seu bem-estar atendendo à sua individualidade (McMahon; Pearson, 1998 citados por Pereira et al, 2010).

Segundo Mathison e Butterworth citados por Glasper e Haggarty (2006) a brincadeira no hospital pode ser dividida em três tipos de acordo com as suas funções: a brincadeira educativa que tem como finalidade dar informação ou explicações acerca do hospital; a brincadeira normativa também referida como a brincadeira do dia-a-dia que pode ser oferecida dentro do hospital para fazer a ligação entre este e o ambiente familiar, o que oferece uma normalidade, familiaridade, conforto e segurança à criança; e a brincadeira terapêutica que está relacionada com o que a criança se encontra a experienciar (ou experienciou

anteriormente), e utiliza a brincadeira para partilhar informação em ambos os sentidos, da criança para o enfermeiro e do enfermeiro para a criança.

A brincadeira terapêutica deve ser contemplada como uma ferramenta essencial do Cuidar em enfermagem, fomentando uma relação terapêutica entre a criança, família e enfermeiro. Uma das formas de estabelecer esta brincadeira é por intermédio do brinquedo terapêutico (Tavares, 2011).

O brinquedo terapêutico é descrito como um divertimento infantil ou jogo, estruturado, que possibilita à criança aliviar a ansiedade gerada por experiências consideradas ameaçadoras e requerem mais do que recreação, para que sejam resolvidas (Steele, 1981 citado por Cintra, Silva e Ribeiro, 2006). Proporciona à criança hospitalizada a oportunidade de reorganizar a vida e diminuir a ansiedade, podendo ser utilizado para ajudar a criança a reconhecer os seus sentimentos, assimilar novas situações e a compreender o que se passa durante a hospitalização (Hockenberry e Wilson, 2014). O brinquedo terapêutico é considerado uma ferramenta fundamental para os profissionais de saúde, principalmente, quando há necessidade de realizar procedimentos invasivos, propiciando maior aceitação e cooperação (Martins et al, 2001; Kiche e Almeida, 2009).

De acordo com a sua finalidade e intenção do seu uso, o brinquedo terapêutico pode ser classificado em três tipos: brinquedo terapêutico dramático, brinquedo terapêutico capacitador de funções fisiológicas e o brinquedo terapêutico instrucional (Vessey e Mahon, 1990 citados por Cintra, Silva e Ribeiro, 2006). Uma forma de utilizar o brinquedo terapêutico é possibilitar à criança tocar em instrumentos hospitalares como o estetoscópio, seringas ou compressas. Ou, através do uso do jogo simbólico (também denominado de faz-de-conta) próprio na criança, permite que esta experimente alguns dos procedimentos que irá vivenciar, aumentando a compreensão e participação da criança (Moreno et al, 2003).

Em Portugal, destaca-se o “kit dói que não dói” constituído por personagens para manipulação, representando diferentes áreas do hospital, material médico real, bonecos com vários órgãos para explicação das diferentes patologias e bonecos a representar patologias específicas. O que se pretende com estes objetos lúdicos

hospitalares é a representação de um órgão, de um tratamento ou de um exame. Estes materiais apoiam e facilitam a compreensão das explicações orais dadas pela equipa de saúde, aumentam o conhecimento da criança e dos pais e a criança pode ver, tocar, manusear, cheirar. Pressupõe que a utilização destes materiais estimule o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais, favoráveis ao controlo da dor (associada aos procedimentos) e estimule a cooperação e a criatividade dos vários intervenientes, através do ato de brincar (OE, 2013b; Santos, 2011).

Segundo alguns autores (Campos, Rodrigues e Pinto, 2010; Tavares, 2011) os benefícios da utilização do brincar enquanto instrumento terapêutico são evidentes na idade pré-escolar e escolar, porque nesta idade a criança já domina as competências cognitivas e intelectuais necessárias para a realização desta atividade.

Campos, Rodrigues e Pinto (2010) avaliaram o comportamento de crianças pré-escolares recém-admitidas numa unidade de pediatria antes e após uma sessão de brinquedo terapêutico. Os autores realçam que a maioria das crianças em idade pré-escolar interage bem com o brinquedo, dramatizando situações domésticas e hospitalares e que a sessão de brinquedo terapêutico propiciou uma interação da criança com o ambiente hospitalar, aceitando mais facilmente os cuidados prestados.

Tavares (2011) pretendeu compreender o contributo da intervenção “Acolher Brincando” no acolhimento de enfermagem às crianças em idade escolar hospitalizadas num serviço de pediatria. Com este estudo a autora concluiu que esta intervenção teve um papel essencial na forma como as crianças e os seus acompanhantes vivenciam a hospitalização a curto e médio prazo. Permitiu-lhe através desta utilização, a desmistificação do hospital, a preparação das crianças para o que as esperava, o que se traduziu em menor ansiedade e medo, bem como maior segurança. Segundo a mesma, estes aspetos tornaram o ambiente hospitalar em estudo mais acessível, acolhedor e mais fácil de enfrentar.

### **3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO FORMATIVO: ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS**

O modelo de aquisição de competências de Benner (2001) refere que o enfermeiro desenvolve as suas competências e responsabilidades desde a sua formação inicial e durante toda a sua atividade profissional passando de principiante, a principiante avançado, a competente, a proficiente, chegando a perito. Segundo a mesma autora o enfermeiro perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva a cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis. Ao EEESCJ cabe o dever de ter um papel preponderante no planeamento de estratégias de saúde, pois é detentor de formação e competências específicas, adequando o Cuidar às necessidades do utente pediátrico.

Quando se relaciona com a criança/jovem e família, o enfermeiro deve ter em consideração alguns princípios éticos que orientem a sua prática que são: “o princípio do respeito da dignidade da pessoa (...) tratá-la “como uma pessoa” e não como uma abstração, um objeto ou um número (...) o princípio do respeito da intimidade da pessoa (...) garantir à pessoa um espaço de existência pessoal onde a sua vida se possa desenrolar ao abrigo das interferências, dos controlos ou da curiosidade dos outros (...) os princípios da benevolência e da beneficência (...) se baseie numa real vontade de ajuda onde o calor, a compreensão e a compaixão são regra (...) o princípio do respeito pela unicidade e pela alteridade da pessoa (...) ver a pessoa como um ser único com as suas riquezas e fraquezas (...) o princípio do direito à informação (...) supõe uma informação precisa, uma explicação clara e ao alcance da pessoa” (Phaneuf, 2005, pp. 14-15).

Com base nos pressupostos de promoção e educação para a saúde e bem-estar do utente pediátrico selecionei os locais de estágio, tracei os objetivos, as

atividades e os recursos necessários à prestação de cuidados ao RN, criança, jovem e família.

Os objetivos gerais foram:

- Desenvolver competências de EEESCJ, na prestação de cuidados de enfermagem ao RN, criança, jovem e sua família;
- Promover a adaptação da criança à situação de doença e hospitalização, através do brincar.

O UCER decorreu no período de 30 de Setembro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014. Os campos de estágio escolhidos foram um Serviço de Urgência Pediátrica (UP), uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), uma Neonatologia, Cuidados de Saúde Primários numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e um Serviço de Internamento de Pediatria (IP). No apêndice I encontra-se o cronograma representativo dos locais de estágio e no apêndice II a esquematização dos objetivos específicos, das atividades, dos recursos e dos critérios de avaliação definidos para cada um dos contextos de estágio.

Em todos os locais de estágio selecionados são admitidas crianças com idade até aos 17 anos e 364 dias, tal como é preconizado pelo Despacho nº 9871/2010 de 11 de Junho.

A seleção dos locais de estágio - UP, Neonatologia, UCIP, UCSP e IP foi uma escolha pessoal, de forma a dar resposta às minhas necessidades de aprendizagem e às exigências da OE para obtenção de título de EE. A Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem define que o EEESCJ deve ter em conta os projetos de saúde da criança/jovem com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (OE, 2011a). O último período de estágio foi desenvolvido no IP onde trabalho. A razão para o fazer, prende-se com o facto de pretender implementar neste serviço uma cultura de utilização da brincadeira como estratégia de adaptação da criança ao internamento.

Os objetivos para desenvolver em cada local de estágio foram delineados e ancorados nos objetivos gerais do estágio e de acordo com as minhas necessidades de aprendizagem. Em alguns locais os objetivos, assim como as atividades planeadas tiveram que ser ajustados de acordo com as características do mesmo.

Alguns dos objetivos específicos foram comuns a todos os contextos de estágio. A partir do primeiro objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

### **3.1. Promover a vinculação do RN**

A vinculação é definida como o processo em que se estabelece uma relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o RN e que se desenvolve no contacto de preferência o mais precoce possível após o nascimento. A vinculação está relacionada com a idade da mãe, a sua condição socioeconómica, educacional e familiar, assim como, as condições relativas ao parto e amamentação (Hockenberry e Wilson 2014). A vinculação é um fator facilitador na aquisição de competências parentais, que em alguns contextos, como o de prematuridade pode estar fragilizada ou condicionada.

O vínculo entre pais/filho tem início no período pré-natal, e torna-se mais firme e mais efetivo após o nascimento, sendo esta fase determinante para que este processo de vinculação seja eficaz e de sucesso (Brum e Shermann, 2004; Rodrigues e Tronchin, 1996). O ambiente tecnológico e sofisticado de uma neonatologia ou de uma unidade de cuidados intensivos pode intimidar os pais, acentuando o sentimento de incompetência para o desenvolvimento da função protetora e cuidadora prejudicando o processo de vinculação.

Ferreira e Costa (2004) referem que o enfermeiro é o cuidador mais próximo do RN e por isso o elemento promotor da aproximação e interação pais/RN, envolvendo-os nos cuidados ao seu filho, para que possam continuar o processo de vinculação.

Sabe-se que o RN beneficia significativamente, no seu desenvolvimento físico, psicológico, motor, social e afetivo, da oportunidade de ter um contacto

humano estimulante, como a voz, o toque agradável, a massagem, entre outros (Hockenberry e Wilson, 2014). Callista Roy refere como comportamentos expressivos, o abraçar e segurar o bebê, e como comportamentos instrumentais o Cuidar das necessidades físicas do RN, em que avaliação dos mesmos fornece uma indicação da adaptação social relativa à função na vida real (Roy e Andrews, 2001).

Na neonatologia tive oportunidade de prestar cuidados a RN/pais e pondo em prática os conhecimentos adquiridos relativos à adaptação. Isto no sentido de ajudar os pais a adaptarem-se ao seu novo papel, identificando o nível de adaptação, as capacidades de resistência, as dificuldades e as intervenções necessárias para a promover. Desta forma, procurei que a integridade do RN fosse mantida, como defendem Roy e Andrews (2001).

Na prestação de cuidados acolhi os pais na unidade de neonatologia, promovi um ambiente afetuoso, proporcionei o contato precoce e o envolvimento dos mesmos nos cuidados ao filho - banho, massagem, amamentação, tocar, conversar, cantar, mudança da fralda e método canguru, reforçando sempre os aspetos positivos da sua participação. Além disso, esclareci as dúvidas, transmiti a informação/formação adequada acerca das competências do RN, aspetos fundamentais ao processo vincutivo (Camarneiro et al, 2009). Avaliei os comportamentos vincutivos, identificando as respostas dos pais no atendimento das necessidades do RN. Se as mesmas eram atendidas de modo caloroso, sensível e fiável, se reagiam às manifestações do RN, se estavam disponíveis física e emocionalmente e se tinham prazer na interação com o filho, como preconiza a Direção Geral de Saúde (DGS, 2005).

O contacto dos pais com o RN deve ser promovido através de uma parceria de cuidados, reconhecendo que o envolvimento dos pais enquanto parceiros no Cuidar é fulcral no processo de desenvolvimento do RN. É competência do enfermeiro apoiar e esclarecer com informação pertinente e adequada os aspetos globais do RN, sobretudo na prematuridade. Lidar com a prematuridade e com o risco iminente de vida no RN, foi uma experiência vivenciada na neonatologia. Os aspetos emocionais no ato do Cuidar do RN e seus pais foi uma realidade

incontornável. Considerando, os mesmos imprescindíveis para melhorar a prática de enfermagem e para o desenvolvimento de um relacionamento de parceria com os pais, para que se sentiam apoiados, encorajados, seguros e integrados na experiência e assim aprender com ela (Diogo, 2006).

Relembro a prestação de cuidados a um RN prematuro. Através da observação da proximidade da mãe com o filho, como o acalmava, manifestando a sua presença, o prazer sentido pelos pais em dar colo, a preocupação relativamente ao bem-estar do RN, o contato visual e físico durante o banho, a mudança da fralda, a amamentação e a permanência dos pais o mais tempo possível na unidade, posso referir que o tipo de vinculação que se estava a estabelecer era uma vinculação segura. Por outro lado, existiu uma preocupação da equipa de saúde com a vinculação RN/pais, relativamente a um casal que negligenciava as necessidades da sua filha, ausentando-se durante horas do serviço para abuso de substâncias. Esta aparente desvinculação originou a referenciação da situação.

### **3.2. Estabelecer uma parceria de cuidar promotora da parentalidade**

A parentalidade traduz-se pela aquisição de competências cuidativas, contribuindo para o desenvolvimento harmonioso do RN, criança e jovem. Steele e Pollack (1968) citados por Marques e Sá (2004) enumeram dois tipos de competências parentais: cognitivo-afetivas que incluem a atenção, o afeto, a estimulação e a preocupação quanto às necessidades do sono e repouso; e as cognitivo-motoras que incluem as capacidades na área do Cuidar, isto é, alimentação, eliminação, higiene e conforto, temperatura, prevenção de acidentes e vigilância de saúde.

Para uma aquisição eficaz destas competências parentais, o processo de vinculação tem de estar estabelecido ou estar em desenvolvimento, sendo difícil dissociá-los. Martínez, Mara e Fonseca (2007) e Wernet e Ângelo (2007) revelam que os enfermeiros têm uma função fundamental ao nível dos ensinamentos (de onde se destaca a amamentação) e na promoção de cuidados em parceria e centrados na família.

A OE (2013a) refere que é fundamental que o EEESCJ capacite os pais e disponibilize o suporte necessário para dotá-los de competências para a gestão proficiente nos cuidados ao filho, visando a sua autonomia e capacitação o mais precocemente possível.

A amamentação promove a proximidade, o apego e a vinculação, essenciais ao desenvolvimento das competências parentais. Desta forma procurei promover durante a prestação de cuidados na neonatologia, no IP e na prestação de cuidados no Centro Saúde (CS). Realizei várias intervenções no âmbito da promoção do aleitamento materno, através do ensino e treino da técnica para a pega correta, da chamada de atenção para as vantagens do aleitamento materno, da sua extração e conservação, desconfortos mamários, desmistificação de mitos e esclarecimento de dúvidas, e como estratégia não farmacológica durante os procedimentos invasivos. Complementei a informação oral com informação escrita disponível nos referidos serviços.

Contudo, manteve-se o respeito pelas mães cuja opção era não amamentar a criança, quer por motivos culturais ou outros. Segundo Leininger (2002) a cultura é definida como os estilos de vida de um indivíduo ou de um grupo em relação aos valores, às crenças, normas, padrões e práticas. Para a mesma autora a cultura é o legado que os membros de um grupo passam para outro entre as gerações. Como um profissional de saúde vê e compreende a cultura é de particular importância para o Cuidado à criança e família.

Na neonatologia tive oportunidade de conhecer o Manual de Normas de Procedimentos da Unidade Funcional da Neonatologia (2011). Este manual tem como objetivos a melhoria contínua do exercício profissional dos enfermeiros, no cuidar com qualidade, e o desenvolvimento de processos de monitorização dos procedimentos da qualidade dos cuidados de enfermagem ao RN e sua família. Deste manual consta o Guia de Validação das Competências Parentais no que se refere à preparação para a alta, em que são validadas as competências adquiridas pelos pais durante a hospitalização do RN. A preparação para a alta iniciou-se desde o momento da admissão do RN, através - do acolhimento dos pais na

unidade, explicando os procedimentos realizados e estimulando a sua participação nos cuidados, favorecendo assim a vinculação; o ensino, treino e instrução dos cuidados ao RN, supervisionando os cuidados prestados pelos pais; e no momento da alta, reforçando o ensinamentos realizados e o fornecimento das orientações relacionadas com a vigilância de saúde. O planeamento da alta diminui a ansiedade e aumenta a aquisição das competências parentais, tal como refere Marques e Sá (2004) e minimiza o risco de reinternamento. Durante a realização da educação para a saúde e prestação de cuidados foi gratificante ouvir dos pais frases como: “sentimo-nos mais seguros”, “é muito positivo o treinar antes da alta”, “a colaboração da enfermeira deixa-nos mais confiantes”, “aumentaram o nosso sentimento de sermos úteis, de podermos ajudar, o que é muito importante”. Também foi importante reconhecer os conhecimentos que os pais têm do filho e que partilharam com a equipa de saúde.

Na neonatologia e IP promovi a interação com os pais, aliando a expressão de sentimentos com o ensino, treino e instrução de competências parentais. Estes ensinamentos surgiam mediante a deteção de uma necessidade de informação, constituindo rapidamente focos de intervenção. Assim, em contexto de hospitalização e no sentido de potencializar as competências parentais, estabeleci inicialmente um plano de cuidados que me permitiu assumir o papel principal de enfermeiro cuidador e, seguidamente, através de participação guiada, supervisionar os cuidados prestados pelos pais no sentido da sua capacitação e aquisição de responsabilidades, como aconselha Algarvio et al (2008). Como por exemplo a administração da alimentação entérica ao RN prematuro.

No CS o EEESCJ desempenha um papel fundamental no que respeita ao auxílio prestado aos pais na fase de adaptação ao papel parental, indo de encontro às suas necessidades de aprendizagem/informação, dotando-os de competências para cuidar do seu filho. Neste local de estágio tive oportunidade de realizar duas consultas a uma mesma criança e família. Foi notória a diferença da primeira para a segunda consulta, pois nesta última os pais demonstravam mais autonomia nos cuidados e estavam mais recetivos aos ensinamentos sobre as etapas do desenvolvimento infantil - desenvolvimento psicomotor, amamentação, cólica abdominal, prevenção

de acidentes e brincar. Procurei estabelecer uma relação terapêutica ciente de que esta é a base essencial para promover um cuidado de enfermagem de excelência, promovendo também a parceria com o cuidador, tendo como princípio o respeito pela sua dignidade, autonomia e capacidades, competências essenciais ao EEESCJ. Este profissional deve promover a maximização da saúde da criança paralelamente à adequação da parentalidade à situação, mobilizando para tal, recursos de apoio à criança/jovem e família mediante as necessidades manifestadas (OE, 2010b).

### **3.3. Reconhecer situações de instabilidade e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados**

Na neonatologia, IP, UP e UCIP prestei cuidados de enfermagem diferenciados ao RN, à criança e jovem gravemente doente.

As experiências vivenciadas e os saberes adquiridos e/ou aprofundados e a sua partilha com os enfermeiros especialistas ou peritos na área, tiveram como objectivo, a aprendizagem. Reconhecendo que esta adquire-se num processo contínuo e em constante evolução. Com a realização das atividades, que a seguir explicito, pretendi reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados através – “do rigor técnico e científico na implementação das intervenções, pela mobilização dos conhecimentos e habilidades necessários para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta antecipatória e pela mobilização de conhecimentos e habilidades em suporte básico e avançado de vida pediátrico” (OE, 2013a, p.12).

Devido às diferenças anatómicas, fisiológicas e patológicas do RN, latente e criança as causas de paragem-cardiorrespiratória são diferentes da dos adultos. Perante a especificidade de reconhecer as situações de instabilidade e risco de morte para cada faixa etária foi importante a observação e posteriormente o treino na triagem. A triagem na UP é o primeiro contato da criança e família com a equipa de enfermagem. A triagem é realizada por enfermeiros e em que o tempo despendido é aproximadamente de três minutos para ser realizada (Patel et al, 2008). Este autor refere que o enfermeiro que está a fazer a triagem deve obter a

história do incidente que levou a criança a recorrer ao serviço de urgência, realizar as intervenções imediatas, orientar os pais e em função desta colheita de dados é então atribuída uma prioridade.

A correta identificação das situações urgentes foi determinante para a qualidade dos cuidados prestados ao utente pediátrico, sendo necessário uma rápida e eficiente capacidade de avaliação numa situação de urgência. As situações de doença mais frequentes no período de estágio na UP foram a dificuldade respiratória, vômitos incoercíveis, desidratação, traumatismo e fraturas e agudização de doença crónica. Durante o meu estágio na UP tive a oportunidade de participar na prestação de cuidados a uma criança de 9 anos que tinha recorrido a este serviço na sequência de uma queda na escola, da qual resultou um traumatismo crânio encefálico grave. Neste caso concreto os cuidados de enfermagem prestados à criança e família foram abrangentes e complexos, uma vez que requerem a adequada execução de técnicas, o domínio dos conhecimentos relacionados com as patologias e a capacidade de atender às necessidades físicas e psicológicas do utente pediátrico e família.

Nas diferentes unidades de prestação de cuidados foi sempre incentivada a presença da pessoa significativa, integrando e explicando todos os procedimentos que se iriam realizar, salientando a importância da presença da figura de referência para a criança/jovem quando o adulto e/ou o jovem concordavam.

A gravidade da doença, a realização de procedimentos invasivos frequentes, dolorosos e o ambiente assustador são condições impossíveis de ser eliminadas quando existem situações de instabilidade e risco de morte, o que pode afetar o estado emocional da criança e família (Barros, 2003). Por isso, além das competências técnicas ou dos conhecimentos clínicos, o enfermeiro deve valorizar as competências relacionais, sobretudo na gestão das emoções da criança e da família que vivem uma situação complexa de doença. Os cuidados de enfermagem têm então que ter como foco as experiências emocionais, as estratégias de conforto e modos de ajuda na gestão do estado emocional da criança e família (Pereira et al, 2010). A família é um elemento fundamental no processo de Cuidar, quer como alvo

de cuidados porque estão em sofrimento, mas também porque existe uma influência dos seus sentimentos e sobre a criança (Jorge, 2004). É também, necessário evitar que os pais vivenciem uma situação de desorganização e depressão resultantes do sentimento de abandono de desresponsabilização dos filhos (Ibid).

Em situações de doença grave, a informação a transmitir deve assumir outros contornos. Não é só o conteúdo da informação mas o modo como é comunicada e o momento certo de a receber que transformam a partilha de informação num fator promotor de esperança (Magão e Leal, 2001). É fundamental que o enfermeiro mobilize atitudes, tais como, dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer o cliente e ajudar a resolver os seus problemas (Smith, 1992 citado por Diogo, 2012).

No IP foram prestados cuidados a um RN de 1 mês internado por engasgamento. Na abordagem aos pais, os mesmos manifestaram a sua através da frase “não tínhamos receio em realizar qualquer cuidado ao nosso bebé, mas agora sentimo-nos inseguros em casa com estes sucessivos engasgamentos”. No sentido de reforçar a autonomia e competência e diminuir o medo dos pais sustentei-me no curso de reanimação neonatal e pediátrico realizado e nas Guidelines for Resuscitation (2010), isto é, no ensino, treino e instrução das manobras de desobstrução das vias aéreas em caso de engasgamento (European Resuscitation Council, 2010). O que está em conformidade com o que é preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que refere que o EEESCJ distingue-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a Cuidar da criança/jovem em situação de doença, quando a família não possua as competências e/ou capacidades para um resultado eficaz (OE, 2013a).

No modo de função de papel (papel de transição eficaz) foi possível verificar que ao longo da hospitalização do RN, a maioria dos pais conseguiu apreender comportamentos adaptáveis relativos ao papel. Os estímulos contextuais associados a este diagnóstico de transição efetiva de papel foram o nível de conhecimento adquirido pelos pais, a recompensa pelo comportamento adaptável, através das manifestações clínicas da saúde do RN, a presença e a eficácia do sistema de

apoio, nesta situação concreta os avós, pois são também cuidadores do RN (Roy e Andrews, 2001).

### **3.4. Aplicar medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor**

O controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação dos cuidados de saúde, indispensável na humanização dos serviços de saúde (Batalha, 2010). É de salientar o que diz a Carta da Criança Hospitalizada (1988) sobre a dor e os procedimentos invasivos no artigo 4º. A relação privilegiada que o enfermeiro tem, no contato com a criança e família, acarreta uma responsabilidade acrescida na promoção e manutenção do seu bem-estar.

Batalha (2010) refere que as fontes de dor mais comuns num serviço de internamento em pediatria são: a presença de objetos (drenos, sondas e/ou máscaras), realização de pensos, aspiração de secreções, punções venosas, cinesiterapia e intervenções cirúrgicas.

Nas diferentes unidades de realização de estágio, pretendi a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN, criança/jovem aplicando conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual. Pois ao cuidar a criança com dor, o enfermeiro adota uma intervenção farmacológica e/ou não farmacológica adequada ao gosto da criança e a cada fase do desenvolvimento infantil (Mota, 2011). As intervenções não-farmacológicas e farmacológicas permitem com eficácia e segurança, reduzir a dor e a ansiedade causadas pela generalidade dos procedimentos invasivos nas crianças (DGS, 2012).

Na UP, na neonatologia e no IP tive preocupações acrescidas pela aplicação de medidas de avaliação e intervenção de enfermagem ao RN, à criança e jovem com dor, seguindo a norma geral criada e divulgada na unidade hospitalar. Os objetivos são a melhoria da qualidade dos cuidados prestados através do alívio da dor provocada por tratamentos ou procedimentos potencialmente dolorosos, através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas (Centro Hospitalar (CH), 2013). A intervenção não farmacológica mais utilizada nas diferentes unidades onde estagiei é a analgesia transmucosa e transdérmica. Mas outras medidas foram promovidas como a sucção não nutritiva, a contenção e o posicionamento do RN, a

amamentação, a presença dos pais e a brincadeira terapêutica, foram medidas utilizadas durante os procedimentos invasivos dolorosos (Batalha, 2010) e em relação às quais desenvolvi mais competências. Relativamente aos procedimentos dolorosos a adolescentes as estratégias mais utilizadas foram a analgesia transdérmica, as intervenções sensoriais e cognitivas-comportamentais, como a distração, a preparação, a imaginação guiada e o relaxamento muscular e os exercícios respiratórios, como recomendam a DGS (2012) e Batalha (2010). Estas práticas foram, assim, necessariamente adaptadas ao procedimento realizado, à idade da criança, ao seu grau de participação e à sua preferência, ao peso e à dose a administrar (no caso do analgesia transmucosa e transdérmica).

A eficácia no controlo da dor requer que a mesma seja alvo de uma medição continua através do recurso a métodos e instrumentos de avaliação (Batalha, 2010). Neste sentido, utilizei os diferentes instrumentos de avaliação e registo da dor de cada unidade (CH, 2009).

No IP duas vezes por semana são internadas crianças/jovens em regime de ambulatório para realização de cirurgia de otorrinolaringologia. No dia anterior à cirurgia os pais e criança/jovem têm consulta de anestesia, mas a mesma só é realizada pela médica anestesista. Posteriormente deslocam-se ao IP onde são recebidos pela enfermeira para a consulta de enfermagem. Tive a oportunidade de participar, como observadora participante, em várias consultas de enfermagem. As explicações sobre os procedimentos foram realizadas de forma compreensível e de acordo com o desenvolvimento da criança, de modo a prevenir o medo em relação aos procedimentos. No final da apresentação foram esclarecidas as dúvidas e entregue o folheto informativo “Guia para crianças/jovens submetidas a cirurgia em regime de ambulatório”.

Como a compreensão da dor se modifica nas diferentes fases do desenvolvimento da criança, é fundamental que se considerem essas mudanças, o que, por sua vez, inclui dar informações adequadas à criança/jovem e família acerca da dor ou dos procedimentos invasivos (Silva et al, 2007). Refiro por exemplo uma criança de 7 anos internada para realização de cirurgia. Numa experiência anterior

de hospitalização tinha sido realizado a punção venosa periférica sem a utilização de nenhuma medida farmacológica e/ou não farmacológica, depois de lhe ter explicado o que iria acontecer e para que servia a pomada anestésica, colaborou e referiu no final “mãe, afinal não doeu nada”. Evidencio nesta situação a técnica utilizada, a preparação da criança para o procedimento, que foi adequada à idade e ao desenvolvimento cognitivo e a medida farmacológica (a analgesia transdérmica), ambas utilizadas com aceitação por parte da criança e pais.

Batalha (2010) designa um conjunto de princípios que o enfermeiro deve considerar quando cuida da criança com dor: escutar e acreditar nas crianças, ter a criança e a sua família como parceiros nos cuidados, centrar os cuidados na família, prestar cuidados individualizados e holísticos, colaborar com outros profissionais de saúde com formação e organizar o contexto de trabalho para um tratamento eficaz.

Os momentos de realização de procedimentos invasivos dolorosos foram momentos de emocionalidade tanto mim, como para os pais e crianças, o que implicou uma atitude reflexiva sobre a individualização da prática. Ciente que as necessidades emocionais são tão emergentes, senão mais, que as necessidades físicas das crianças, as estratégias foram pensadas pela sua importância na redução dos efeitos psicológicos dos procedimentos invasivos e consequentemente da hospitalização. Considerando a filosofia dos cuidados em pediatria, as atividades realizadas atenderam a criança e família como um todo e foram de acordo com as suas necessidades emocionais, físicas, sociais e espirituais (Glasper e Haggarty, 2006).

Nas intervenções realizadas foi utilizado o brincar, a fantasia, o riso, e outras técnicas de distração, como a música, a pintura e o desenho (Cintra, Silva e Ribeiro, 2006; Hockenberry e Wilson, 2014; Lima et al, 2009; Silva et al, 2007). O brincar deve ser utilizado sempre que a criança tiver dificuldade em compreender ou lidar com uma experiência difícil, ou quando necessitar de ser preparada para procedimentos invasivos e/ou dolorosos (Ribeiro, Sabatés e Ribeiro, 2001). Dando como exemplo, na UCIP prestei cuidados a uma criança de 9 anos, que pelo seu diagnóstico, necessitava de ser sedada, mas em momentos de lucidez gostava de

distrações como a massagem ou a visualização de desenhos animados. Os efeitos positivos destas intervenções foram verificados pela comunicação verbal e pela normalização dos parâmetros vitais.

Na UCSP tive a oportunidade de observar-participar na preparação das crianças para a vacinação. A necessidade de intervir ao nível do meio ambiente surgiu da constatação da existência de uma sala de vacinação com as paredes totalmente brancas e sem brinquedos disponíveis para as crianças, o que conferia ao local um ar desconfortável. Segundo Fernandes (2000) é importante para as crianças que a decoração seja feita com tons alegres e, se possível, com desenhos e material feito por elas, assim como a existência de uma sala de jogos que possa ser utilizada por todas as crianças.

Desta forma, para tornar a sala da vacinação mais acolhedora e com recurso a uma estratégia de distração, decorei as paredes e fixei, na parede em frente à marquesa, um arco-íris colorido com várias crianças à sua volta (apêndice III). Com a ajuda deste arco-íris a criança em idade pré-escolar e idade escolar pode contar enquanto é vacinada, proporcionando assim a sua distração.

Também no âmbito da vacinação, pude constatar que não era utilizada nenhuma medida para alívio da dor enquanto realizam este procedimento. Perante esta evidência organizei uma caixa com brinquedos para as diferentes faixas etárias com o nome de “Caixa Mágica” (apêndice IV), que inclui vários brinquedos adequados a diferentes idades, capazes de proporcionar o relaxamento e diminuir a ansiedade na criança durante os procedimentos invasivos dolorosos. A “Caixa Mágica” ficou colocada junto à marquesa onde é realizada a vacinação.

Organizei um dossier de consulta rápida (apêndice V), com o título “Manual de utilização da Caixa Mágica”, que teve como objetivo sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do uso da brincadeira no desenvolvimento da criança e durante os procedimentos invasivos dolorosos.

A realização do procedimento doloroso recorrendo ao brinquedo terapêutico permitiu a distração da criança e favoreceu a sua colaboração e comunicação com o

profissional de saúde, possibilitando um maior autocontrolo sobre a situação. O que aparentemente influenciou a redução da dor no momento da vacinação.

Ao Cuidar da criança o EEESCJ reconhece as suas reações à dor, quer sejam comportamentais, fisiológicas ou emocionais. Quando as crianças melhoram as capacidades linguísticas e cognitivas, modificam a sua capacidade de expressar a dor. Logo, promover uma adequada adaptação a uma situação adversa é a essência do Cuidar. A utilização do brincar ou dos brinquedos foi uma via privilegiada ao processo de comunicação entre enfermeiro, criança/jovem e família. Segundo Mota (2011) para que se proporcione um meio ambiente favorável às crianças, sempre que possível, devem ser utilizados brinquedos, técnicas e atividades, podendo assim reduzir a dor e a ansiedade durante os procedimentos invasivos dolorosos. Cabe ao enfermeiro promover um ambiente que proporcione o mínimo de sofrimento, ansiedade e medo, pois são aspetos desfavoráveis à adaptação da criança e família (Roy e Andrews, 2001).

A utilização da “Caixa Mágica” na sala de vacinação permitiu o envolvimento dos pais no Cuidar e a maioria valorizou a utilização destes brinquedos. Referiram que os filhos na vacinação em meses anteriores foram imobilizados, choraram e quando entraram na sala de vacinação demonstraram muito medo do meio ambiente e dos profissionais de saúde. Para que as medidas não farmacológicas e farmacológicas sejam eficazes é importante que os pais compreendam, aceitem e percebam a importância destas estratégias, o que torna a informação a fornecer aos pais, pelos enfermeiros, uma estratégia de parceria de cuidados, permitindo assim um alívio mais concreto e eficaz da dor (Batalha, 2010).

Os saberes adquiridos com o desenvolvimento destas atividades deram-me fundamentação para desenvolver habilidades e capacidades para intervir de forma a fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas e assim minimizar a dor e o stresse na criança quando sujeita a procedimentos potencialmente traumáticos, permitindo o desenvolvimento de competências no domínio cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (OE, 2010b).

### **3.5. Promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica**

A doença crónica impõe modificações na vida da criança/jovem e família, sejam elas motivadas pelas limitações físicas, sintomatologia ou hospitalizações frequentes, exigindo as necessárias readaptações à doença. Esse processo depende da complexidade e gravidade da doença, da fase de desenvolvimento em que se encontram e das estruturas disponíveis para satisfazer as suas necessidades e readquirir o equilíbrio (Vieira e Lima, 2002). Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na adaptação ao processo de doença-saúde, pois preparam a criança/jovem e família para o regresso a casa e deste modo garantem a continuidade de cuidados. No IP prestei cuidados de enfermagem holísticos e individualizados tendo em conta a singularidade de cada pessoa, com as suas particularidades, num contexto variável, sem esquecer a influência cultural e ética.

No IP prestei cuidados de enfermagem a uma criança de 4 anos com o diagnóstico de paralisia cerebral e sua família. A criança tem tido sucessivas hospitalizações por convulsões e aspiração de alimentos. Para evitar complicações e novas hospitalizações foi necessário colocar sonda para alimentação/hidratação entérica. O ensino, treino e instrução da mãe e funcionárias da instituição (que a criança frequenta durante o dia) teve como objetivo favorecer aprendizagem e desenvolvimento das competências. O EEESCJ desempenha um papel ativo na adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, no planeamento da alta de acordo com as necessidades dos mesmos, de acordo com os recursos disponíveis e de acordo com o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade de suporte à criança/jovem com necessidades de cuidados (OE, 2013a).

A diabetes tipo 1 foi a patologia crónica mais comum das crianças internadas no IP, enquanto decorreu o estágio. Barros (2003) refere que a existência da doença crónica pode implicar um risco para o desenvolvimento e para a adaptação, principalmente quando a doença requer hospitalizações frequentes, maior vigilância e sobre proteção por parte dos pais.

Durante a prestação de cuidados à criança/jovem com diabetes tipo 1 pretendi desenvolver e adequar as competências técnicas e cognitivas direcionadas

para a intervenção na educação para a saúde desde a admissão até ao momento da alta e respetivo encaminhamento.

Pesquisei informações atualizadas sobre a patologia, esclareci dúvidas com os enfermeiros peritos na área da diabetes e estive presente na Consulta de Diabetes como observadora-participante. Pretendi com as aprendizagens conseguidas a realização do ensino, treino e instrução à criança/jovem e família sobre autovigilância, técnica de administração de insulina, complicações da gestão ineficaz do regime terapêutico, sobre hábitos alimentares, exercício físico e dias de doença. Além disso, promovi a relação com crianças/jovens e famílias, adequei o suporte familiar e comunitário e demonstrei na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. Incentivei o envolvimento da família na Consulta de Diabetes, Consulta de Grupo, participação nas atividades realizadas pelo Grupo da Diabetes (da Instituição) e nas sessões de ensino em grupo de acordo com a faixa etária.

O enfermeiro deve individualizar o programa de ensino à criança/jovem e família, tendo em conta os tempos de aprendizagem, a idade da criança, a situação sócio familiar, cultural e económica e o estado clínico (CH, 2012). Neste sentido, através da parceria de cuidados com a criança/jovem e família pretendi promover um autocontrolo eficaz da doença, ajudando-os a adquirir a autonomia e a responsabilização indispensável à aceitação da doença. Considerando que a realização do ensino, treino e instrução e aquisição de competências pressupõe uma coresponsabilidade nas tarefas terapêuticas entre criança/jovem e família.

A OE (2011b) refere que é necessário transferir para a criança/jovem e família conhecimentos e habilidades sobre o regime terapêutico e alimentar. Roy e Andrews (2001) evidenciam que o nível de conhecimento da pessoa no que diz respeito à nutrição e à dieta que promovam a sua saúde constitui um importante estímulo.

Um dos adolescentes a quem prestei cuidados de enfermagem verbalizou ansiedade em administrar a insulina na escola, pela necessária exposição do corpo. Segundo Roy e Andrews (2001) os problemas de adaptação na área do modo de autoconceito e mais especificamente do eu físico interferem na capacidade do

adolescente para o tratamento. Segundo os mesmos autores é fundamental que os enfermeiros compreendem e auxiliam o adolescente no sentido da adaptação eficaz no modo de autoconceito. Uma das informações que se proporcionou ao adolescente foi que a administração da insulina se tornará uma ação tão rotineira como qualquer outra atividade do quotidiano e que a desmistificação da exposição do corpo será facilitada quando a escola fizer parte do programa terapêutico.

O objetivo de levar o adolescente a expressar o sentimento de competência e de capacidade poderá ser conseguido fornecendo-lhes as ferramentas necessárias, instruções e processos de aprendizagem necessários para que domine a capacidade de administrar a insulina (Roy e Andrews, 2001).

Almeida (2003) relembra que a existência de uma patologia crónica na adolescência é algo único e particular, pois para além do adolescente experimentar as mesmas mudanças biológicas e impulsos que os outros adolescentes, também experiencia as consequências e implicações de uma doença crónica, num momento em que ser igual ao grupo é fundamental. A não adaptação à situação de doença leva muitas vezes ao mau controlo metabólico e má adesão à terapêutica e consequentemente a complicações a longo prazo, entre outras, perturbações do sistema cardiovascular, renal e visual.

### **3.6. Promover o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem**

Para cumprir estes objetivos e consciente de que o desenvolvimento de capacidades e habilidades para adquirir as competências provêm de um conhecimento teórico, sustentei-me num conjunto de documentos de referência na área do desenvolvimento infantil. Segundo Hockenberry e Wilson (2014) o desenvolvimento é um processo dinâmico, complexo e multidimensional. O qual depende de fatores culturais, socioeconómicos, educacionais e consoante o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra. No entanto apesar de seguirem padrões universais são únicos para cada criança (Ibid). Pelo que, ao avaliar o desenvolvimento não só nos baseamos nas teorias do desenvolvimento como avaliamos o RN, criança/jovem com as suas características individuais e únicas.

Em todos os locais de estágio pretendi promover o crescimento e o desenvolvimento infantil, tal como é preconizado pela OE (2010b). Ao enfermeiro é exigido um papel de cuidador e de educador, reconhecendo que a hospitalização de uma criança oferece oportunidade para desenvolver medidas de promoção da saúde, indispensável a um pleno crescimento e desenvolvimento infantil (Mendes e Martins, 2012). Ferland (2006) refere que qualquer brincadeira age sobre todas as esferas do desenvolvimento infantil como uma vitamina poderosa, pois quanto mais brinca, mais hábil a criança se torna e quanto mais hábil se torna, maior é a sua vontade de brincar. Foi por isso muito agradável transmitir aos pais a importância e a excelência do brincar. Salientei a importância do brincar como uma via privilegiada para estabelecer uma interação rica entre os pais e os filhos, mas também se evidenciou a segurança na escolha dos brinquedos, conforme está descrito na Diretiva 2009/48/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 18 de Junho de 2009.

Na UCSP participei como observadora-participante e executante sob supervisão nas consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil, desde o RN até ao adolescente. As consultas são realizadas nas idades-chave preconizadas pelo Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013), nas quais foi efetuada a avaliação do desenvolvimento infantil com base na escala de Mary Sheridan, a avaliação dos sinais de alerta do desenvolvimento de acordo com cada faixa etária e o registo dos parâmetros de crescimento no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ). Durante a realização das mesmas tive oportunidade de esclarecer as dúvidas e preocupações dos pais, crianças e jovens e enfatizei os temas relacionadas com a saúde e o desenvolvimento da criança, o que me permitiu estabelecer uma relação terapêutica com todos os intervenientes.

Tendo por base o PNSIJ (DGS, 2013) dei relevância à promoção dos comportamentos alimentares saudáveis, à prática regular de exercício físico, à prevenção de consumos nocivos e de medidas contraceptivas, encaminhamento de adolescentes para o planeamento familiar, adoção de medidas de segurança como o uso de cadeiras de segurança apropriadas a cada idade e encaminhamento das crianças em idade escolar para a higienista oral do CS.

A participação nas atividades referentes à educação para a saúde permitiu-me diagnosticar e intervir precocemente nas doenças comuns e nas situações de risco que podem afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem e família. Além disso, negocieei a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar, identificando quais os conhecimentos, hábitos de vida e o seu projeto de saúde.

Realizei consultas a adolescentes dos 16 aos 18 anos. Os adolescentes recorreram à consulta sem a presença de familiares. Os motivos das consultas relacionaram-se com a saúde e sexualidade. Na primeira consulta, muito devido à minha ansiedade, não consegui transmitir todos os meus conhecimentos teóricos ao adolescente. Tendo em conta as minhas dificuldades nessa consulta procurei clarificar alguns conhecimentos teóricos e esclarecer dúvidas com a enfermeira especialista responsável pela consulta de saúde do adolescente. A segunda consulta já correu significativamente melhor. Neste sentido, procurei promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. Na abordagem ao adolescente devem ser utilizadas estratégias de comunicação, como ser empático, assertivo, saber estar, saber ouvir, numa fase do desenvolvimento em que surgem mudanças, situações novas, alterações próprias, que requerem conhecimento, compreensão e motivação (OE, 2010c).

Na UCSP o enfermeiro é responsável pela gestão dos cuidados por si prestados, ou seja, desde a consulta (marcação, duração), à execução de tratamentos, aos cuidados domiciliários e quando necessário a articulação com outros elementos da equipa de saúde, pelo que conjuntamente com a equipa pretendi dar resposta à competência de EE do domínio da gestão dos cuidados (OE, 2010a).

A comunicação é uma competência essencial no desempenho dos enfermeiros, transmitindo-se de forma consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes (Phaneuf 2005; Teixeira, Braga e Esteves, 2004). Um dos instrumentos mais significativo na prestação de cuidados foi a comunicação. Na

minha interação com a criança, jovem e família procurei comunicar de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, tendo necessidade de adotar estratégias de comunicação adequadas ao desenvolvimento infantil e crenças culturais. Considerei, também, as especificidades do desenvolvimento da criança e as experiências que estão a vivenciar, tal como demonstrar interesse por algo da criança (como um brinquedo), que muitas vezes foi o ponto de partida para o início da comunicação (Pereira et al 2010).

A partir do segundo objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

### **3.7. Identificar as dificuldades de adaptação da criança ao ambiente hospitalar**

A doença e a consequente hospitalização perturbam o bem-estar das crianças, pois originam mudanças nas suas rotinas diárias, sendo influenciadas pelo número limitado de mecanismos que possuem para enfrentar e superar experiências stressantes (Tavares, 2011). Com o objetivo de identificar as principais dificuldades de adaptação da criança ao internamento, baseei-me sobretudo na observação das suas reações durante a realização de atividades e procedimentos, como administração da terapêutica, realização de procedimentos invasivos e atividades relacionadas com o brincar. O Modelo de Adaptação de Roy refere que a avaliação dos comportamentos da criança e dos estímulos presentes numa dada situação é realizada através da observação, medição e entrevista (Roy e Andrews, 2001).

Neste momento de reflexão, dois aspetos podem ser criticados: primeiro a escolha da metodologia, teria sido importante a construção de um instrumento de observação com o objetivo de sistematizar a informação recolhida ao longo do estágio e em segundo até que ponto, o número de experiências proporcionadas no IP foi suficiente para identificar as dificuldades de adaptação da criança à hospitalização. Fortin (2003) relembra que as dimensões das capacidades e habilidades precisam de algum treino, pelo que as mesmas devem ser realizadas de forma sistemática e em número suficiente para serem validades como experiência.

Tendo em conta o que foi referido, mas refletindo nas experiências vivenciadas na prática de cuidados, creio que as mesmas foram suficientes para

atingir o objetivo a que me propus. Considerando a bibliografia de referência sobre a temática, os principais fatores de stresse na criança hospitalizada e que dificultam a adaptação da criança ao ambiente hospitalar são: a separação dos pais ou outro significativo; a perda de controlo e autonomia; e a lesão corporal que resulta em desconforto, dor e mutilação (Hockenberry e Wilson, 2014).

A compreensão da criança modifica-se nas diferentes fases do seu desenvolvimento, o que torna imprescindível considerar essas mudanças. Além deste estímulo, são considerados outros estímulos presentes numa situação de doença e hospitalização da criança - a cultura, a família, a eficácia cognitiva e as considerações ambientais (Roy e Andrews, 2001).

O primeiro mês de vida da criança é considerado o mais crítico, devido aos ajustes físicos do RN ao ajuste psicológico dos pais. Neste período do desenvolvimento, os lactentes estão a desenvolver o atributo mais importante de uma personalidade saudável, a confiança. Para evitar a perda de controlo no latente é importante que se mantenham as rotinas familiares. No que se refere à dor, o lactente apresenta uma reação generalizada à dor, oferecendo resistência e pouca colaboração, onde a distração muitas vezes pode não ter os resultados esperados. O principal fator de stresse a partir dos 6 meses e até à idade pré-escolar é a ansiedade da separação. Se esta for evitada, os lactentes demonstram uma enorme capacidade para suportar qualquer tipo de stresse (Hockenberry e Wilson, 2014).

No *toddler* existem respostas comportamentais comuns face às três fases da ansiedade da separação, a do protesto, a do desespero e a do desapego. Nesta idade, a perda de controlo resulta das alterações do seu quotidiano a que a criança está habituada podendo mesmo regredir no desenvolvimento. Por isso, a equipa de saúde deve incentivar a manutenção das rotinas que tem no seu ambiente familiar, a presença dos brinquedos favoritos e o uso das suas roupas no hospital, tornando o ambiente mais personalizado e familiar. As respostas à dor são idênticas às que se observam na fase de lactente (Hockenberry e Wilson, 2014).

As crianças em idade pré-escolar são mais seguras nos relacionamentos com a equipa de saúde. A ansiedade da separação é normalmente demonstrada através

da recusa alimentar, na dificuldade em adormecer ou ao chamarem pelos pais. A perda de controlo resulta também das alterações das suas atividades do dia-a-dia, podendo ocorrer regressão e negativismo (Hockenberry e Wilson, 2014).

Na idade escolar as crianças apresentam mais capacidade para enfrentar a separação dos pais. A necessidade de segurança, orientação e apoio dos pais é importante, mas nesta fase do desenvolvimento tendem a agir “como adultos” e por isso não procuram ajuda diretamente, por medo de parecerem infantis ou dependentes (Hockenberry e Wilson, 2014). Na perda de controlo, estas crianças estão demasiado vulneráveis à doença e ao ambiente hospitalar, pois interrompem as suas atividades do dia-a-dia (Ibid). Os procedimentos invasivos, como a injeção, é a experiência hospitalar que mais medo provoca nas crianças, principalmente na idade pré-escolar e escolar, pois estão relacionados com a invasão/lesão corporal, e consequentemente com a dor. De forma, a ultrapassar este receio das crianças, é importante que se mostre compreensão, desmistifique o problema, que se informe corretamente, que se encoraje a enfrentar gradualmente o problema e por fim que se felicite a criança pelo sucesso conseguido (Hockenberry e Wilson, 2014; Tavares, 2011).

Na adolescência o principal fator de stresse causado pela doença e pela hospitalização é a perda de controlo, a nível da identidade, do medo de uma imagem corporal alterada e a separação, principalmente do seu grupo de amigos. A separação relativamente aos pais pode até ser um acontecimento apreciado, já que é nesta fase que procuram independência, ao contrário da separação do grupo de amigos (Hockenberry e Wilson, 2014).

### **3.8. Promover a adaptação da criança ao ambiente hospitalar, através do brincar**

Cohen et al (2002, p. 746) consideram que “os profissionais de saúde têm o duplo desafio de fornecer o tratamento necessário e também prevenir qualquer desconforto desnecessário”, o que está em coerência com o principal objetivo dos cuidados não traumáticos. Lima et al (2009) acrescentam que algumas estratégias podem ser implementadas como a presença da família, o fornecimento de informações sobre a doença e o tratamento, o respeito pelas características do desenvolvimento da criança, um ambiente acolhedor e o brincar. Um ambiente afetuoso e humanizado no internamento de pediatria, contribui em grande parte para o sucesso da relação estabelecida entre a equipa multidisciplinar e a criança/jovem e família, assim como o sucesso terapêutico, podendo levar a uma redução nos dias de internamento (Jorge, 2004). Pode-se assim fazer a associação entre o brincar e o afeto, fazendo do brincar um espaço de afeto e emoção para profissionais de saúde, para os pais e sobretudo para as crianças/jovens.

Segundo Roy e Andrews (2001) o enfermeiro deverá ser capaz de identificar o nível de adaptação e as capacidades de resistência, identificar dificuldades e intervir para promover a adaptação da criança. Considera-se que cabe ao EEESCJ procurar constantemente uma relação empática com a criança, facilitar a comunicação de emoções e realizar atividades que minimizem o impacto dos fatores de stresse relacionados com a experiência da doença e hospitalização (Alves, 2012).

O brincar foi utilizado nos cuidados de enfermagem como forma de recreação, (brincadeira normativa) em que a criança conduziu o brincar de acordo com as suas necessidades, preferências e muitas vezes com o incentivo do enfermeiro, oferecendo-lhe brinquedos ou permitindo a sua presença na sala de atividades. Por sua vez, algumas das atividades de brincar desenvolvidas foram dirigidas para determinado fim, como a promoção de expressão de sentimentos ou a preparação da criança para os procedimentos. É igualmente importante lembrar que o brinquedo é um instrumento que possibilita ao enfermeiro recolher informações

acerca dos conceitos da criança relativamente à sua doença e hospitalização, com o objetivo de planear o cuidado de enfermagem (Huerta, 1990).

Na prática de cuidados à criança existem fatores que contribuem e induzem a mobilização do brincar - situações potencialmente perturbadoras para a criança como a realização de um procedimento invasivo e a expressão emocional intensa da mesma, através da expressão de emoções negativas, como preocupação, ansiedade, nervosismo, receio, desconfiança ou desagrado (Pereira et al, 2010).

A primeira hospitalização de uma criança é muitas vezes sinónimo de escassez de conhecimento acerca do serviço, rotinas e procedimentos, o que lhe permite mais facilmente fantasiar com o que não se sabe, pois o medo do conhecido é normalmente menor que o medo do desconhecido (Hockenberry e Wilson, 2014). Por sua vez, as experiências anteriores de hospitalização das crianças poderão suscitar, de forma idêntica, ansiedade relativamente à atual experiência (Tavares, 2011). Possivelmente poderá advir do facto da complexidade das experiências anteriores, resultando talvez em situações mais traumatizantes, relativamente à dor, tempo de internamento e imobilidade (Ibid).

O acolhimento no serviço é o momento ideal para se conhecer a criança e a família, além da evolução da doença, dos hábitos, hospitalizações anteriores, comportamentos da criança, e outros aspetos essenciais do seu dia-a-dia (Tavares, 2011). A mesma autora refere que o acolhimento tem como finalidades apoiar a criança/família a diminuir os sentimentos negativos, bem como dar oportunidade à enfermeira de desmistificar as questões que os preocupam, as dúvidas relativamente à doença e sobre aspetos do funcionamento do serviço e da própria hospitalização. O primeiro contacto com a criança e família foi assim fundamental para a integração e adaptação da criança e família ao IP, tendo em conta a importância que este assume na hospitalização. Algumas das atividades realizadas no primeiro contato diminuíram a ansiedade da criança e dos pais, tais como: a personalização da unidade da criança colocando o seu nome, a permissão de vestir as suas roupas e de ter os seus brinquedos.

No IP organizei e disponibilizei à equipa de saúde um dossier sobre a temática do brincar e que designei de Manual do Brincar Terapêutico para Crianças Hospitalizadas (apêndice VI). O referido manual teve como objetivo principal orientar a utilização de atividades de brincar terapêutico e a utilização do Kit sorriso, no Cuidar em pediatria.

O campo de estágio da UCIP foi justificado pela necessidade de aprofundar os meus conhecimentos teóricos na área do brincar terapêutico e assim desenvolver as atividades realizadas no IP. No campo de estágio da UCIP os enfermeiros desenvolveram competências sobre a utilização do brincar como instrumento terapêutico de enfermagem e enquanto peritos, foram uma mais-valia na minha aprendizagem e aquisição de competências.

O Manual do Brincar Terapêutico para Crianças Hospitalizadas foi organizado da seguinte forma: Introdução; Hospitalização infantil; A importância do brincar; O brincar como um instrumento terapêutico para o enfermeiro; Considerações finais e Referências bibliográficas. Em apêndice estão descritas atividades de brincar terapêutico, que foram utilizadas na abordagem à criança e família e que a seguir explico.

O Kit sorriso, no Cuidar em pediatria é constituído por materiais hospitalares, didáticos e lúdicos, como compressas, ligaduras, máscaras, luvas cirúrgicas, seringas, brinquedos, livros de histórias, boneco modelo, bola anti-stresse e fantoches representativos da família e do enfermeiro. A escolha destes materiais teve como referência o que é descrito na literatura (OE, 2013b). Estes materiais destinam-se à aprendizagem de estratégias para diminuir o medo e a ansiedade da criança e família, associados à hospitalização e à realização de procedimentos. Permitem, também, o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que favorecem o controlo da dor associada aos procedimentos e estimula a cooperação e a criatividade dos vários intervenientes, através do ato de brincar (OE, 2013b). Alguns dos materiais que compõem este Kit foram utilizados nas várias atividades realizadas junto da criança e família.

No acolhimento além de ter facultado o “guia de acolhimento” que está instituído no serviço, entreguei à criança (dos 6 aos 10 anos) com a devida permissão da mesma e dos pais, a Ficha “Sobre mim” e expliquei a sua utilidade - identificar características importantes da criança e quais as formas de distração favoritas. Após preenchimento da mesma recolhi as informações e disponibilizei-as à equipa de enfermagem. Os dados recolhidos permitiram-me perceber que a presença do brinquedo ou jogo favorito é uma “forte ligação” ao ambiente familiar. Foi possibilitada, incentivada e elogiada a presença dos brinquedos durante a hospitalização. As respostas à pergunta “estou aqui porque?” foram em consonância com o desenvolvimento do conceito de doença na criança, por exemplo algumas referiam que estavam no hospital “porque não se sentiam bem” (pensamento pré-operatório), ou “porque brinquei ao frio e fiquei doente” (pensamento concreto).

No Manual do Brincar Terapêutico para Crianças Hospitalizadas estão presentes duas atividades que foram utilizadas durante a realização dos procedimentos: atividade de expressão dos sentimentos, brincar com equipamento hospitalar; e atividade de alívio da tensão, a Torre de Blocos. Estas atividades proporcionaram a expressão de sentimentos e a imitação dos procedimentos.

A primeira atividade foi desenvolvida com as crianças em idade escolar com o diagnóstico de diabetes tipo 1 e nas crianças internadas para a realização de cirurgia de otorrinolaringologia. Através da manipulação do boneco modelo, material hospitalar (seringas, agulhas de insulina), da bola anti-stresse e atividade de conhecimento do corpo (colorir partes do corpo) a criança teve a possibilidade de perceber alguns aspetos acerca da sua patologia, como por exemplo, a explicação do local anatómico de administração de insulina. O que facilitou o ensino, treino e instrução da técnica. O mesmo está de acordo com o que Tavares (2011) refere, as crianças desejam saber para que servem os procedimentos, como irão ser realizados, como concorrem para a sua melhoria e que danos irão causar em si, sendo que a maioria parece menos receosa quando sabe o que esperar. Por outro lado, foi também possível constatar a grande criatividade da criança na transformação de objetos hospitalares em brinquedos, passando assim a ser encarados com outros olhos, não apenas como objetos de desconforto ou dor, mas

também de prazer. Desta forma, sua a manipulação torna os objetos conhecidos e o conhecido traz segurança e a segurança diminui o medo, a ansiedade e a dor (Furtado e Lima, 1999).

Durante a preparação pré-operatória da criança foram explicados alguns dos procedimentos que iam ser realizados - a punção venosa, a avaliação da temperatura corporal e da tensão arterial. Esta explicação foi realizada utilizando uma linguagem simples e objetiva, o que permitiu à criança saber o que deve esperar e como pode participar nos procedimentos. A explicação dos procedimentos num ambiente mais descontraído, em que a criança esteve embebida no seu mundo de brincadeira, teve como objetivo transmitir a informação necessária e criar estratégias na diminuição do medo e no confronto durante a sua realização. Para além, de ter favorecido a relação de confiança com o enfermeiro (Algren, 2006), o que está em consonância com a brincadeira educativa e terapêutica.

A familiarização da criança com o material hospitalar foi uma estratégia terapêutica, na medida em que transportou a utilização destes materiais para os próprios bonecos. Estes bonecos “sofreram pequenas intervenções”. A possibilidade que as crianças tiveram ao brincar com bonecos que lhes possam sugerir o estar em casa, e por isso segurança, foi benéfico para as mesmas, no sentido em que possivelmente esqueceram, nesse período, que se encontravam no hospital. Outro aspeto importante a salientar é o facto de através dos bonecos terem conseguido “transferir” o que se passa com elas, o que encerra o potencial terapêutico de minimizar a ansiedade e o medo do desconhecido perante os procedimentos. Por meio do brincar, parte essencial do processo de crescimento e desenvolvimento infantil, a criança aprendeu a compreender, a lidar e a controlar a realidade na qual está inserida, o ambiente hospitalar. Além de ter favorecido a comunicação e a interação com o enfermeiro, por exemplo, na criança em idade pré-escolar. Pois esta fase é marcada pelo pensamento mágico, onde a brincadeira simbólica encontra o seu auge, estando o seu conteúdo predominantemente relacionado com o quotidiano de vida da criança, e reflete os acontecimentos mais significativos para ela (Hockenberry e Wilson, 2014).

Uma das formas de utilizar o brinquedo terapêutico é através do jogo simbólico, onde a criança experimenta alguns dos procedimentos que vivenciou tornando-se um importante campo de distinção de acontecimentos, de compreensão, de minimização do impacto de experiências indesejáveis e de luta contra elas (Festas, 1994 citado por Tavares, 2011).

Algumas crianças na idade pré-escolar repetiram alguns procedimentos de forma detalhada, quase real, o que está em consonância com o que refere Piaget (1978), a construção lúdica apresenta-se mais detalhada nesta idade, procurando aproximar-se mais da realidade.

O reforço positivo foi também utilizado, principalmente nas crianças em idade pré-escolar e escolar. Quando estas crianças conseguiam manter um autocontrolo e colaboravam nos procedimentos, era realçado com expressões verbais com “portas-te muito bem” ou através de diplomas e medalhas de bom comportamento, que orgulhosamente usavam na sua roupa.

No Kit sorriso estão presentes histórias como - Dora vai ao médico, Pimpim vai ao médico, Vamos ao médico, Zebedeu, um príncipe no hospital e O corpo humano. Segundo Leite (2004) a literatura infantil também pode ser utilizada com o objetivo de brinquedo terapêutico, sendo as histórias verdadeiras as mais apropriadas, onde a criança tem a possibilidade de entrar em contacto com situações semelhantes à que está a vivenciar. A leitura proporcionou melhor aceitabilidade de procedimentos, o aparente alívio da dor, sentimentos de alegria, relaxamento e confiança, permitiu uma “viagem ao mundo da fantasia” e pode ter facilitado a construção da aptidão à leitura e o desenvolvimento do hábito da mesma (Moreno et al, 2003). Considero importante salientar que uma das estratégias utilizadas para informar as crianças da realização da punção venosa periférica foi a elaboração de uma história em que a “Joana” foi hospitalizada para realização de terapêutica endovenosa.

Antes da cirurgia foi oferecido papel e lápis às crianças, para fazerem um desenho ilustrativo do que achavam que ia acontecer. A algumas crianças foi também entregue desenhos de traçados simples representando menino e menina

para que desenhassem neles o local onde iam ser intervencionados. O desenho é considerado favorável para a criança, não ameaçador e facilitador da expressão da sua visão (Tavares, 2011). Nas ilustrações obtive um desenho com a descrição quase real de uma mesa do bloco operatório, o que estava em consonância com uma experiência anterior de cirurgia.

Foram proporcionadas outras atividades de distração como ver desenhos animados e ouvir música. A música tem efeitos benéficos, pois facilita e promove a comunicação, o relacionamento e diminui sentimentos como a ansiedade em situações stressantes (Silva et al, 2007).

Nas atividades que se proporcionaram à criança, o envolvimento dos pais foi incentivado, não só por serem excelentes parceiros no brincar, mas também porque a sua participação diminuiu a ansiedade em relação ao enfermeiro e às atividades realizadas. A integração dos familiares assumiu um papel importante como mediadores da confiança, pois quando a criança percebe que a família confia no profissional tenderá a vê-lo como uma pessoa em quem pode confiar e com quem pode partilhar algumas atividades (Björk; Nordström; Hallström, 2006 citados por Pereira et al 2010). Reconhecendo que a ansiedade da separação da figura principal de apego produz grande sofrimento para a criança principalmente no toddler (Hockenberry e Wilson, 2014), algumas das atividades realizadas proporcionaram menos receio quando ficavam por momentos sozinhas com o profissional de saúde.

O brincar foi um mediador da relação terapêutica entre o enfermeiro e a criança, pela confiança e segurança progressiva que o mesmo proporciona. O que poderá estar relacionado com o facto de a criança associar o enfermeiro a momentos positivos e agradáveis para a mesma (Tavares, 2011).

Durante a interação todos os pais aceitaram e colaboram nas atividades relacionadas com o brincar. Referiram por exemplo “enquanto o meu filho brinca distrai-se e parece esquecer-se do ambiente onde está” ou que “o uso do brinquedo durante os cuidados de enfermagem demonstrou carinho e respeito com o filho”.

As especificidades da doença, a personalidade e os desejos específicos de cada criança foram sempre valorizados, assim como o momento em que a criança teve vontade de começar a brincar e com que brinquedo desejava brincar (Hockenberry e Wilson, 2014; Santos, 2011; Mitre e Gomes, 2004). Tal como está preconizado na Carta da Criança Hospitalizada (1988) e nos documentos reguladores da prática de cuidados de enfermagem (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005; Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001).

A maioria das crianças aceitou participar nas brincadeiras, mas pediu ao adulto (pais ou enfermeiro) que a acompanhasse e brincasse com ela. Inicialmente exploravam os brinquedos desconhecidos, antes de começarem a dramatizar as situações, principalmente o *toddler*. Pois é o período do desenvolvimento em que a simbolização ainda não atingiu o seu auge, como aponta Piaget (1978).

É importante aqui referir que a ausência de relação de confiança com a criança revelou-se limitadora das atividades de brincar mas, em contrapartida, sempre que existiu uma relação de confiança entre a criança, enfermeiro e pais, esta foi facilitadora no desenvolvimento dessas atividades (Pereira et al, 2010).

O ambiente escolhido para a criança brincar foi, também, de acordo com a sua preferência - o quarto, a sala de refeitório (que também tem vários brinquedos) e a sala de atividades. No serviço de IP existe um ambiente agradável com pintura e decoração adequada.

Segundo Peterson (1990) a sala de atividades é um espaço importante na realização de atividades de brincar já que a criança se sente mais segura nesse ambiente, encontrando-se rodeada por brinquedos e jogos que lhe são familiares. Uma vez por mês a sala de atividades tem duas atividades – a presença do palhaço e a hora do conto. Nessas atividades participei como observadora para assim obter informações sobre a reação das crianças a essas atividades e através das mesmas, avaliar e optar por escolhas adequadas ao brincar relativas a cada criança e consoante os respetivos procedimentos.

A avaliação das intervenções realizadas envolveu a apreciação da eficácia da intervenção de enfermagem em relação ao comportamento da pessoa, através sobretudo da observação (Roy e Andrews, 2001). A observação das reações das crianças e família permitiu-me concluir que as atividades relacionadas com o brincar - proporcionaram diversão e relaxamento; ajudaram a criança a sentir-se mais segura no ambiente hospitalar; minimizaram a ansiedade da separação em relação aos pais ou outro significativo; aliviaram tensões e expressaram sentimentos como tristeza por estar no hospital; estimularam a interação, a comunicação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação às outras crianças e profissionais de saúde; atuaram como meio de atingir metas terapêuticas como o ensino, treino e instrução da insulina; aceitaram mais facilmente os cuidados de enfermagem; colocaram a criança em posição ativa, oferecendo-lhe a possibilidade de fazer escolhas e de se sentir no comando, como escolher o momento para brincar e os brinquedos favoritos; e proporcionaram o desenvolvimento infantil (Algren, 2006).

Quando se integra a brincadeira nos cuidados de enfermagem, o enfermeiro está a caminhar para um Cuidar mais afetuoso, humanizado e individualizado. O cumprimento das atividades relativamente aos dois objetivos descritos anteriormente permitiram-me desenvolver competências enquanto EEESCJ na medida em que identifiquei e colmatei as lacunas do conhecimento, através da pesquisa bibliográfica de referência e através da observação sistemática. Desta forma, caminhar lado a lado com a OE na busca dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde é postulado que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (2001, p.8).

### **3.9. Diagnosticar as necessidades de formação da equipa de enfermagem do serviço de internamento de pediatria, relacionadas com o brincar**

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010a) este responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade, atuando como “formador oportuno em contexto de trabalho”. No IP existe uma enfermeira responsável pela formação em serviço e um plano de formação estruturado. Através de conversas informais com a equipa de enfermagem detetei uma necessidade formativa relacionada com o brincar, sobretudo como o incorporar na prestação de cuidados à criança e família durante a hospitalização. Esta necessidade de formação foi validada pela enfermeira chefe. Foi apresentado o projeto à equipa de enfermagem do IP: enfermeira chefe e responsáveis, chefes de equipa e restantes elementos.

### **3.10. Implementar um plano de formação da equipa de enfermagem relacionado com o brincar, promovendo o desenvolvimento de competências**

A formação em enfermagem deve acompanhar a evolução sociocultural e científico-tecnológica procurando dar resposta às exigências dos utentes e, particularmente, à complexidade e à imprevisibilidade dos contextos de prestação de cuidados. Desta forma, é determinante a existência de uma formação contínua com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração de uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem ou da área de atuação profissional, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade (OE, 2013a). Este objetivo foi definido para ser concretizado no âmbito no IP.

Para que o objetivo fosse alcançado, realizei pesquisa bibliográfica, baseada na evidência científica sobre o brincar e as consequências da hospitalização infantil, o que possibilitou o desenvolvimento das seguintes competências: “Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.”; “Domínio da Melhoria da Qualidade.”; “Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados”; “Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados”; “Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”; “Desenvolve o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no

relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar”; “Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (OE, 2010a, pp. 4-10).

A sessão formativa “O brincar como estratégia de adaptação da criança à situação de doença e hospitalização” (apêndice VII) foi divulgada na área pediátrica da instituição onde decorreu o estágio, para conhecimento da equipa de saúde. Teve como objetivo a implementação de ações que visem satisfazer a necessidade de formação, conjuntamente com a equipa de enfermagem:

- Desenvolver a atuação dos enfermeiros face às dificuldades de adaptação da criança no ambiente hospitalar;
- Identificar recursos no serviço de IP que mobilizem a integração do brincar nos cuidados à criança e família;
- Utilizar e aplicar os recursos já realizados: Manual do brincar terapêutico para crianças hospitalizadas; atividades de brincar terapêutico para crianças hospitalizadas e o Kit sorriso, no Cuidar em pediatria;
- Incentivar o registo de intervenções relacionadas com o brincar.

A avaliação que faço desta formação é positiva. A partir da mesma surgiu uma discussão entre os elementos presentes, partilharam-se ideias, vivências e propostas de melhoria na utilização do brincar. Todos os enfermeiros presentes constataram a importância em desenvolver estratégias que promovam a adaptação da criança e família ao IP e situação de doença, baseadas em evidência científica. O que possibilitará a melhoria dos cuidados a esta população.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente Relatório pretende traduzir a realidade vivenciada ao longo do Estágio, tanto em cuidados de saúde primários como em cuidados de saúde diferenciados, permitindo uma descrição e reflexão das atividades desenvolvidas para a aquisição de competências próprias do EEESCJ. Este Relatório ilustra assim, os momentos de aprendizagem, de autorreflexão e ação, bem como a análise crítica do percurso formativo, a partilha de experiências, tendo como objetivo fundamental um crescimento pessoal e profissional inerente à prática diária.

Ao longo do estágio, considero que os conhecimentos teóricos e práticos, as competências e as atividades desenvolvidas foram significativamente maiores do que o que foi aqui exposto. Tenho o dever de salientar a importância que todo o enquadramento teórico do CEEESCJ teve ao longo deste percurso, que, associados à prática constituíram as bases da minha formação como futura EEESCJ. No entanto, neste momento de reflexão procurei de uma forma resumida explicitar tudo o que aprendi e desenvolvi, dando maior relevância a algumas atividades. Apesar do brincar ter sido o enfoque do meu percurso de estágio, também desenvolvi competências de EEESCJ no cuidar do RN, criança/jovem em todas as faixas etárias e nos vários contextos de cuidados.

Em Portugal, a importância da introdução do brincar nos cuidados de saúde tem vindo a ganhar relevância e tem sido influenciada de uma forma muito positiva pelo IAC. É importante que os enfermeiros criem estratégias que permitam a transformação do hospital visto aos olhos da criança e família como um local frio, para um local mais colorido e divertido, mais adaptado às crianças e passível de contribuir para o desenvolvimento da criança, nomeadamente, através da

brincadeira (Tavares, 2011). O desenvolvimento das capacidades e habilidades ao longo do estágio permitiram-me entender melhor a importância do brincar e do brincar como instrumento terapêutico de enfermagem, facilitadores da adaptação da criança à doença e hospitalização. O que pretendi foi uma melhoria significativa na prática de enfermagem, na valorização individual e no alargar dos conhecimentos práticos e científicos.

Ao introduzir o brincar nos cuidados de saúde e ao fundamentá-lo cientificamente, o enfermeiro, está a construir uma prática baseada na evidência que vai ao encontro ao que está descrito no Padrões de Qualidade dos Cuidados Enfermagem, pois o enfermeiro, no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, incorpora os resultados da investigação na sua prática (OE, 2001). A produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ibid).

A OE (2010a) reconhece ao EE a competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade. O EE deve dinamizar os processos de aquisição de conhecimentos para que possa adquirir domínio do saber-saber e ser elemento construtivo da equipa com quem trabalha, deve ser dotado de um saber estar que lhe permita a proximidade ao RN, à criança/jovem e família, sendo essa proximidade conseguida através de muito trabalho e persistência. Reconhecendo que as competências se conseguem através do conhecimento, da capacidade e das habilidades, considero que adquiri as competências específicas do EEESCJ através dos conceitos teóricos e através da realização deste documento, bem como das atividades até aqui implementadas.

Como futura enfermeira especialista pretendo manter a minha função como dinamizadora no desenvolvimento de momentos formativos dos meus pares sobre a temática do brincar como instrumento terapêutico de enfermagem, ciente de que a aquisição de competências é um processo contínuo.

Para finalizar, esta viagem pelo mundo da criança permitiu-me ter consciência de que partilhamos o mesmo espaço, o ambiente hospitalar, embora sem o experienciar de forma tão transparente e pura como a criança o faz.

Como pessoa e enfermeira, cabe-me manter o espaço hospitalar seguro e propício para um adequado e equilibrado desenvolvimento da criança, com o mínimo de sequelas possível, estando assim em consonância com o Cuidar de excelência em pediatria.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Algarvio, S., Leal, I., Maroco, J., & Matono, M. (2008). Preocupações parentais: Estudo comparativo entre um grupo de pais normativo e um grupo de pais de crianças prematuras. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. 639-42.
- Algren, C. (2006). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson & M. Winkelstein. *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (pp. 367-704). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Alves, S. (2012). *Relatório de Estágio*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Apresentada no Instituto da Saúde de Ciências da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Almeida, J. (2003). *Impacto dos Fatores Psicológicos Associados à Adesão Terapêutica, ao Controlo Metabólico e à Qualidade de Vida em Adolescentes com Diabetes Tipo 1*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Apresentada no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Andrews, H. & Roy, C. (2001). *Teoria da Enfermagem – O Modelo de Adaptação de Roy* (C. Fonseca Trad.). Lisboa: Stória Editores (Tradução do original do inglês The Roy Adaptation Model, 1981). ISBN: 972-771-175-8.
- Assembleia Geral das Nações Unidas (1990). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Unicef.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspetiva Desenvolvimentista*. (2ªed.) Lisboa: Climepsi.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda. ISBN 978-972-757-593-0.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (A.A. Queirós & B. Lourenço, Trad.). Coimbra: Edições Quarteto. (Tradução do Inglês Excellence and Power in Clinical Nursing Practice).

Brazelton, T. (2009). *O Grande Livro da Criança – o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (12<sup>a</sup> ed.), Lisboa: Editorial Presença.

Brum, E. & Shermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9. (2). 457-67.

Camarneiro, A., Alves, C., Ferreira, A., & Gomes, A. (2009). Interação mãe-bebé prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica*. 40(9). 53-57.

Campos, M., Rodrigues, K. & Pinto, M. (2010). Evaluation of the behavior of the preschool one just admitted in the unit of pediatrics and the use of the therapeutic toy. *Einstein*. 8 (1). 10-17.

Carvalho, A. & Begnis, J. (2006). Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia em Estudo*. 11. (1). 109-117.

Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. 22. 1058-1062.

Castro, D., Andrade, C., Luiz, E., Mendes, M., Barbosa, D. & Santos, L. (2010). Brincar como instrumento terapêutico. *Pediatria*. 32(4). 246-54.

Cavaco, A. (2006). A Presença dos pais num serviço de pediatria – uma opção? Uma obrigação? Que comunicação inter-pares? In Instituto de Apoio á Criança (IAC). *Acolhimento e estadia da criança e adolescente no hospital* (pp. 56). Lisboa: IAC.

Centro Hospitalar (2013). *Procedimento Geral: Cuidados de Enfermagem ao Recém-nascido, Criança e Adolescente com dor*. Barreiro: CH.

Centro Hospitalar (2009). *Avaliação da Dor*. Barreiro: CH.

Centro Hospitalar (2011). *Manual de Normas de Procedimentos da Unidade Funcional de Neonatologia*. Barreiro: CH.

Centro Hospitalar (2012). *Procedimento Geral- Criança/Jovem com Diabetes Inaugural Descompensada*. Barreiro: CH.

Cintra, S., Silva, C. & Ribeiro, C. (2006). O ensino do brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no estado de São Paulo. *Revista Brasileira Enfermagem*. 59(4). 497-501.

Claudino, M. & Oliveira, M. (2003). *Formação Contínua em Enfermagem, Conceções e Práticas no contexto do Centro de Saúde*. Portalegre: Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Cohen, L., Bernard, R., Graco, L & McClellan, C. (2002). A child-focused intervention for coping with procedural pain. Are parent and nurses coaches necessary?. *Journal of Pediatric Psychology*. 27 (8). 749-757.

Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Cordazzo, S. & Vieira, M. (2007). A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. *Estudos e pesquisas em psicologia*. 89-101.

Despacho n.º 9871/2010 de 11 de Junho (2010). Definição da idade pediátrica em Portugal. *Diário da República II Série*, N.º 112 (11-01-2010) 32123.

Dias, I.S. (2005). O Lúdico. *Educação & Educação*. 8. 121-133.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa 2008-2013. Acedido em 3 de Março de 2015. Disponível em <https://www.priberam.pt/dlpo/instrumento>.

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro – Uma perspetiva emotivo-vivencial da prática dos cuidados*. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-70-0.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica- um processo de metamorfose de experiência emocional no ato de cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-75-2.

Diogo, P. & Valeriano, J. (2001). O brincar: atividade de desenvolvimento e adaptação à vida. *Servir*. 49 (3). 110-116.

Dinello, R. (1980). *Defesa do direito de brincar*. Lisboa: IAC.

Direção Geral Saúde (2005). *Saúde infantil e juvenil: Programa-tipo de atuação. Orientações técnicas*. Acedido em 28 de Abril de 2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>

Direção Geral de Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013*. Lisboa: DGS.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). *Regulamento do Mestrado em Enfermagem, 2014*. Lisboa: ESEL.

European Resuscitation Council (2010). *European Paediatric Life Support*. Edegem: European Resuscitation Council. ISBN 9789079157358.

Ferreira, M., & Costa, M. (2004). Cuidar em Parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*. 30. 51-57.

Ferland, F. (2006). *O desenvolvimento da criança no dia-a-dia. Do berço até à escola primária*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fernandes, A. (2000). *Crianças com dor – o quotidiano do trabalho com crianças*. Coimbra: Quarteto Editores. ISBN 972-8535-49.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. (3ª ed.) Loures: Lusodidacta. ISBN: 972-8383-10-X.

Furtado, M. & Lima, R. (1999). Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 33 (4). 364-369.

Gonçalves, M. (2006). O bebé, a criança e o adolescente no hospital. In Instituto de Apoio à Criança (IAC). *Acolhimento e estadia da criança e adolescente no hospital* (pp. 16-19). Lisboa: IAC.

Glasper, A., & Haggarty, R.(2006). The psychological preparation of children for hospitalisation . In Glasper, A., & Richardson, J. . *A textbook of children's and young people's nursing*. (Chap. 5, pp.61-76) Londres: Elsevier.

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M.J.Gois Paixão, Trad.). (9ª ed.), Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Wong's, *Nursing Care of Infants and Children*, 9nd ed., 2011, New York: Elsevier).

Huerta, E. (1986). Relações sociais entre a equipa de enfermagem e pais das crianças hospitalizadas. *Saúde Infantil*. 12. 15-22.

Huerta, N. (1990). Brinquedo no hospital. Ver. *Esc. Enf. USP*. 24 (3). 319-328.

Instituto de Apoio à Criança (1986). *Declaração do IPA sobre a Criança e o Direito de Brincar*. Lisboa: IAC.

Instituto de Apoio à Criança (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: IAC.

Jorge, A.M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-79-7.

Kiche, M. & Almeida, F. (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22(2). 125-130.

Leininger, M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transc Nursing*. 13(3). 189- 92.

Leite, L. (2007). Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento Profissional. *Ordem dos Enfermeiros*. 26. 4-8. ISSN 1646-2629.

Leite, M. (2004). *Produção acadêmica de enfermeiros brasileiros sobre a utilização do brinquedo no hospital*. Dissertação de mestrado. Apresentada na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Lima, R., Azevedo, E., Nascimento, L. & Rocha, L. (2009). A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. *Revista Escola Enfermagem Universidade São Paulo*. 43 (1). 186-193.

Magão, M. & Leal, I. (2001). Esperança nos pais de crianças com cancro. Uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2 (1). 3-22.

Marques, S. & Sá, M. (2004). Competências maternas auto-percebidas no contexto de prematuridade. *Revista de Referencia*. 11. 33-41.

Martinez, J., Mara, L., & Fonseca, M. (2007). Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipa de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 15 (2). 1-9.

Martins, M., Ribeiro, C., Borba, R., Silva, C. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino-am Enfermagem*. 9 (2) 76-85.

Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos Cuidados de Enfermagem em Pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Referência*. 6. 113-121.

Mitre, R. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 9 (1). 147-154.

Moreno, R., Magalhães, E., Souza, E. & Silva, M. (2003). Contar histórias para crianças hospitalizadas: relato de uma estratégia de humanização. *São Paulo: Universidade de São Paulo*. 25 (4). 164-169. ISSN 0101-3858.

Mota, A. (2011). *A Dor na Criança e Família*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Apresentada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistemas de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Perfil de Competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2010c). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Vol. 1* (Cadernos OE) Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2010d). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *A Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Vol. 2* (Cadernos OE) Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2013a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2013b). *Guia Orientador de Boa Prática- Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Lisboa: OE.

Patel, V., Gutnik, L., Karlin, D. & Pusic, M. (2008). Calibrating Urgency Triage Decision-making in a Pediatric Emergency Department. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*. 13 (4). 503-520.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.

Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através de atividades de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar enfermagem*. 14. (1). 24-38.

Peterson, G. (1990). Deixem as Crianças Brincar. *Revista Nursing*. 16. 37- 41.

Piaget, J. (1978). *A formação do símbolo na criança*. (3ª ed.), Rio de Janeiro: Zahar.

Ramos, A., Vaz, E., Maximino, E., Dias, M. & Dias, L. (2012). Brincar...essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos Enfermeiros. *Percursos*. 26. 49-60.

Redondeiro, M. (2003). *O quotidiano hospitalar da criança – constrangimentos e possibilidades de desenvolvimento*. Dissertação de Mestrado em Sociologia da Infância. Apresentada na Universidade do Minho.

Rodrigues, C. & Tronchin, D. (1996). *Assistência integrada ao recém nascido. Assist.Integr. ao recém nascido*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Rosa, A., Ávila, C., Nascimento, J. & Kitahara, S. (2007). *Câncer: construindo caminhos para o cuidado de enfermagem à criança e família em regime ambulatorial*. Relatório da Prática Assistencial em Enfermagem. Apresentado na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Santos, L. (2011). *Porquê brincar no hospital*. Lisboa: IAC.

Santos, M. (2001). A criança e o hospital. *Revista nascer e crescer – Revista do Hospital de crianças Maria Pia*. 10 (2). 74-77.

Serrano, P. (1996). *Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos*. Lisboa: Relógio d'Água Editores.

Silva, E., Neto, J., Figueiredo, M. & Barbosa-Branco, A. (2007). *Práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em crianças hospitalizadas*. 18 (2). 157-166.

Tavares, P. (2011). *Acolher brincando- A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-70-7.

Teixeira, A., Braga, A. & Esteves, M. (2004). A comunicação com a criança na punção venosa: percepção do enfermeiro. *Nascer e Crescer*. 8 (3). 187-194.

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. (5ªed.), Loures. ISBN 972-8383-74-6.

Tremarin, R., Gawleta, F. & Rocha, D. (2009). A teoria da adaptação sustentando o cuidado de enfermagem em hospital pediátrico: um estudo de caso. *Cogitare Enfermagem*. 14(3). 569-574.

Venâncio, L. & Pereira, S. (2002). Humanização do atendimento da criança no serviço de urgência. *Informar: Revista de formação contínua em enfermagem*. 29. 30-33.

Vieira, M. & Lima, R. (2002). Crianças e Adolescentes com Doença Crónica: Convivendo com Mudanças. *Revista Latino-am Enfermagem*. 10(4). 552-560.

Vygotsky, L. (1998). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.

Wernet, M. & Ângelo, M. (2007). A Enfermagem diante das mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem da Universidade de Enfermagem ao Rio de Janeiro*. 15 (2). 229-235.

**APÊNDICES**

**APÊNDICE I** – Cronograma representativo dos locais de estágio

Ano	2013														2014																												
Mês	Setem.	Outubro				Novembro				Dezembro						Janeiro				Fevereiro			Março																				
Dias	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	20		6	13	20	27	3	10	17	24	3																				
	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	19		3	10	17	24	31	7	14	21	28	7																				
	ESEL	Urgência Pediátrica				Cuidados Intensivos Pediátricos				Neonatalogia						Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados							Férias Natal							Internamento Pediatria							Elaboração e Apresentação do Relatório						

**APÊNDICE II** – Esquematização dos objetivos específicos, atividades, recursos e  
critérios de avaliação

## URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
<p>Prestar cuidados de enfermagem ao Recém-Nascido (RN), criança/jovem pais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e leituras relativas aos cuidados de enfermagem e cuidados centrados na família;</li> <li>- Consulta de protocolos, normais e manuais do serviço de urgência pediátrica;</li> <li>- Desenvolvimento de competências técnicas necessárias no cuidado ao RN, criança/jovem e pais;</li> <li>- Participação na prestação de cuidados ao RN, criança/jovem e pais;</li> <li>- Observação e identificação das estratégias utilizadas para promoção dos cuidados centrados na família:</li> </ul> <p>Assentam em 4 pilares: Informação, respeito, participação e coordenação;</p>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos Protocolos, normas/manuais institucionais</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar RN, criança/jovem e pais</p>	<p>Relatório final</p>

	<p>Estratégia colaborativas, negociação, aconselhamento, fortalecimento da família através da participação ativa com reforço positivo e intervenção para os cuidados antecipatórios;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Supervisão dos cuidados prestados pelos pais ao RN, criança/jovem;</li><li>- Promoção da comunicação de expressão de dúvidas, medos e sentimentos dos pais;</li><li>- Aprendizagem e treino de estratégias promotoras da esperança:</li></ul> <p>Promover um ambiente seguro e afetuoso, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções dos pais, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar, promovendo a esperança.</p>		
--	--	--	--

## URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
Reconhecer situações de instabilidade e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e leituras relativas a situações de instabilidade e risco de morte no RN, criança/jovem;</li> <li>- Aprofundar e aplicar os conhecimentos relacionados com a identificação de focos de instabilidade no RN, criança/jovem;</li> <li>- Reconhecer as especificidades do RN, criança/jovem e as principais causas de Paragem Cardio Respiratória;</li> <li>- Identificação das práticas utilizadas no contexto da urgência pediátrica;</li> <li>- Cooperação e prestação de cuidados à criança/jovem em situações de instabilidade e risco de morte.</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos Protocolos, normas/manuais institucionais</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar RN, criança/ jovem e pais</p>	Relatório final

## URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
Aplicar conhecimentos de medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas e leituras relativas a medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor no RN, criança/jovem;</li> <li>- Levantamento das práticas utilizadas no serviço de urgência;</li> <li>- Observação das reações do RN, criança/jovem submetidos a procedimentos dolorosos;</li> <li>- Participação com o enfermeiro que presta cuidados ao RN, criança/jovem, na promoção de cuidados não traumáticos;</li> <li>- Observação das reações do RN, criança/jovem e das técnicas utilizadas pelos enfermeiros.</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>Protocolos, normas/manuais institucionais</p> <p>Brinquedos adequados ao desenvolvimento infantil, sucrose, analgesia transdérmica</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>RN, criança/jovem e pais</p>	Relatório final

## URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
Desenvolver competências de comunicar com a criança/jovem de acordo com o estágio de desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e leituras relativas a estratégias e técnicas de comunicação apropriadas ao nível de desenvolvimento da criança;</li> <li>- Interação com a criança/jovem em diferentes níveis do seu desenvolvimento;</li> <li>- Adequação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança;</li> <li>- Utilização das diferentes técnicas de comunicação, nomeadamente o brincar, na informação e preparação da criança/jovem para procedimentos e cuidados de enfermagem.</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>Protocolos, normas/manuais institucionais</p> <p>Brinquedos adequados ao desenvolvimento infantil</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa enfermagem</p> <p>RN, criança/ jovem e Pais</p>	Relatório final

## UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
<p>Desenvolver capacidades de planeamento das intervenções de enfermagem junto da criança, através do brincar</p> <p>Desenvolver capacidades de intervenção junto da criança, através do brincar</p>	<p>Consulta e leituras relativas ao brincar, nomeadamente ao brincar terapêutico;</p> <p>- Discussão com a enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediatria sobre a aplicação do brincar terapêutico na unidade de cuidados intensivos pediátricos;</p> <p>-Reflecção conjuntamente com a equipa de enfermagem sobre as vantagens da integração do brincar nos cuidados de enfermagem, valorizando-o como instrumento terapêutico;</p> <p>- Conhecer na unidade de cuidados intensivos os materiais disponíveis e os momentos adequados para o desenvolvimento de atividades lúdicas terapêuticas.</p>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Crianças/jovens e família</p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria</p>	<p>Relatório final</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Adequação a cada criança, de acordo com o seu desenvolvimento e a sua situação de saúde, o brinquedo e a técnica de distração;</li><li>- Observação da atividade do brincar e do brincar terapêutico e das reações das crianças;</li><li>- Consulta do manual de atividades de brincar terapêutico para crianças hospitalizadas, desenvolvido pela enfermeira especialista.</li></ul>		
--	---	--	--

## UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
Reconhecer situações de instabilidade e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e leituras relativas a situações de instabilidade e risco de morte na criança/jovem;</li> <li>- Aprofundar e aplicar os conhecimentos relacionados com a identificação de focos de instabilidade na criança/jovem;</li> <li>- Reconhecer as especificidades da criança/jovem e as principais causas de Paragem Cárdio Respiratória;</li> <li>- Identificação das práticas utilizadas no contexto dos cuidados intensivos pediátricos;</li> <li>- Cooperação e prestação de cuidados à criança/jovem em situações de instabilidade e risco de morte.</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>Protocolos, normas/manuais institucionais</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Criança, jovem</p>	Relatório final

## UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
<p>Aplicar conhecimentos de medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas e leituras relativas a medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor na criança/jovem;</li> <li>- Levantamento das práticas utilizadas na unidade de cuidados intensivos pediátricos;</li> <li>- Observação das reações das crianças/jovens submetidos a procedimentos dolorosos;</li> <li>- Participação com o enfermeiro que presta cuidados à criança/jovem, na promoção de cuidados não traumáticos;</li> <li>- Observação das reações das crianças/jovens e das técnicas utilizadas pelos enfermeiros.</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>Protocolos, normas/manuais institucionais</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Criança/jovem e pais</p>	<p>Relatório final</p>

## UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
<p>Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem em situação crítica e pais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e leituras relativas à prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem em situação crítica e pais;</li> <li>- Desenvolvimento de competências técnicas necessárias ao cuidado da criança/jovem e família;</li> <li>- Participação na prestação de cuidados à criança/jovem e pais;</li> <li>- Observação e identificação das estratégias utilizadas, para promoção dos cuidados centrados na família:</li> </ul> <p>Assentam em 4 pilares: Informação, respeito, participação e coordenação;</p> <p>Estratégia colaborativas, negociação, aconselhamento, fortalecimento da família através da participação ativa com reforço positivo e intervenção para os cuidados</p>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>Protocolos, normas/manuais institucionais</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Criança/ jovem e pais</p>	<p>Relatório final</p>

	<p>antecipatórios;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Supervisão dos cuidados prestados pelos pais à criança/jovem em situação crítica;</li><li>- Promoção da comunicação de expressão de dúvidas, medos e sentimentos dos pais;</li><li>- Aprendizagem e treino de estratégias promotoras da esperança:</li></ul> <p>Promover um ambiente seguro e afetivo, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções da criança/jovem e pais, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar, promovendo a esperança.</p>		
--	---	--	--

## NEONATOLOGIA

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
Estabelecer com os pais uma parceria de cuidar promotora da vinculação e da parentalidade ao Recém-Nascido (RN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e leituras relativas à vinculação, parentalidade e parceria de cuidados;</li> <li>- Observação e identificação das estratégias utilizadas, para promoção da vinculação do RN;</li> <li>- Utilização de estratégias para a promoção do contato físico entre pais e RN (toque, colo);</li> <li>- Observação dos cuidados parentais: relação de papéis e influência de estímulos;</li> <li>- Promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN, de forma a treinar competências;</li> <li>- Promoção de um ambiente facilitador da expressão de dúvidas, medos e sentimentos por parte dos pais;</li> <li>- Consulta de protocolos, normais e manuais do serviço.</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>Protocolos, normas/manuais institucionais:</p> <p>Manual de Procedimentos do Serviço de Neonatologia, norma de serviço “Preparação para a alta” e “Guia de validação das competências parentais para a prática de enfermagem no que se refere à preparação para a alta”</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>RN/Pais</p>	Relatório final

## NEONATOLOGIA

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
Reconhecer situações de instabilidade e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados ao RN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e leituras relativas a situações de instabilidade e risco de morte no RN;</li> <li>- Aprofundamento e aplicação dos conhecimentos relacionados com a identificação de focos de instabilidade no RN;</li> <li>- Reconhecer as especificidades do RN e as principais causas de Paragem Cárdio Respiratória no RN;</li> <li>- Identificação das práticas utilizadas no serviço;</li> <li>- Cooperação e prestação de cuidados ao RN em situações de instabilidade e risco de morte.</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar RN/Pais</p>	Relatório final

## NEONATOLOGIA

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
Aplicar conhecimentos de medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor do RN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e leituras relativas a medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor do RN;</li> <li>- Levantamento das práticas utilizadas na neonatologia;</li> <li>- Avaliação da dor no RN através da escala de avaliação da dor (manifestações de dor no RN: alterações sono/alerta, alterações fisiológicas, coloração, expressão facial, postura e vocalização);</li> <li>- Participação com o enfermeiro que presta cuidados ao RN, na promoção de cuidados não traumáticos;</li> <li>- Observação das reações do RN às técnicas utilizadas pelos enfermeiros.</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>Protocolos, normas/manuais institucionais</p> <p>Brinquedos sensoriais, caixas de música, sucção não nutritiva, sucrose</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>RN/Pais</p>	Relatório final

## NEONATOLOGIA

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
<p>Prestar cuidados de enfermagem ao RN/pais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e leituras relativas à prestação de cuidados de enfermagem ao RN e pais;</li> <li>- Consulta de protocolos, normais e manuais da neonatologia;</li> <li>- Desenvolvimento de competências técnicas necessárias no cuidado ao RN e pais;</li> <li>- Participação na prestação de cuidados ao RN e pais;</li> <li>- Observação e identificação das estratégias utilizadas para promoção dos cuidados centrados na família:</li> </ul> <p>Assentam em 4 pilares: Informação, respeito, participação e coordenação;</p> <p>Estratégia colaborativas, negociação, aconselhamento, fortalecimento da família através da participação ativa com reforço positivo e intervenção para os cuidados antecipatórios;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervisão dos cuidados prestados pelos pais</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>Protocolos, normas/manuais institucionais:</p> <p>Normas- “Preparação para a alta, Amamentação, Aleitamento artificial, Eliminação Intestinal e Vesical, Cuidados de Higiene e Vestuário, Sono e Vigília, Desenvolvimento, Estimulação e Afeto, Segurança e Prevenção de Acidentes e Vigilância e Vacinação”</p> <p>Instrumentos de registo: carta de alta, carta de transferência, ficha de risco, vigilância contínua de enfermagem, escala da dor</p>	<p>Relatório final</p>

	<p>ao RN;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Promoção da comunicação de expressão de dúvidas, medos e sentimentos dos pais;</li><li>- Aprendizagem e treino de estratégias promotoras da esperança:</li></ul> <p>Promover um ambiente seguro e afetuoso, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções dos pais, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar, promovendo a esperança.</p>	<p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>RN/pais</p>	
--	--	---	--

## UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
Implementar estratégias de brincar como atividade promotora do desenvolvimento infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do projeto à equipa de enfermagem de forma a avaliar a sua pertinência para a equipa;</li> <li>- Levantamento das práticas utilizadas sobre a temática do brincar, através de reunião informal com a equipa de enfermagem;</li> <li>- Adequação das estratégias de brincar ao desenvolvimento infantil, valorizando a sua utilização;</li> <li>- Construção da “caixa mágica” contendo materiais didáticos e lúdicos adequados ao desenvolvimento da criança;</li> <li>- Elaboração do dossier de utilização da “Caixa Mágica”.</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>Materiais lúdicos e didáticos adequados ao desenvolvimento infantil</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Criança/ jovem e pais</p>	Relatório final

## UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
<p>Aplicar conhecimentos de medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor durante a vacinação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e leituras relativas a medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor durante a vacinação;</li> <li>- Levantamento das práticas utilizadas na unidade de cuidados personalizados;</li> <li>- Adequação e aplicação das medidas não farmacológicas ao estágio de desenvolvimento;</li> <li>- Utilização da “caixa mágica” e do dossier de utilização da mesma;</li> <li>- Elaboração de um painel didático dirigido à criança, como forma de distração durante a vacinação;</li> <li>- Observação das reações da criança às atividades utilizadas.</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>“Caixa mágica”</p> <p>Manual de utilização da “Caixa Mágica”</p> <p>Painel didático</p> <p>Diplomas de bom comportamento</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Criança/ jovem e pais</p>	<p>Relatório final</p>

## UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
Desenvolver competências de comunicar com a criança/jovem de acordo com o estágio de desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e leituras relativas a estratégias e técnicas de comunicação apropriadas ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem;</li> <li>- Interação com a criança/jovem em diferentes níveis do seu desenvolvimento;</li> <li>- Adequação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança;</li> <li>- Utilização das diferentes técnicas de comunicação, nomeadamente o brincar, na informação e preparação da criança/jovem para a vacinação.</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>Materiais lúdicos e didáticos adequados ao desenvolvimento infantil</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>Criança/ jovem e pais</p>	Relatório final

## UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
<p>Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem em contexto de Centro de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e leituras sobre as escalas de avaliação do desenvolvimento infantil e sobre o programa de saúde infantil e juvenil;</li> <li>- Participação na consulta de vigilância de enfermagem de saúde infantil e juvenil;</li> <li>- Avaliação do crescimento e desenvolvimento e registo em suporte próprio (Boletim de Saúde Infantil e Juvenil);</li> <li>- Planeamento de cuidados à criança/jovem e pais, nomeadamente ensinamentos sobre promoção da saúde e cuidados antecipatórios;</li> <li>- Valorização de comportamentos promotores de saúde: nutrição, exercício físico, o brincar, prevenção de consumos nocivos e adoção de medidas de segurança;</li> <li>- Sensibilização dos pais, se necessário, através de contacto telefónico, para a</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>Protocolos, normas/manuais institucionais</p> <p>Programa de Saúde Infantil e Juvenil 2013</p> <p>Programa Nacional de Vacinação</p> <p>Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral</p> <p>Escala de rastreio Mary Sheridan Modificada</p>	<p>Relatório final</p>

	vacinação; - Promoção da saúde oral durante as consultas.	<b>Recursos humanos:</b>  Equipa multidisciplinar Criança/ jovem e pais	
--	--	--	--

## INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
<p>Prestar cuidados de enfermagem ao RN, criança/jovem com situação de doença aguda ou doença crónica e pais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e leituras relativas aos cuidados de enfermagem e cuidados centrados na família;</li> <li>- Consulta de protocolos, normais e manuais do serviço de internamento de pediatria;</li> <li>- Desenvolvimento de competências técnicas necessárias no cuidado ao RN, criança/jovem e pais;</li> <li>- Participação na prestação de cuidados ao RN, criança/jovem e pais;</li> <li>- Observação e identificação das estratégias utilizadas para promoção dos cuidados centrados na família:</li> </ul> <p>Assentam em 4 pilares: Informação, respeito, participação e coordenação;</p> <p>Estratégia colaborativas, negociação,</p>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>Protocolos, normas/manuais institucionais</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>RN, criança/jovem e pais</p>	<p>Relatório final</p>

	<p>aconselhamento, fortalecimento da família através da participação ativa com reforço positivo e intervenção para os cuidados antecipatórios;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Supervisão dos cuidados prestados pelos pais ao RN, criança/jovem;</li><li>- Promoção da comunicação de expressão de dúvidas, medos e sentimentos dos pais;</li><li>- Aprendizagem e treino de estratégias promotoras da esperança:</li></ul> <p>Promover um ambiente seguro e afetuoso, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções dos pais, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional para cuidar, promovendo a esperança.</p>		
--	--	--	--

## INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
Reconhecer situações de instabilidade e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e leituras relativas a situações de instabilidade e risco de morte no RN, criança/jovem;</li> <li>- Aprofundar e aplicar os conhecimentos relacionados com a identificação de focos de instabilidade no RN, criança/jovem;</li> <li>- Reconhecer as especificidades do RN, criança/jovem e as principais causas de Paragem Cardio Respiratória;</li> <li>- Identificação das práticas utilizadas no contexto do internamento de pediatria;</li> <li>- Cooperação e prestação de cuidados à criança/jovem em situações de instabilidade e risco de morte.</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>Protocolos, normas/manuais institucionais</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>RN, criança/ jovem e pais</p>	Relatório final

## INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
Aplicar conhecimentos de medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas e leituras relativas a medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor no RN, criança/jovem;</li> <li>- Levantamento das práticas utilizadas no internamento de pediatria;</li> <li>- Observação das reações do RN, criança/jovem submetidos a procedimentos dolorosos;</li> <li>- Participação com o enfermeiro que presta cuidados ao RN, criança/jovem, na promoção de cuidados não traumáticos;</li> <li>- Observação das reações do RN, criança/jovem e das técnicas utilizadas pelos enfermeiros.</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>Protocolos, normas/manuais institucionais</p> <p>Manual do Brincar Terapêutico para crianças hospitalizadas no serviço de internamento de pediatria</p> <p>Kit Sorriso, Cuidar em pediatria</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>RN, criança/jovem e pais</p>	Relatório final

## INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
		Materiais/Humanos	
Desenvolver competências de comunicar com a criança/jovem de acordo com o estágio de desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta e leituras relativas a estratégias e técnicas de comunicação apropriadas ao nível de desenvolvimento da criança;</li> <li>- Interação com a criança/jovem em diferentes níveis do seu desenvolvimento;</li> <li>- Adequação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança;</li> <li>- Utilização das diferentes técnicas de comunicação, nomeadamente o brincar, na informação e preparação da criança/jovem para procedimentos e cuidados de enfermagem.</li> </ul>	<p><b>Recursos materiais:</b></p> <p>Computador/ livros e artigos</p> <p>Protocolos, normas/manuais institucionais</p> <p>Manual do Brincar Terapêutico para crianças hospitalizadas</p> <p>Kit Sorriso, Cuidar em pediatria</p> <p><b>Recursos humanos:</b></p> <p>Equipa multidisciplinar</p> <p>RN, criança/ jovem e pais</p>	Relatório final

**APÊNDICE III – Arco-íris colorido**



**APÊNDICE IV – “Caixa Mágica”**



**APÊNDICE V – Dossier: Manual de utilização da “Caixa Mágica”**

UNIDADE CUIDADOS SAÚDE PERSONALIZADOS

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE  
SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

2013

## Manual de utilização da "Caixa Mágica"



“É necessário muito pouco para provocar um sorriso  
e basta um sorriso para tudo se tornar possível”

Gilbert Cesbron

## **LISTA DE SIGLAS**

DGS – Direção Geral de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

## **INDICE**

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>1. ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR.....</b>	<b>6</b>
<b>2. O BRINCAR E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....</b>	<b>9</b>
<b>3. UTILIZAÇÃO DA CAIXA MÁGICA.....</b>	<b>15</b>
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>18</b>
<b>APÊNDICE I - Características do desenvolvimento psicossocial</b>	

## INTRODUÇÃO

---

O presente Manual foi elaborado no âmbito do 3º Semestre - Estágio com Relatório, integrado no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e faz parte do relatório de estágio "A adaptação da criança à situação de doença e hospitalização: o brincar como instrumento terapêutico de enfermagem".

Tem como principal objetivo sensibilizar a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados para a importância do uso da brincadeira no desenvolvimento da criança e durante os procedimentos invasivos dolorosos.

Os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos são a causa mais frequente de dor na criança que recorre aos serviços de saúde. A dor dos procedimentos é uma experiência sensorial e emocional desagradável e é com frequência acompanhada por medo e ansiedade, que por sua vez são fatores agravantes da dor. Há fatores mediadores da experiência de dor que não podem ser modificados, tais como a idade, o sexo, o nível de desenvolvimento, as experiências prévias e o contexto familiar e cultural (Direção Geral de Saúde (DGS), 2012).

A presença dos pais é um elemento importante na planificação de intervenções individualizadas, porque a separação dos pais gera stresse na criança e pode aumentar a sua perceção de dor. Os pais mediatizam as queixas da criança, tornando-as perceptíveis para os enfermeiros, de modo a que possam ser utilizadas as estratégias não farmacológicas mais adequadas para o controlo da dor (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2013).

É de salientar o que diz a Carta da Criança Hospitalizada (1989) sobre a dor e os procedimentos invasivos. No artigo 5º é referido que as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

O enfermeiro na prestação de cuidados deve fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as respostas mediante a aplicação de conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança, garantindo a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e

aplicando conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2010). As intervenções não-farmacológicas e farmacológicas permitem com eficácia e segurança, reduzir a dor e a ansiedade causadas pela generalidade dos procedimentos invasivos nas crianças (DGS, 2012).

Para Brereton, citada por Mckenzie (1997) o tratamento farmacológico será mais eficaz quando combinado com estratégias não farmacológicas no controlo da dor. É importante referir que as crianças quando submetidas a procedimentos dolorosos em que o tratamento da dor foi inadequado, posteriormente, apresentam mais dor, mesmo quando são empregues medidas de alívio eficazes, ou seja, as experiências dolorosas tornam a criança mais vulnerável à dor e o modo como as crianças se lembram das experiências anteriores influenciam as suas respostas no futuro (Batalha, 2010).

O "simples ato de brincar" é o recurso que a criança possui para elaborar as suas defesas e comunicar espontaneamente com o que a rodeia. É através do brincar que a criança pode formular a sua realidade e demonstrar os seus sentimentos. O brincar gera prazer e é saudável para a criança. Esses fatores agem positivamente tornando um momento difícil (como é o caso da vacinação) num momento agradável (Mota, 2011).

Este Manual encontra-se dividido em quatro partes: a primeira parte é constituída pela fundamentação teórica relativa às estratégias não farmacológicas no controlo da dor, a segunda é relativa à importância do brincar no desenvolvimento infantil, a terceira parte refere-se à utilização da "Caixa Mágica" e por fim a conclusão.

# 1. ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR

---

O controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação dos cuidados de saúde, indispensável na humanização dos serviços de saúde (Batalha, 2010). As intervenções não-farmacológicas e farmacológicas permitem com eficácia e segurança, reduzir a dor e a ansiedade causadas pela generalidade dos procedimentos invasivos nas crianças (DGS, 2012).

As estratégias não-farmacológicas são geralmente intervenções de carácter psicológico, que ajudam a tornar a dor mais tolerável, diminuindo a ansiedade e também ajudando a tornar os analgésicos mais eficazes, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família (OE, 2013).

A sua seleção deve ter em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica (OE, 2013). Devem ser utilizadas em situações de procedimentos invasivos como a punção endovenosa, intramuscular ou subcutânea ou sempre que, após avaliação da dor, o valor obtido seja  $<4$  da escala numérica ou de faces (Hockenberry e Wilson, 2014). São, por isso, estratégias seguras, não invasivas e são consideradas ações de enfermagem autónomas (Ibid).

A importância do recurso a intervenções não farmacológicas deve-se ao facto de muitas delas modificarem o significado da dor. Pois, através da sua utilização, consegue-se uma reestruturação cognitiva, direccionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão (OE, 2013).

As estratégias não farmacológicas no controlo de dor são inúmeras, podem ir desde uma simples distração a outras técnicas que exijam mais tempo ou mesmo até alguns recursos materiais (Batalha, 2010).

Algumas dessas estratégias são:

- ◆ Comportamentais - envolvem o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor (por exemplo, o relaxamento);
- ◆ Cognitivas - utilizam métodos mentais para lidar com a dor (por exemplo, a informação prévia);
- ◆ Cognitivo-comportamentais - utilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que modificam a percepção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar (por exemplo, a distração e a imaginação guiada);
- ◆ Físicas ou periféricas - permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular (por exemplo, a aplicação de calor superficial seco ou húmido, o frio, o toque/massagem superficial, o posicionamento);
- ◆ Suporte emocional - implica a presença de alguém significativo que proporciona conforto;
- ◆ Ambientais - melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração (OE, 2013).

Uma estratégia importante é a presença dos pais (suporte emocional). A presença e a participação dos pais nos cuidados à criança com dor não podem ser esquecidas em pediatria. A separação dos pais é geradora de stresse e pode aumentar a percepção de dor na criança (Batalha, 2010). Os pais são quem melhor conhecem os seus filhos, por isso os enfermeiros devem valorizar e incentivar a participação parental na aplicação de medidas não farmacológicas que têm como objetivo a prevenção e o controlo da dor (Ibid). Durante os procedimentos invasivos (como a vacinação) os pais são nossos parceiros e ajudam-nos a cuidar e a perceber melhor a criança. É importante que os pais tenham conhecimento do que vai ser realizado para que possam também eles explicar aos filhos. A explicação às crianças deve ser feita de uma forma simples e verdadeira.

As intervenções não farmacológicas que têm sido recomendadas para o alívio e controlo da dor durante procedimentos de dor aguda em recém-nascidos são: o

posicionamento adequado do recém-nascido, o embalo, o contacto físico com os pais, a sucção não nutritiva, o aleitamento materno e a sacarose a 24% (OE, 2013).

Antes da realização dos procedimentos invasivos à criança/jovem deve ser fornecida a informação sobre os procedimentos a realizar, pois é um dever dos enfermeiros e um dos direitos da criança (OE, 2013). Esta informação deve ser adequada à idade da criança, coincidindo com o momento em que é realizado o procedimento, pois as crianças com idade inferior a seis não retêm informação por mais de uma hora (Ibid). Esta informação implica explicar as etapas dos procedimentos, por exemplo através de desenhos, vídeos ou manipulação do equipamento, de forma a reduzir a sua ansiedade e medo e por outro lado aumenta o seu autocontrolo (OE, 2013).

As crianças de todas as idades podem ser distraídas com leitura, música, vídeos de ação ou televisão, exercícios de respiração, em simultâneo à realização do procedimento (Chen, Joseph e Zeltzer, 2000 citados por OE, 2013).

Os bebés distraem-se facilmente com linguagem teatral ou mostrando alguma coisa que desperte o seu interesse, como um brinquedo brilhante e com movimento (Batalha, 2010; OE, 2013).

As crianças dos dois aos 6 anos gostam que lhes seja lido um livro (um super-herói que tira a dor), que cantem a canção favorita, de pequenos jogos ou bolas de sabão (Batalha, 2010; OE, 2013). As crianças a partir dos seis anos preferem os jogos, a música ou a televisão e contos (OE, 2013).

As crianças mais velhas preferem geralmente distrações do foro mais cognitivo como “discussões” acerca de filmes, da escola, jogos, música, imaginação guiada, técnicas respiratórias (OE, 2011; Batalha, 2010).

O humor é outra estratégia de comunicação com a criança e adolescente. O humor estimula expressões como o sorriso e o riso, associadas ao prazer e ao bem-estar (OE, 2013).

## **2. O BRINCAR E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

---

O brincar faz parte da vida da criança desde o início da Humanidade e é um dos principais processos onde são desenvolvidos as potencialidades e capacidades da criança. Através do brincar ocorre o desenvolvimento infantil (Ramos et al, 2012).

Segundo Gomes (2008) citado por Ramos et al (2012) brincar potencia o desenvolvimento da criança, ao brincar a criança explora e reflete sobre a realidade e a cultura na qual estão inseridas, aprende as regras e papéis sociais, aprende a conhecer, aprende a fazer, aprende a conhecer, aprende a fazer, aprende a conviver e aprende a ser.

Os enfermeiros devem reconhecer o brincar como atividade fundamental no desenvolvimento infantil saudável e devem utilizar o brincar como forma de comunicar com a criança (OE, 2013).

A Declaração dos Direitos da Criança das Nações Unidas (1990) é bem clara quando refere no artigo 31º que a criança tem direito aos tempos livres e o direito de participar em jogos e atividades recreativas próprias da sua idade. Brincar é a atividade mais importante da criança, privá-la disso é privá-la da oportunidade de crescer e se desenvolver com saúde (Martins et al, 2001). Também a Associação Internacional para o Direito da Criança Brincar (Instituto Apoio à Criança, 1986), tem feito um esforço para sensibilizar os adultos para a importância do brincar. A sua declaração sobre a criança e o direito de brincar refere que o brincar, a par da satisfação das necessidades básicas da nutrição, saúde, habitação e educação, é uma atividade fundamental para o desenvolvimento das capacidades potenciais de todas as crianças; o brincar é comunicação e expressão, que dá prazer e sentimento de realização e ajuda as crianças no seu desenvolvimento físico, mental, emocional e social (Diogo e Valeriano, 2001).

O brincar é a forma pela qual a criança comunica com o meio em que vive e expressa ativamente os seus sentimentos, ansiedades e frustrações e proporciona diversão, é uma oportunidade de crescerem e de se desenvolverem com saúde

(Dias, 2005; Mitre e Gomes, 2004). À medida que brinca, a criança vai melhorando as suas potencialidades, construindo interiormente o seu mundo. Aprende a agir, a curiosidade é estimulada, adquire iniciativa e autoconfiança, proporcionando o seu desenvolvimento cognitivo, psíquico, motor, afetivo e social. Como ser em desenvolvimento, a brincadeira vai se estruturando com base no que é capaz de fazer em cada momento, isto é, diferentes níveis de expressão, comunicação e relacionamento com o ambiente sociocultural no qual se encontra inserida.

A brincadeira das crianças evolui mais nos seis primeiros anos de vida do que em qualquer outra fase do desenvolvimento humano (Brougère, 1998).

### **As funções da brincadeira podem ser resumidas em:**

- ◆ Desenvolvimento sensório-motor: a brincadeira é essencial para o desenvolvimento muscular e é útil para libertar energia. As crianças mais novas correm pela alegria do movimento corporal, mas as mais velhas incorporam os movimentos em atividade cada vez mais complexas e coordenadas como corridas, jogos e andar de bicicleta; e permite ainda a estruturação das noções de espaço e de tempo e o desenvolvimento da noção de ritmo;
- ◆ Desenvolvimento intelectual: através da manipulação dos objetos a criança aprende as cores, formas, tamanhos, texturas e a importância dos objetos; aprende o significado dos números, associa palavras com os objetos, aprende as relações espaciais e ao brincar compreende melhor o mundo e a distinguir entre a realidade e a fantasia;
- ◆ Socialização: o seu primeiro contato social é com a mãe, mas através da brincadeira aprende a estabelecer relações com as outras crianças e a resolver os problemas associados a estes relacionamentos; a criança aprende a diferenciar o certo e o errado, os padrões da sociedade e assumir a responsabilidade pelos seus atos;
- ◆ Criatividade: a criança ao brincar tem muitas oportunidades para ser criativo, porque coloca em prática as suas ideias e utiliza os materiais a sua disposição;

- ◆ Auto consciencialização: através da brincadeira a criança consegue testar as suas responsabilidades, assumir e experimentar novos papéis e aprender o efeito que o seu comportamento tem nos outros;
- ◆ Valor moral: a interação com os colegas durante a brincadeira contribui de forma significativa para o treinamento moral, percebendo quais os comportamentos aceites pela cultura dos seus pares;
- ◆ Valor terapêutico: a brincadeira é terapêutica em qualquer idade. Através do brincar, a criança expressa as suas emoções e liberta os impulsos que não são aceites, mas de uma forma socialmente aceitável. Elas são capazes de transmitir ao observador as suas necessidades, medos e desejos que não conseguiria transmitir com a sua linguagem limitada (Hockenberry e Wilson, 2014).

A brincadeira lúdica é uma estratégia de comunicação terapêutica, constituída por diferentes técnicas que auxiliam na transmissão de informações verdadeiras, em linguagem adequada ao desenvolvimento infantil, com o objetivo de reduzir o nível de ansiedade e o medo ligados à realização de procedimentos invasivos (Aflalo, 2004 citado por OE, 2013).

O brincar – a brincadeira – é considerado um instrumento terapêutico quando as ações dos enfermeiros têm uma intencionalidade terapêutica. A mobilização de instrumentos de forma terapêutica na prática de enfermagem permite aos enfermeiros conseguirem alcançar benefícios para as crianças (McMahon e Pearson, 1998 citados por Pereira et al, 2010).

A brincadeira terapêutica centra-se no que a criança se encontra a viver ou experimentou anteriormente e serve-se da mesma para partilhar informação em ambos os sentidos, isto é, do enfermeiro para a criança e da criança para o enfermeiro (Glasper e Richardson, 2011 citados por OE, 2013). É muito útil na preparação para procedimentos (OE, 2013).

Para estabelecer a brincadeira lúdica e terapêutica é necessário utilizar como recurso o brinquedo terapêutico. É considerado um brinquedo estruturado para facilitar a expressão de sentimentos, suavizar o impacto de experiências

desconhecidas e estressantes, e permite assimilar novas situações e a compreensão da necessidade dos procedimentos a realizar. Uma das finalidades do brinquedo terapêutico é a preparação da criança para os procedimentos invasivos, possibilitando o manuseamento dos materiais que irão ser usados e dando primazia à comunicação entre a criança e o enfermeiro (OE, 2013).

Lebovici e Diatkine (1985) citados por Melo (2003) afirmam que o modo como a criança brinca é indicativo de como ela está e de como ela é. Assim a brincadeira abre as portas ao mundo da criança. Os enfermeiros, como profissionais de saúde que acompanham as crianças e as suas famílias devem promover o seu bem-estar e a otimização do seu desenvolvimento físico, emocional e social, através da promoção da brincadeira, nas consultas de saúde infantil, atividades comunitárias e de saúde escolar e no contexto dos cuidados de saúde primários (Ramos et al, 2012).

Piaget (1975) considera o jogo como o predomínio da assimilação sobre a acomodação. Esses mecanismos incidem diretamente no equilíbrio da criança. O processo de equilíbrio, juntamente com a maturação, a experiência física e as relações sociais, são responsáveis pelo desenvolvimento e aprendizagem de qualquer criança. Portanto, não há como pensar em brincadeira sem desenvolvimento e sem aprendizagem, bem como a sua importância para o desenvolvimento cognitivo, comportamental e intelectual da criança (Ibid).

Piaget (1975) ao analisar os jogos infantis, classificou-os de acordo com os tipos de estrutura que os caracterizam. Denominaram-se em exercício, símbolo e regra. O jogo de exercício é o primeiro a aparecer na criança e não há a intervenção de símbolos e de regras. É importante ressaltar que os jogos de exercício aparecem sempre que uma nova capacidade ou poder é adquirido e, portanto com o decorrer do tempo essas aquisições vão diminuindo e conseqüentemente a frequência destes jogos, principalmente com a aquisição da linguagem, deixam de ser predominantes (Ibid).

A segunda categoria de jogo defendida por Piaget (1975) é o jogo simbólico, este, diferentemente do jogo de exercício, necessita de uma representação do

objeto que está ausente, uma vez que é uma comparação entre o elemento dado e o elemento imaginado. A criança com dois anos adquire uma competência que até agora não tinha, ela agora é capaz de atividade simbólica, o que permite jogar ao faz de conta (Ibid). Esta habilidade, integrada ao processo de desenvolvimento, passa por importantes transformações da criança e tais mudanças refletem e talvez promovem avanços no seu desenvolvimento cognitivo (Valeriano e Diogo, 2001). Segundo Oliveira (1997, p.66) a “criança é levada a agir num mundo imaginário (...), onde a situação é definida pelo significado estabelecido pela brincadeira (...) e não pelos elementos reais e concretamente presentes”.

A terceira categoria de jogo descrita por Piaget (1975) é o jogo de regras, este é derivado tanto do jogo simbólico e do jogo de exercício. O jogo de regras surge como predominante nas brincadeiras das crianças aproximadamente a partir do quarto ano de idade e desenvolve-se durante toda a vida (Ibid).

Vygotsky (1998) citado por Oliveira (1997) refere que os brinquedos além de serem objetos da cultura humana, são também grandes aliados no desenvolvimento da criança, uma vez que criam situações de transição entre a ação da criança com objetos concretos e suas ações com significados.

É importante ter-se particular atenção à adaptação dos brinquedos/jogos à idade da criança, ao seu estado físico, ao seu estado psicológico, à sua personalidade e aos seus desejos específicos, e eventualmente, aos objetivos procurados pela equipa médica (lúdicos, preventivos, educativos, terapêuticos ou reeducativos) (Santos, 2011).

Também o desejo da criança face aos brinquedos e jogos que lhe são propostos, respeitar o momento em que tem vontade de começar a brincar, respeitar a escolha do brinquedo e respeitar também o seu grau de participação (Santos, 2011; Mitre e Gomes, 2004).

Wallon (1967) citado por Dias (2005) classifica o material lúdico em quatro categorias: o funcional, o de ficção, o de aquisição e o jogo de fabricação, correspondendo a cada um a determinada etapa do desenvolvimento.

O jogo funcional corresponde aos primeiros jogos das crianças. Nesta fase de desenvolvimento a criança ainda não tem consciência do jogo, mas experimenta cada função intensamente numa tentativa de conhecer todos os limites do novo domínio encontrado. Podem ser movimentos simples como tocar nos objetos, produzir sons, mas preparam o campo para a aquisição de competências como a fala, o andar e a manipulação dos objetos (Wallon, 1967 citado por Dias, 2005).

O jogo de ficção surge por volta dos 2 anos e nesta fase de desenvolvimento a criança gosta de inspirar-se no seu meio envolvente e de produzir imitações, o que lhe permite exprimir sentimentos, emoções e fazer um treino de imaginação. É importante o uso de bonecos, de fantoches, que permitam ou simulem acontecimentos imaginários (Wallon, 1967 citado por Dias, 2005).

O jogo de aquisição desenvolve a aquisição da linguagem, do raciocínio, da compreensão, que educam o ouvido e a visão, sendo importantes os dominós, cartas, os jogos sinónimos e homónimos e jogos de sociedade (Wallon, 1967 citado por Dias, 2005).

Os jogos de fabricação são jogos de construção, importantes para o desenvolvimento da atenção, concentração, paciência e independência (Wallon, 1967 citado por Dias, 2005). Na idade escolar os jogos envolvem um aumento da habilidade física e intelectual e das fantasias, gostam de jogos de cartas, de jogos de computador, música e gostam de ler (Hockenberry e Wilson, 2014).

### **3. UTILIZAÇÃO DA CAIXA MÁGICA**

---

Atualmente assiste-se a uma alteração no domínio da dor na criança, já que por um lado se alivia a dor provocada pelo episódio de doença aguda, também se tenta prevenir ou reduzir a dor, provocada pelos procedimentos invasivos dolorosos.

Como se referiu é importante que os enfermeiros reconheçam as estratégias não farmacológicas como um recurso primordial no controlo da dor do RN, da criança/jovem. O treino e a instrução destas estratégias assentam na metodologia da brincadeira lúdica e terapêutica, já anteriormente referidas.

**Os objetivos para a preparação da criança para procedimentos invasivos garantem os direitos das crianças e são:**

- Ter em atenção a idade da criança e o seu desenvolvimento cognitivo;
- Negociar a presença dos pais ou de alguém significativo;
- Facilitar a segurança e proteção pelos pais;
- Ajudar a criança e os seus pais a sentirem que são considerados pelo profissional;
- Estabelecer uma relação de confiança com a criança;
- Dar informação à criança de forma simples, exata e honesta sobre o que irá ser feito;
- Ajudá-la a sentir-se segura no momento em que for submetida ao procedimento;
- Proporcionar-lhe recursos que facilitem a perceção e a comunicação em relação à experiência;
- Diminuir o medo e ajudar a libertar o medo antes, durante e após o procedimento;
- Substituir conceitos errados e fantasias, levando-a a entrar em contacto com a realidade;
- Dar apoio que lhe permita expressar, de forma segura e de acordo com o seu nível de desenvolvimento, as emoções decorrentes da situação;

- Dar feedback positivo (a criança reage bem ao elogio);
  - Fornecer meios para que a experiência seja menos traumática possível ou até se transforme em uma experiência construtiva, isto é, de crescimento para a criança e pais;
  - Agrupar os procedimentos ou terapêuticas dolorosas.
- (OE, 2013)

A “Caixa Mágica” é constituída por um conjunto de materiais didáticos e lúdicos, nomeadamente caixa de música, roca, brinquedos de montar e desmontar, livros com ilustrações, plasticina, carros, aviões, quebra-cabeças, diplomas de bom comportamento e bola anti-stresse, adequados ao desenvolvimento da criança e que podem ser utilizados na vacinação como forma de distração e de alívio da dor.

No apêndice 1 apresenta-se de forma resumida as características do desenvolvimento psicossocial para cada etapa de desenvolvimento, as reações normais à dor, como proceder durante os procedimentos invasivos e quais os brinquedos adequados. É evidenciado, também, quais os materiais que constituem a “Caixa Mágica”.

## **4. CONCLUSÃO**

---

Com este manual pretendeu-se demonstrar a importância da brincadeira na infância, assim como refletir acerca da sua utilização, seja como instrumento terapêutico na abordagem com a criança ou como elemento promotor de um desenvolvimento infantil saudável.

Dessa forma, podemos considerar que a “Caixa Mágica” colabora para a melhoria na qualidade de cuidados a prestar pelos enfermeiros, além de tornar o ambiente do Centro de Saúde mais humanizado. Para que ocorra um ambiente favorável deve ser proporcionado às crianças sempre que possível, a utilização de brinquedos, de técnicas, e atividades que sirvam de recurso para tornar o momento dos procedimentos dolorosos o menos desagradável e assustador possível.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

Assembleia Geral das Nações Unidas (1990). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Unicef.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspetiva Desenvolvimentista*. (2ª ed.) Lisboa: Climepsi.

Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda. ISBN 978-972-757-593-0

Brougère, G. (1998). *Brinquedo e Cultura*. São Paulo: Cortez.

Dias, I.S. (2005). O Lúdico. *Educação & Educação*. 8. 121-133.

Direção Geral de Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.

Diogo, P. & Valeriano, J. (2001). O brincar: atividade de desenvolvimento e adaptação à vida. *Servir*. 49 (3). 110-116.

Ferland, F. (2006). *Vamos brincar? Na infância e ao longo de toda a vida*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-253-X.

Gomes, B. (2008). *A importância do brincar no desenvolvimento da criança*. Acedido a 2/12/2013 disponível em <http://malhaatlantica.pt/acae-cm/Bruno.htm>.

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (M.J.Gois Paixão, Trad.). (9ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Wong's, Nursing Care of Infants and Children, 9nd ed., 2011, New York: Elsevier).

Instituto de Apoio à Criança (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: IAC.

Instituto de Apoio à Criança (1986). *Declaração do IPA sobre a Criança e o Direito de Brincar*. Lisboa: IAC.

Mckenzie, I. & Gaukroger, P. (1997). *Manual of Acute Pain Management in Children*. London: Churchill Livingstone. ISBN 0-443-05321-9.

Melo, L. (2003). *Do vivendo para brincar ao brincando para viver: o desvelar da criança com câncer em tratamento ambulatorial na brinquedoteca*. (Dissertação de doutoramento em Enfermagem não publicada). Universidade São Paulo, São Paulo.

Mitre, R. M. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 9 (1). 147-154.

Mota, A.M. (2011). *A dor na criança e família*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Oliveira, M. K. (1997). *Desenvolvimento e aprendizado*. São Paulo: Scipione.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Maneiras deduzir o medo e a dor das crianças durante os procedimentos* - Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança*. Série 1. Número 6.

Pereira, A.M.; Nunes, J.; Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através de atividades de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar enfermagem*. 14(1). 24-38.

Piaget, J. (1975). *A formação do símbolo na criança*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

Ramos et al (2012). Brincar...essencial do desenvolvimento: os olhares atentos dos enfermeiros. *Percursos*. 7 (26). 49-60. ISSN 1646-5067.

Santos, L. (2011). *Porquê brincar no hospital*. Lisboa: Instituto Apoio à Criança.

## **APÊNDICE I - Características do desenvolvimento psicossocial**

## LACTENTE (0 – 12 MESES). FASE ORAL - CONFIANÇA vs. DESCONFIANÇA

Desenvolvimento Psicossocial	Reação à dor	Procedimento	Brinquedos adequados
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprendem através de atividades sensório-motoras (jogos repetitivos simples, manipulação de objetos);</li> <li>- Início da permanência de objeto e desenvolvimento da ansiedade da separação;</li> <li>- É a fase em que aprende a confiar nas pessoas que cuidam dele e lhe satisfazem as necessidades básicas (alimentação, higiene e conforto e segurança);</li> <li>- A segurança transmitida pelos pais permite adquirir uma confiança em relação ao que o rodeia;</li> <li>- São sensíveis ao contacto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chora alto, grita;</li> <li>- Procura pelos pais com os olhos e evita/rejeita o contato com estranhos;</li> <li>- Movimentos do corpo com rigidez e agitação;</li> <li>- Resistência física.</li> <li>- Empurra o estímulo para longe depois de aplicado;</li> <li>- Expressão facial de dor: sobrancelhas baixas e aproximadas, com um sulco entre elas, franzir da testa, olhos fechados, abertura das fossas nasais e boca aberta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avalie o grau de ansiedade dos pais/pessoa significativa e envolva-os nos cuidados, respeitando o seu ritmo;</li> <li>- Coloque o bebé numa posição em que lhe seja possível ouvir o coração da mãe/pessoa significativa e sentir o seu cheiro;</li> <li>- Se possível, deixar que fique ao colo durante o procedimento. Mas se não for possível, mantenha os pais dentro do ângulo de visão do bebé;</li> <li>- Use voz, gestos e movimentos calmos, suaves, delicados e pausados;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brinquedos macios, com cores vivas, que produzem sons;</li> <li>- Roca, telemóvel e caixinha de música;</li> <li>- Panos macios;</li> <li>- Bola com espelho e som, bola macia;</li> <li>- Livros com música e texturas em relevo.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>A Caixa Mágica contém:</b></p> <p>Roca, telemóvel, caixa de</p>

corporal, principalmente ao toque;  - A presença dos pais/pessoa significativa é, geralmente uma fonte de conforto.		-Permita que o bebê use a sucção não nutritiva ou dar-lhe um brinquedo colorido ou que emita som, de preferência que tenha significado para ela.	música.
---	--	--	---------

**TODDLER (1 – 3 ANOS). FASE ANAL – AUTONOMIA vs. DÚVIDA E VERGONHA**

Desenvolvimento Psicossocial	Reação à dor	Procedimento	Brinquedos adequados
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acelerado desenvolvimento motor grosso (andar, correr) e fino (desenhar, pintar);</li> <li>- Aprende por observação e imitação dos outros;</li> <li>- É a fase egocêntrica;</li> <li>- Já fala mas apenas compreende instruções relativamente simples;</li> <li>- Promover um ambiente tranquilo e sem elementos que aparentemente ameça;</li> <li>- Não gosta de ser contido ou que lhe restrinjam os movimentos;</li> <li>- Podem sentir mais ansiedade se os pais não estiverem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chora alto e grita (antes, durante e após os procedimentos);</li> <li>- Agarra-se aos pais/pessoa significativa;</li> <li>- Expressão facial de dor ou raiva: são idênticas às do lactente mas com os olhos abertos e cerra os dentes;</li> <li>- Pode ficar irrequieta e irritável, podendo apresentar resistência e até comportamentos agressivos (morder, bater, fugir), afastando deliberadamente a área estimulada;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A abordagem deve ser calma e gradual;</li> <li>- Explicar o procedimento, utilizando palavras simples e frases curtas;</li> <li>- Usar o brincar durante o procedimento;</li> <li>- Dar uma razão simples e honesta para o procedimento;</li> <li>- A abordagem em relação à criança deve ser firme e segura;</li> <li>- Os comportamentos positivos da criança devem ser recompensados e a criança deve participar no</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonecos de tecido e carrinhos;</li> <li>- Livros com ilustrações;</li> <li>- Brinquedos de empurrar ou puxar;</li> <li>- Brinquedos de montar e desmontar;</li> <li>- Brinquedos musicais;</li> <li>- Brinquedos de variadas texturas</li> <li>- Bolas de sabão;</li> <li>- Material de desenho (papel e lápis);</li> </ul>

<p>presentes durante um procedimento doloroso;</p> <p>- Através do brinquedo a criança consegue expressar os seus sentimentos, medos e fantasias.</p>	<p>- Utiliza palavras para verbalizar a dor (ui, ai, dói...);</p> <p>- Não coopera: é necessária contenção física.</p>	<p>procedimento;</p> <p>- Colocar um penso no local da punção;</p> <p>- Estimular a presença dos pais e a sua colaboração.</p>	<p>- Fantoches de dedo.</p> <p><b>A Caixa Mágica contém:</b></p> <p>Livros com ilustrações, carrinhos, brinquedos de montar e desmontar, brinquedo musical e bolas de sabão.</p>
---	--	--	--

**PRÉ-ESCOLAR (3 – 5/ 6 ANOS). FASE FÁLICA – INICIATIVA vs. CULPA**

Desenvolvimento Psicossocial	Reação à dor	Procedimento	Brinquedos adequados
<ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança não tem pensamento abstrato, tudo é concreto e direto;</li> <li>- Pensamentos mágicos em relação à dor;</li> <li>- Tem medo da mutilação apesar de o seu conceito de imagem corporal ainda estar pouco desenvolvido;</li> <li>- Acredita na dor como sendo punição por alguma coisa que fez de mal;</li> <li>- Precisa de sentir que tem controlo na situação;</li> <li>- Reage de forma positiva a palavras e atitudes que tenham em conta o seu pensamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chora alto e grita;</li> <li>- Tem medo das lesões corporais;</li> <li>- Já utiliza a linguagem para exprimir a dor: utiliza expressões do tipo “ai!,isso dói!”;</li> <li>- Não coopera, agita os braços e as pernas, pelo que pode ser necessária a contenção física;</li> <li>- Procura afastar o estímulo doloroso para longe antes de ser aplicado;</li> <li>- Procura atrasar procedimentos dolorosos (“Não! Espera!”);</li> <li>- Pede para parar os</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar o procedimento pouco tempo antes da sua realização, de uma forma simples;</li> <li>- Evitar utilizar expressões que possam ser mal interpretadas pela criança;</li> <li>- Dar à criança instruções específicas do que pode ou não fazer, centrar a comunicação na criança;</li> <li>- Utilizar brinquedos ou histórias para explicar o procedimento ou permitir que a criança dramatize a situação;</li> <li>- Certificar que os procedimentos não são interpretados como castigo;</li> <li>- Incentivar os pais a ficar junto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bolas coloridas;</li> <li>- Plasticina;</li> <li>- Fantoques ou bonecos variados;</li> <li>- Instrumentos musicais;</li> <li>- Jogos e quebra-cabeças simples;</li> <li>- Lápis de cor e papel para desenhar;</li> <li>- Livros com diferentes ilustrações e histórias alegres;</li> <li>- Meios de transporte (comboios, automóveis, motos, aviões, barcos e tratores);-</li> <li>- Diplomas ou medalhas de bom comportamento.</li> </ul>

<p>mágico;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os brinquedos nesta fase devem auxiliar a criança a entrar no mundo da fantasia.</li> </ul>	<p>procedimentos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tende a culpar outros pela própria dor;</li> <li>- Procura apoio emocional e consolo físico (abraços, colo...) e agarra-se aos pais/pessoa significativa.</li> </ul>	<p>da criança, segurando a mão e conversando com ela, para que possa visualiza-los;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elogiar os comportamentos positivos da criança.</li> </ul>	<p><b>A Caixa Mágica contém:</b></p> <p>Plasticina, quebra-cabeças simples, livros com ilustrações, automóveis e aviões, diplomas de bom comportamento.</p>
---	---	---	---

## IDADE ESCOLAR (6 – 12 ANOS). FASE LATÊNCIA – INDÚSTRIA vs. INFERIORIDADE

Desenvolvimento Psicossocial	Reação à dor	Procedimento	Brinquedos adequados
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se atingirem os seus objetivos sentem-se competentes e produtivos, caso contrário, sentem-se inferiores e inseguros;</li> <li>- Querem saber se o procedimento vai ser doloroso, para que serve, como é que vão melhorar, e o que poderá acontecer se não o realizarem;</li> <li>- São extremamente sensíveis a questões que envolvem mentir ou dizer a verdade, sendo muito importante a honestidade;</li> <li>- Gostam de se sentir cooperantes e elogiados nas atividades;</li> <li>- Confia mais nos seus próprios recursos de coping auto-iniciados do que nos pais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportamento verbalizando frases como “espera um minuto” ou “ainda não estou pronto”;</li> <li>- Rigidez muscular: punhos cerrados, articulações dos dedos pálidas, dentes cerrados, membros contraídos, olhos fechados, testa franzida;</li> <li>- Preferem participar no procedimento ou distanciam-se e preferem não olhar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clarificar todos os procedimentos usando terminologia científica correta, podem inclusivamente utilizar desenhos simples de anatomia e fisiologia e explicar sempre a utilidade do equipamento;</li> <li>- Dar informações específicas sobre as partes do corpo onde se vai realizar o procedimento;</li> <li>- Explicar à criança o que pode fazer para ajudar e elogiar sempre a sua colaboração;</li> <li>- Permitir que tenha a responsabilidade de executar tarefas simples (segurar o adesivo, por exemplo);</li> <li>- Converse calmamente com a criança sobre o procedimento antes e após o mesmo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Materiais de papelaria;</li> <li>- Instrumentos musicais e eletrónicos;</li> <li>- Jogos;</li> <li>- Jogos de tabuleiro;</li> <li>- Brinquedos colecionáveis;</li> <li>- Brinquedos eletrónicos;</li> <li>- Jogos de cartas;</li> <li>- Bolas anti-stresse;</li> <li>- Quebra-cabeças.</li> </ul> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">A Caixa Mágica contém:</p> <p>Bola anti-stresse e quebra-cabeças</p>

**ADOLESCENTE (12 – 18 ANOS). FASE GENITAL - IDENTIDADE vs. CONFUSÃO DE PAPÉIS**

<b>Desenvolvimento Psicossocial</b>	<b>Reação à dor</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Brinquedos adequados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- É a fase em que estabelece uma identidade própria, quando se dão as grandes alterações físicas, psicológicas e sociais;</li> <li>- Existe uma enorme insegurança relativamente às suas atitudes e responsabilidades futuras;</li> <li>- Compreende conceitos abstratos;</li> <li>- Reage geralmente aos procedimentos com grande auto controle, tendo relutância em expressar a sua dor;</li> <li>-Preocupa-se com a sua privacidade;</li> <li>- É muito atento e sensível no que toca à sua imagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procura reagir com auto-controlo aos procedimentos, podendo ter relutância em verbalizar a dor;</li> <li>- Tem menos atividade motora e menos protesto verbal;</li> <li>- Maior tensão muscular e controlo corporal (os punhos poderão estar firmemente fechados, por exemplo);</li> <li>- Com palidez e ar assustado;</li> <li>- A expressão facial pode não ser um elemento fiável para avaliar a dor;</li> <li>- Acredita que os profissionais de saúde sabem quando é</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o máximo de informação possível sobre o procedimento a efetuar, explicando como este poderá colaborar;</li> <li>- Conversar com o adolescente, percebendo quais as suas reais preocupações, nomeadamente se o procedimento implicar qualquer alteração na sua imagem e integridade corporal;</li> <li>- Proporcionar privacidade durante o procedimento e permitir escolhas possíveis a respeito do mesmo se possível;</li> <li>- Proporcionar ao adolescente, a decisão de os pais o acompanharem ou de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jogos de cartas e palavras cruzadas;</li> <li>- Puzzles;</li> <li>- Quebra- cabeças;</li> <li>- Bola anti-stresse.</li> </ul> <p align="center"><b>A Caixa Mágica contém:</b></p> <p>Bola anti-stresse e quebra-cabeças.</p>

<p>corporal;</p> <p>- Tem um sentimento de onipotência (nada os magoa, o que pode levar a incumprimento dos tratamentos).</p>	<p>necessária terapia farmacológica analgésica, pelo que é normal não a pedir.</p>	<p>aguardarem noutra local.</p>	
---	--	---------------------------------	--

**APÊNDICE VI – Dossier: “Manual do brincar terapêutico para crianças hospitalizadas”**

# Manual do Brincar Terapêutico Para Crianças Hospitalizadas no Internamento de Pediatria



Realizado no Contexto do Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em  
Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Realizado por: Maria José Cruz Mendonça

Professor orientador: Professora Filomena Sousa

Enfermeiro de Referência: Enfermeira Especialista Cidália Gonçalves

Fevereiro de 2014

“Privar uma criança de brincar,  
é privá-la do prazer de viver.”

Françoise Dolto

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>1. HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL</b> .....	5
<b>2. A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR</b> .....	8
2.1. Brincar terapêutico.....	11
2.2. Quando deve ser promovida a brincadeira no hospital.....	14
<b>3. O BRINCAR COMO UM INSTRUMENTO TERAPÊUTICO PARA O ENFERMEIRO</b> .....	16
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	21
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	22

### APÊNDICES

Apêndice I – Atividades de brincar terapêutico

Apêndice II – Kit sorriso, no Cuidar em pediatria

Apêndice III – Técnica de Utilização do Brinquedo Terapêutico

Apêndice IV – Brincar em todas as idades

## INTRODUÇÃO

---

O Manual do Brincar Terapêutico para Crianças Hospitalizadas foi realizado no âmbito do 3º Semestre - Estágio com Relatório, integrado no 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, na experiência de estágio Internamento de Pediatria.

O Manual tem como objetivo principal orientar a utilização de atividades de brincar terapêutico e a utilização do Kit sorriso, no Cuidar em pediatria e faz parte do projeto de estágio” A adaptação da criança à situação de doença e hospitalização: o brincar como instrumento terapêutico de enfermagem”.

A doença e hospitalização são experiências que exigem uma profunda adaptação da criança às diversas mudanças que ocorrem no seu quotidiano, impedindo-a de frequentar ambientes que favorecem o seu desenvolvimento saudável. Esta adaptação pode ser suavizada pelo fornecimento de certas condições como a presença dos familiares, disponibilidade afetiva dos profissionais, informação, atividades recreativas, entre outros (Furtado e Lima, 1999).

O brincar faz parte da vida da criança desde o início da Humanidade e é um dos principais processos onde são desenvolvidos as potencialidades e capacidades da criança. Através do brincar ocorre o desenvolvimento infantil. Segundo Gomes (2008) citado por Ramos et al (2012) o brincar potencia o desenvolvimento da criança, ao brincar a criança explora e reflete sobre a realidade e a cultura na qual estão inseridas, aprende as regras e papéis sociais, aprende a conhecer, aprende a fazer, aprende a conhecer, aprende a fazer, aprende a conviver e aprende a ser.

Os enfermeiros devem reconhecer o brincar como atividade fundamental no desenvolvimento infantil saudável e devem utilizar o brincar como forma de distração, recreação ou como um instrumento terapêutico de enfermagem

O presente documento encontra-se dividido em várias partes. É composto pela introdução, pela temática da hospitalização infantil e do papel do enfermeiro no processo de adaptação da criança à situação de doença e hospitalização, dando ênfase ao brincar terapêutico e à adaptação dos brinquedos a cada estágio de

desenvolvimento. Em apêndices encontram-se reunidas atividades referentes ao brincar terapêutico a utilizar em crianças hospitalizadas e a descrição do Kit Sorriso, no Cuidar em pediatria.

## 1. HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

---

A experiência da hospitalização da criança é considerada uma situação potencialmente traumática, que pode desencadear sentimentos diversos, como angústia, ansiedade e medo diante de uma situação desconhecida ou ameaçadora para a criança e para os pais/pessoa significativa. Podendo provocar alterações no desenvolvimento da criança e comprometer o seu processo de interação com o meio ambiente e pode contribuir para um risco acrescido de perturbações de comportamento e de psicopatologia a médio e a longo prazo (Motta e Enumo, 2004; Barros, 2003; Schmitz, Piccoli e Viera, 2003).

Autores como Santos (2001) e Tavares (2011) completam esta ideia ao afirmarem que a hospitalização é considerada uma das primeiras crises com que a criança se depara, difícil de ser vivenciada, devido, entre outros fatores, aos limitados mecanismos de defesa que esta apresenta.

Quinton e Rutter (1976) e Rutter e Rutter (1993) citados por Barros (2003) referem que as consequências negativas da hospitalização estão associadas às experiências prévias de separação, à perturbação e carências básicas na família, à ansiedade parental, à separação do ambiente familiar e à interrupção nos cuidados básicos por um adulto responsável. Hockenberry e Wilson (2014) enfatizam ainda a idade, o desenvolvimento, a experiência anterior de doença, os mecanismos de defesa inatos ou adquiridos, o diagnóstico e os sistemas de apoio, como fatores importantes a considerar nas reações da criança à doença e hospitalização.

Segundo Barros (2003) a hospitalização é considerada mais marcante no período entre os seis meses e os quatro anos. Já que antes dos seis meses os bebês ainda não terão estabelecido uma vinculação suficientemente forte e as crianças mais velhas estarão mais protegidas pelas suas capacidades cognitivas para manter relações estáveis apesar da separação, para compreender a necessidade dos tratamentos e para controlar melhor os medos e ansiedades (Ibid).

As crianças mais pequenas não têm memória de experiências anteriores relacionadas com os procedimentos invasivos anteriores e por isso não antecipam o sofrimento, mas em contrapartida podem reagir violentamente à aproximação dos

enfermeiros (Barros, 2003). Dos seis aos trinta meses a principal fonte de stresse na hospitalização é a separação dos pais ou pessoa significativa (Ibid).

No toddler as explicações sobre os procedimentos e hospitalização devem ser simples e breves, porque eles interpretam literalmente o que lhes é dito, e colaboram pouco nos tratamentos invasivos (Hockenberry e Wilson, 2014).

Na idade pré-escolar a criança é muito egocêntrica, acredita que os seus pensamentos são poderosos, acreditando que os procedimentos são um castigo ou punição, o que dificulta aceitação de um procedimento. São vulneráveis aos procedimentos invasivos, porque o conceito de integridade corporal ainda não está desenvolvido (Hockenberry e Wilson, 2014).

A criança em idade escolar receia mais as intervenções invasivas ligadas ao tratamento, as incapacidades físicas, as lesões permanentes e o medo da morte. As crianças nesta idade reagem com mais intensidade à separação das suas atividades habituais e dos seus pares do que propriamente à ausência dos pais, sendo importante manter-se, quando possível, as atividades letivas no internamento. Muitas das vezes o papel passivo imposto, por exemplo, pelo repouso forçado no leito, não poder escolher a roupa a vestir e a comida que deseja, a escassez de privacidade, reduzem o poder sobre si próprio e sobre as suas atividades diárias, afetando assim a sua identidade pessoal. Compreendem e colaboram mais nos atos médicos, por conhecerem melhor o significado das doenças e do nível de dor, mas podem ter maior dificuldade em expressar por sua iniciativa os seus sentimentos, pelo que os enfermeiros deverão estar alerta aos sinais não-verbais da criança (Algren, 2006; Barros, 2003; Cibreiros e Oliveira, 2001; Santos, 2011; Hockenberry e Wilson, 2014; Martins et al, 2001).

A promoção da saúde não se restringe apenas à resolução da situação de doença e redução do tempo de permanência no hospital. É necessário que se proporcione recursos à criança de modo a atravessar a situação de hospitalização ou de doença com mais benefícios que prejuízos. Este tipo de postura pode fazer com que esta situação não seja somente de dor e sofrimento, mas também rica em

significados, contribuindo para a saúde da criança, no sentido amplo do termo (Mello e cols., 1999; Oliveira e cols., 2003 citados por Carvalho e Begnis, 2006).

A hospitalização pode apresentar-se como uma oportunidade da criança aprender a vencer o stresse e a sentir-se competente nos seus mecanismos de coping, amplificando, desta forma, a sensação de competência da mesma. Como aprender que é capaz de fazer frente face à dor, de estar num lugar estranho e longe de casa, de desembaraçar-se e solicitar ajuda e apoio de diferentes adultos, e que os médicos e os enfermeiros a podem ajudar a curar-se e a diminuir o seu sofrimento (Barros, 2003; Hockenberry e Wilson, 2014).

As crianças no ambiente hospitalar têm as mesmas necessidades emocionais e sociais básicas que são próprias da infância, ou seja, necessitam de oportunidades para desenvolver as suas habilidades motoras, sociais, de linguagem e capacidades psicológicas (Castro et al, 2010). Para ajudar a obtê-las, a criança necessita de um ambiente com estimulação adequada, de oportunidades de explorar e brincar, necessita de informações e explicações relativas ao hospital, aos procedimentos, às rotinas, e necessita, sem dúvida, de conhecer os profissionais de quem dela cuidam (Ibid). A Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2009) sublinha que as condições de hospitalização adequadas às crianças devem incluir, entre outros, espaços próprios e zonas de brincar. Toda e qualquer intervenção que possa atenuar a imagem do hospital aos “olhos da criança” e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem têm benefícios no seu desenvolvimento saudável (Geller, 2000, in Quiles et Carrillo, p. 20 citados por Redondeiro, 2003).

Oliveira, Dias e Roazzi (2003) salientam que ao integrar-se o brincar durante a hospitalização é possível que a criança acesse a situação de hospitalização ou de doença com mais benefícios que malefícios, fazendo com que a mesma não seja somente sinónimo de dor e de sofrimento, que seja também uma situação rica em conteúdos com significados e que contribuam para a sua saúde, no sentido amplo do termo, biopsicossocial e cultural.

## 2. A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

---

O brincar deve ser considerado como uma atitude soberana da criança e um direito universal.

A Declaração dos Direitos da Criança das Nações Unidas (1989) é bem clara quando refere no artigo 31º que a criança tem direito ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e atividades recreativas próprias da sua idade e de participar livremente na vida cultural e artística. Também a Associação Internacional para o Direito da Criança Brincar (Instituto Apoio Criança, 1986) tem feito um esforço para sensibilizar os adultos para a importância do brincar. A sua declaração sobre a criança e o direito de brincar refere que o brincar, a par da satisfação das necessidades básicas da nutrição, saúde, habitação e educação, é uma atividade fundamental para o desenvolvimento das capacidades potenciais de todas as crianças; o brincar é comunicação e expressão, que dá prazer e sentimento de realização e ajuda as crianças no seu desenvolvimento físico, mental, emocional e social (Diogo e Valeriano, 2001).

É definido, também, como a forma pela qual a criança comunica com o meio em que vive e expressa ativamente os seus sentimentos, ansiedades e frustrações e proporciona diversão, é uma oportunidade de crescerem e de se desenvolverem com saúde (Dias, 2005; Mitre e Gomes, 2004). Ao brincar, a criança torna-se criativa e reinventa o mundo, desenvolve a afetividade e, por meio do faz-de-conta, explora os seus próprios limites, “partindo para uma aventura que poderá levá-la ao encontro de si mesma” (Kiche e Almeida, 2009, p. 125). Esta atividade faz parte da vida da criança e é inerente à infância, sendo considerada um dos principais processos onde são desenvolvidas as potencialidades capacidades das crianças. Parecendo assim, consensuais os benefícios da brincadeira, dos quais se destacam: desenvolvimento sensorio motor, desenvolvimento intelectual, socialização, criatividade, auto consciencialização, valor moral e o valor terapêutico implícito na brincadeira (Hockenberry e Wilson, 2014).

Alguns autores como Almeida (2008) centram a essência do brincar nas crianças dos quatro aos oito anos, considerando-a uma parte essencial do desenvolvimento e da aprendizagem social e intelectual, a criança transporta para a brincadeira a admiração pelos adultos e vai aprendendo vários comportamentos dos adultos, como as entoações de voz e os gestos.

Durante o primeiro ano de vida, o brincar torna-se mais sofisticado e interdependente. Até aos três meses as respostas dos lactentes ao ambiente são globais e em grande parte diferenciadas. Dos três aos seis meses os lactentes demonstram um interesse mais discriminado nos estímulos e começam a brincar sozinhos, é importante oferecer-lhes, por exemplo, uma roca ou um peluche. Dos seis meses até ao ano de idade, o jogo envolve competências sensoriomotoras, nesta fase o jogo é mais seletivo, solitário, mas gostam de escolher a pessoa com quem vão interagir. A estimulação através do jogo é tão importante para o crescimento psicossocial como a comida para o crescimento físico, favorecendo o contato interpessoal e criativo e a estimulação educacional (Hockenberry e Wilson, 2014).

No toddler o jogo solitário é substituído pelo jogo paralelo, fase a criança inspeciona o brinquedo, fala com ele e inventa diversos usos para cada brinquedo, favorecendo a criatividade. A imitação é das características mais marcantes do jogo e favorece a fantasia durante as brincadeiras. O aumento das capacidades motoras do toddler favorece o uso de brinquedos como carrinhos de empurrar, bolas de diferentes tamanhos e os cavalos de baloiço. Jogos que envolvam o uso de lápis, giz e puzzles treinam a motricidade fina em desenvolvimento na criança. Nesta fase em que se desenvolvem competências linguísticas é importante oferecer brinquedos musicais, livros de histórias, bonecos falantes e telefones de brincar, ou então permitir por tempo limitado de 1 a 2 horas programas televisivos apropriados a esta faixa etária (Hockenberry e Wilson, 2014).

O jogo associativo é especialmente característico na criança em idade pré-escolar, gostam de brincar em grupo, como saltar, correr e escalar, sem regras rígidas, favorecendo as suas competências motoras e aprendizagem de regras de segurança. As atividades mais típicas nesta fase são a imitação, a imaginação e a

dramatização. Gostam de bonecos, cozinhas infantis, casinhas de bonecas, telefones, carros, aviões, brinquedos que simulem uma profissão, instrumentos musicais, blocos de construção, puzzles grandes, livros para pintar (Hockenberry e Wilson, 2014).

Na criança em idade escolar os jogos e as brincadeiras adquirem novas dimensões, permitindo não só o aumento das capacidades físicas, intelectuais e de fantasia como o sentimento de pertença a uma equipa ou grupo, extremamente importante na cultura da infância. Com o sentimento de pertença a um grupo começam a sentir a necessidade de regras algumas vezes rígidas. O jogo, o comportamento e a linguagem são caracterizados pela conformidade e pelo ritual. No jogo em equipa aprende-se a necessidade de interação com os pais, aprendem a submeter os objetivos pessoais em detrimento dos objetivos do grupo, aprendem o conceito de interdependência e a confiança. Além de aprenderem que a divisão do trabalho é uma estratégia eficaz para alcançar objetivos e aprendem sobre a própria natureza da competição, porque há sempre um lado que perde ou que ganhar, favorecendo assim o desenvolvimento de competências sociais, intelectuais e cognitivas. As crianças gostam de jogos de cartas e de computador cada vez mais complexos. Nunca se cansam de ler histórias e gostam ainda que lhes leiam em voz alta. Escolhem atividades criativas e atléticas como a música, a natação, o karaté e a dança (Hockenberry e Wilson, 2014).

O que foi mencionado anteriormente tem um importante valor na criança saudável e assume a sua plenitude na criança doente e hospitalizada.

A Carta da Criança Hospitalizada (1988) enfatiza que o direito aos melhores cuidados é um direito fundamental para as crianças. O artigo 6º é explícito quando refere que as crianças devem beneficiar de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança (Ibid).

O brincar possibilita que as experiências e sentimentos passados, os vários medos, a dor do tratamento possam ser revividos de formas mais aceitáveis, possibilitando-lhes maior domínio sobre as situações, além de ser uma tentativa de resgatar a alegria escondida quando ocorre o aparecimento da doença. Para

Hockenberry e Wilson (2014) as funções do brincar no hospital são: proporcionar diversão e relaxamento, ajudar a criança a sentir-se mais segura, diminuir o stresse da separação e sentimentos de saudade de casa, proporcionar a libertação do stresse e a expressão de sentimentos, incentivar a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos outros e colocar a criança num papel ativo, proporcionando a oportunidade de fazer escolhas e obter algum controlo.

Por isso, deverão manter-se todos os esforços para que a criança brinque durante a sua estadia no hospital. Desta forma, o brincar deverá ser encarado como um recurso a ser utilizado para ajudar a criança a vivenciar e a ultrapassar a experiência da hospitalização. O brincar deve ser, assim, considerado um instrumento de trabalho para os enfermeiros, quando prestam cuidados às crianças durante uma situação de doença ou hospitalização (Tavares, 2011).

### **2.1. Brincar terapêutico**

O brincar é considerado um instrumento terapêutico porque as ações de enfermagem têm uma intencionalidade terapêutica. A mobilização de instrumentos de forma terapêutica na prática de enfermagem permite aos enfermeiros conseguirem alcançar benefícios para a pessoa que cuidam, desenvolvendo intervenções com intuito não só de promover a sua recuperação, como também de garantir o seu bem-estar atendendo à sua individualidade (McMahon e Pearson, 1998 citados por Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo, 2010).

O brincar - a brincadeira - deve ser encarado como um instrumento a ser utilizado pelos enfermeiros para ajudar a criança a vivenciar e ultrapassar a experiência da doença e hospitalização com o mínimo de sequelas, promovendo a sua adaptação ao ambiente hospitalar (Tavares, 2011).

Segundo Mathison e Butterworth citados por Glasper e Haggarty (2006) a brincadeira no hospital pode ser dividida em três tipos: a brincadeira educativa que tem como finalidade dar informação ou explicações acerca do hospital; a brincadeira normativa também referida como a brincadeira do dia-a-dia que pode ser oferecida dentro do hospital para fazer a ligação entre este e o ambiente familiar, o que oferece uma normalidade, familiaridade, conforto e segurança à criança; e a

brincadeira terapêutica que está relacionada com o que a criança se encontra a experienciar (ou experienciou anteriormente), e utiliza a brincadeira para partilhar informação em ambos os sentidos, da criança para o enfermeiro e do enfermeiro para a criança.

A brincadeira terapêutica deve ser contemplada como uma ferramenta essencial do Cuidar em enfermagem, fomentando uma relação terapêutica entre a criança, família e enfermeiro. Uma das formas de estabelecer esta brincadeira é por intermédio do brinquedo terapêutico (Tavares, 2011).

O brinquedo terapêutico é descrito como um divertimento infantil ou jogo, estruturado, que possibilita à criança aliviar a ansiedade gerada por experiências consideradas ameaçadoras e requerem mais do que recreação, para que sejam resolvidas (Steele, 1981 citado por Cintra, Silva e Ribeiro, 2006). Proporciona à criança hospitalizada a oportunidade de reorganizar a vida e diminuir a ansiedade, podendo ser utilizado para ajudar a criança a reconhecer os seus sentimentos, assimilar novas situações e a compreender o que se passa durante a hospitalização (Hockenberry e Wilson, 2014). O brinquedo terapêutico é considerado uma ferramenta fundamental para os profissionais de saúde, principalmente, quando há necessidade de realizar procedimentos invasivos, propiciando maior aceitação e cooperação (Martins et al, 2001; Kiche e Almeida, 2009).

De acordo com sua finalidade e a intenção de seu uso, o brinquedo terapêutico pode ser classificado em três tipos:

- ◆ Brinquedo Terapêutico Dramático: que tem a finalidade de permitir à criança exteriorizar as experiências que tem dificuldade de verbalizar, a fim de aliviar tensão, expressar sentimentos, necessidades e medos;
- ◆ Brinquedo Terapêutico Capacitador de Funções Fisiológicas: que é utilizado para capacitar a criança para o autocuidado, de acordo com o seu desenvolvimento, condições físicas e prepará-la para aceitar a sua nova condição de vida.
- ◆ Brinquedo Terapêutico Instrucional: que é indicado para preparar e informar a criança dos procedimentos terapêuticos a que deverá se submeter, com a

finalidade de se envolver na situação e facilitar sua compreensão a respeito do procedimento a ser realizado (Vessey e Mahon, 1990 citados por Cintra, Silva e Ribeiro, 2006).

O brinquedo terapêutico consiste, ainda, na utilização de objetos como um conjunto de bonecos que representam várias situações da vivência hospitalar ou que representam os principais órgãos do corpo humano, que podem ser removidos e aplicados através de velcro, e ainda bonecos com os diferentes procedimentos invasivos. O que se pretende com este material lúdico é representar uma patologia, um tratamento ou um exame. Estes materiais apoiam e facilitam a compreensão das explicações orais dadas pela equipa de saúde, aumentam o conhecimento da criança e dos pais e a criança pode ver, tocar, manusear, cheirar (Santos, 2011).

Em Portugal, destaca-se o kit dói que não dói constituído por personagens para manipulação, representando diferentes áreas do hospital, material médico real, bonecos com vários órgãos para explicação das diferentes patologias e bonecos a representar patologias específicas. Pressupõe-se que a utilização dos materiais que constituem este kit permita o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que favorecem o controlo da dor associada aos procedimentos e estimule a cooperação e a criatividade dos vários intervenientes, através do ato de brincar (OE, 2013).

Segundo alguns autores (Campos, Rodrigues e Pinto, 2010; Tavares, 2011) os benefícios da utilização do brincar enquanto instrumento terapêutico são evidentes na idade pré-escolar e escolar, porque nesta idade a criança já domina as competências cognitivas e intelectuais necessárias para a realização desta atividade.

Neste contexto, foram criadas algumas **atividades de brincar terapêutico** (apêndice I), **desenvolveu-se o Kit Sorriso, no Cuidar em pediatria** (apêndice II). E, descreveu-se **a técnica de utilização do brinquedo terapêutico**, tendo sido criada uma **história** que pode servir de exemplo na criação de muitas outras histórias que retratam o ambiente hospitalar (apêndice III).

O Kit Sorriso, no Cuidar em Pediatria é constituído por uma variedade de materiais hospitalares, didáticos e lúdicos, nomeadamente compressas, adesivos, ligaduras, máscaras, barretes, luvas cirúrgicas, seringas, brinquedos com texturas, livros de histórias, boneco para servir de modelo, bola anti-stresse e fantoches. Estes materiais destinam-se à aprendizagem de estratégias para diminuir o medo e a ansiedade da criança e família, associados à hospitalização e à realização de procedimentos invasivos ou não.

A utilização dos materiais do Kit permite ainda o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que favorecem o controlo da dor associada aos procedimentos e estimula a cooperação e a criatividade dos vários intervenientes, através do ato de brincar (OE, 2013).

## **2.2. Quando deve ser promovida a brincadeira no hospital?**

A participação nas atividades lúdicas coloca as crianças no comando, afastando-as durante algum tempo do papel passivo decorrente dos procedimentos e das rotinas familiares. No ambiente hospitalar a maioria das decisões são feitas para a criança, mas o brincar e outras atividades expressivas oferecem à criança as tão necessárias oportunidades de fazer escolhas. Inclusive se a criança escolhe não participar numa determinada atividade, o enfermeiro já ofereceu à criança uma escolha. O estado físico e conseqüentemente as necessidades médicas, o estado psicológico, personalidade e desejos específicos de cada criança devem ser valorizados pelo enfermeiro, bem como o momento em que a criança tem vontade de começar a brincar e com que brinquedo deseja brincar e o seu grau de participação. As crianças mais pequenas apreciam mais os brinquedos pequenos e coloridos com que podem brincar na cama ou no quarto ou equipamento lúdico mais elaborado, como casas de brincar. As crianças mais velhas preferem os jogos com que podem jogar sozinhos ou com um adulto, tais como os blocos de atividades, quebra-cabeças ou material de leitura. Nas crianças com movimentos limitados as atividades devem ser simples e de acordo com o nível de desenvolvimento da criança. Quando há necessidade de isolamento os brinquedos selecionados devem descartáveis ou possíveis de serem desinfetados (Hockenberry e Wilson, 2014; Santos, 2011; Mitre e Gomes, 2004).

Nas instituições de saúde, torna-se necessário que o brincar faça parte integrante da terapêutica e do ambiente geral. Há a onnipresença do saber técnico, o que parece um pouco incompatível com o espírito do brincar. Mas, é importante perceber que os brinquedos e os jogos no hospital são fundamentais, nomeadamente o brinquedo preferido, pois este servirá como objeto transicional entre o meio hospitalar e o meio familiar (Diogo e Valeriano, 2001; Santos, 2011). O brincar permite disfarçar o dia-a-dia no hospital, permitindo alternar entre o mundo imaginário e o mundo real, a criança pode transpor a barreira da doença, bem como os limites de tempo e de espaço (Mitre e Gomes, 2004).

A brincadeira permite a compreensão dos significados de situações que muitas vezes a criança é incapaz de verbalizar. É possível durante o internamento, permitir que a criança espelhe e encene situações reais que já ocorreram, dar nome de familiares, amigos e pessoas significativas aos bonecos, dramatizando algumas das situações vivenciadas, o que pode ser útil para o diagnóstico de alguma situação de stresse para a criança (Ramos et al, 2012).

Sugere-se que o enfermeiro incorpore o brinquedo na sua prática diária, pois ele pode ser usado em todos os níveis do processo de enfermagem, em resposta aos problemas da hospitalização para a criança e família. Uma forma de assegurar que a brincadeira faça parte dos cuidados de enfermagem, seria incorporá-lo no plano de cuidado realizado diariamente. As crianças têm direito a brincar, pois a brincadeira faz parte de suas vidas, privá-las disso é privá-las da oportunidade de crescer e se desenvolver com saúde (Martins et al, 2001).

Motta e Enumo (2004) referem que o brinquedo também pode ser utilizado de forma específica, por meio do palhaço, com a função de alegrar o ambiente e amenizar as sensações desagradáveis da hospitalização, humanizando o contexto hospitalar, no Brasil são designados os doutores da alegria e em Portugal temos a operação nariz vermelho, que “espalham” os seus doutores palhaço pelos vários hospitais.

### **3. O BRINCAR COMO UM INSTRUMENTO TERAPÊUTICO PARA O ENFERMEIRO**

---

A enfermagem, ao longo dos anos, tem modificado o seu foco de cuidados, da técnica “apenas” curativa para uma visão holística da pessoa, neste caso a criança e a família, envolvendo todos os aspetos físicos, emocionais, sociais, psicológicos e ambientais. Desta forma, prestam-se não só cuidados técnicos e físicos, como também psicológicos e emocionais, de extrema importância para a criança (se pensarmos nas suas limitações no que concerne às estratégias que a permitem ultrapassar uma situação de doença e hospitalização sem sequelas). Ao brincar com a criança em situação de doença e hospitalização, fazendo-as sentirem-se acolhidas e importantes na sua unicidade, é um dos cuidados não traumáticos que a enfermeira poderá prestar, com vista ao bem-estar da criança e da sua família. Apesar de atualmente se valorizar uma prestação de cuidados de enfermagem à criança e família o menos traumática possível, ainda muitos dos cuidados que se prestam são traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores, pelo que os enfermeiros deverão dirigir a sua atenção para intervenções que sejam seguras, eficazes e úteis, o mais não traumáticos possíveis (Tavares, 2011).

Os cuidados não traumáticos referem-se ao fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico sentido pela criança e pelos seu familiares, sendo o objetivo primordial não causar dano. Como forma de atingir o objetivo pretendido, três princípios norteiam a conduta do enfermeiro - prevenir ou minimizar a separação da criança da família, promover uma sensação de controlo e prevenir/minimizar a lesão corporal e a dor (Hockenberry e Wilson, 2014). Segundo o mesmo autor incluem cuidados como a promoção da relação pais/filho durante a hospitalização, a preparação da criança antes de qualquer procedimento, o controlo da dor, a garantia da privacidade da criança, a oferta de atividades recreativas para a expressão do medo, a oportunidade da criança escolher e o respeito pelas diferenças culturais.

MacCarty citado Doherty (1994) citando relembra que logo a seguir à presença da mãe ou outra pessoa significativa, a brincadeira é um importante fator

de diminuição dos efeitos nocivos do stresse nas crianças hospitalizadas. A criança se brincar durante o período em que fica no hospital, tem maiores possibilidades de superar os traumas gerados pelo processo de hospitalização, favorecendo o restabelecimento físico e emocional (Schmitz, Piccoli e Viera, 2003). Assim, um dos mecanismos facilitadores da adaptação da criança à situação de doença e hospitalização é o brincar.

O brincar é considerado uma atividade fundamental na vida da criança, pelo que, os enfermeiros devem intervir como promotores da brincadeira para um desenvolvimento infantil saudável. Segundo Melo (2003) o brinquedo pode ajudar a criança doente a aliviar, lidar e a resolver conflitos. Também, as experiências e sentimentos passados, os vários medos, a dor do tratamento podem ser revividos de formas mais aceitáveis, possibilitando-lhes maior domínio sobre as situações, além de ser uma tentativa de resgatar a alegria escondida com o aparecimento da doença.

Numa profissão que lida diariamente com as crianças, é importante que se estimule o “brilho nos olhos” em cada criança com que nos relacionamos, proporcionando nos cuidados “espaço” para que a criança brinque. Segundo a Carta da Criança Hospitalizada (1988) as crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidos por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade com toda a segurança.

As atividades lúdicas durante a hospitalização, promovem a melhoria do humor, favorecem a distração, diminuem a ansiedade e o choro, aumentam o apetite e melhoram a adesão ao tratamento, minimizam a dor, funcionando como um instrumento terapêutico nos cuidados de saúde pediátricos (Castro et al, 2010). A minimização da dor surge assim associado à filosofia dos cuidados não traumáticos que segundo a definição Hockenberry e Wilson (2014) definem-se pela prestação de cuidados terapêuticos pelos profissionais através da implementação de intervenções que eliminam ou minimizam o sofrimento psicológico e físico experienciado pela criança e família no sistema de cuidados de saúde. Reforçando o que diz a Carta da Criança Hospitalizada (1988) as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

O brincar permite disfarçar o dia-a-dia no hospital, permitindo alternar entre o mundo imaginário e o mundo real, a criança pode transpor a barreira da doença, bem como os limites de tempo e de espaço (Mitre e Gomes, 2004). A brincadeira permite a compreensão dos significados de situações que muitas vezes a criança é incapaz de verbalizar. É possível durante o internamento, permitir que a criança espelhe e encene situações reais que já ocorreram, dar nome de familiares, amigos e pessoas significativas aos bonecos, dramatizando algumas das situações vivenciadas, o que pode ser útil para o diagnóstico de alguma situação de stresse para a criança (Ramos et al, 2012).

Num estudo realizado por Pereira et al (2010) num serviço de cirurgia pediátrica permitiu-lhes concluir que as atividades de brincar incorporadas nos cuidados de enfermagem à criança são desenvolvidas através de dez estratégias: promover o confronto adaptativo, favorecer o relaxamento, incrementar o sentimento de controlo, promover o sentimento de segurança, facilitar a aproximação e comunicação, promover a expressão emocional, minimizar o sentimento de solidão, promover a distração e desmistificar os medos.

Nas instituições, torna-se necessário que o brincar faça parte integrante da terapêutica e do ambiente geral. Há a onnipresença do saber técnico, o que parece um pouco incompatível com o espírito do brincar. Mas, é importante perceber que os brinquedos e os jogos no hospital são fundamentais, nomeadamente o brinquedo preferido, pois este servirá como objeto transicional entre o meio hospitalar e o meio familiar (Diogo e Valeriano, 2001; Santos, 2011). É importante que os enfermeiros promovam na admissão da criança/família e durante o internamento a sala de atividades presente no serviço de internamento de pediatria.

Ao cuidar da criança doente o enfermeiro, através dos seus cuidados, deve ambicionar a excelência da arte de cuidar, com sentimento, emoção e brincadeira...**como um artista!** Porque um artista não é só aquele que pinta, que compõe, que sobe ao palco. Um artista pode ser definido pela sua capacidade de, ao trabalhar, criar e realizar ações que evoquem o seu sentimento e o dos outros, munido da sensibilidade necessária para escolher o momento e os cuidados necessários para satisfazer as necessidades dos outros (Françani et al, 1998).

### 3.1. Adaptação dos brinquedos a cada estágio de desenvolvimento

O enfermeiro deve promover a brincadeira espontânea e livre como sendo uma parte essencial da infância. Além disso, deve aconselhar os pais/pessoas significativas na escolha dos brinquedos seguros e adaptados a cada criança e na importância de brincarem com os seus filhos de forma a enriquecer a ligação e a interação pais-filhos, transmitindo sentimentos de proteção, carinho e segurança importantes para o seu desenvolvimento (Ginsburg, 2007).

A adaptação dos brinquedos/jogos à idade da criança deve respeitar os seguintes requisitos:

- ◆ Estado físico, estado psicológico, personalidade e desejos específicos de cada criança;
- ◆ À evolução da sua familiarização com o mundo hospitalar e eventualmente, aos objetivos procurados pela equipa médica (lúdicos, preventivos, educativos, terapêuticos ou reeducativos);
- ◆ Desejo da criança face aos brinquedos e jogos que lhe são propostos;
- ◆ Respeito pelo momento em que a criança tem vontade de começar a brincar;
- ◆ Respeito pela escolha do brinquedo e respeito pelo seu grau de participação (Santos, 2011; Mitre e Gomes, 2004).

Wallon (1967) citado por Dias (2005) classifica o material lúdico em quatro categorias: o funcional, o de ficção, o de aquisição e o jogo de fabricação, correspondendo a cada um a determinada etapa do desenvolvimento. O jogo funcional corresponde aos primeiros jogos das crianças. A criança ainda não tem consciência do jogo, mas experimenta cada função intensamente numa tentativa de conhecer todos os limites do novo domínio encontrado. Podem ser movimentos simples como tocar nos objetos, produzir sons, mas preparam o campo para a aquisição de competências como a fala, o andar e a manipulação dos objetos. O jogo de ficção surge por volta dos 2 anos e nesta fase de desenvolvimento a criança gosta de inspirar-se no seu meio envolvente e de produzir imitações, o que lhe permite exprimir sentimentos, emoções e fazer um treino de imaginação. É importante o uso de bonecos, de fantoches, que permitam ou simulem

acontecimentos imaginários. O jogo de aquisição desenvolve a aquisição da linguagem, do raciocínio, da compreensão, que educam o ouvido e a visão, sendo importantes os dominós, cartas, os jogos sinónimos e homónimos e jogos de sociedade. Os jogos de fabricação são jogos de construção, importantes para o desenvolvimento da atenção, concentração, paciência e independência (Dias, 2005). Na idade escolar os jogos envolvem um aumento da habilidade física e intelectual e das fantasias, gostam de jogos de cartas, de jogos de computador, música e gostam de ler (Hockenberry e Wilson, 2014).

No apêndice IV encontra-se descrito de uma forma resumida as atividades/brincadeiras e os brinquedos e materiais adequados a cada estágio de desenvolvimento da criança.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A brincadeira no hospital proporciona diversão e relaxamento, ajuda a criança a sentir-se mais segura no ambiente hospitalar, minimiza a ansiedade da separação e as saudades de casa, alivia tensões e permite a expressão de sentimentos, estimula a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos outros (Tavares, 2011).

Com a realização deste manual sobre o brincar terapêutico para crianças hospitalizadas pretendeu-se evidenciar as consequências da hospitalização infantil e a importância da brincadeira na infância como elemento promotor do desenvolvimento infantil e do brincar terapêutico, como um instrumento terapêutico na abordagem à criança hospitalizada. Dessa forma, podemos considerar a elaboração do manual do brincar terapêutico e das atividades de brincar uma mais-valia na melhoria dos cuidados à criança e família durante a hospitalização.

Para que ocorra um ambiente favorável deve ser proporcionado às crianças sempre que possível, a utilização de brinquedos, de técnicas, e atividades que sirvam de recurso para tornar o momento da hospitalização o menos desagradável e assustador possível.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

Algren, C. (2006). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson & M. Winkelstein. *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (pp. 367-704). Rio de Janeiro: Elsevier.

Almeida, J. (2008). *O desenvolvimento Psicossocial da criança*. Consultado em 3 Julho 2014, Disponível em <http://www.webartigos.com/article/8650/1/odesenvolvimento-psicossocial-da-crianca/pagina1.html>

Assembleia Geral das Nações Unidas (1990). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Unicef.

Azevedo, D.; Santos, J.; Justino, M.; Miranda, F. & Simpson, C. (2008). O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 10 (1). 137-144.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspetiva Desenvolvimentista*. (2ªed.) Lisboa: Climepsi.

Carvalho, A. & Begnis, J. (2006). Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia em Estudo*. 11. (1). 109-117.

Castro, D.; Andrade, C.; Luiz, E.; Mendes, M.; Barbosa, D. & Santos, L. (2010). Brincar como instrumento terapêutico. *Pediatria*. 32(4). 246-54.

Cintra, S., Silva, C. & Ribeiro, C. (2006). O ensino do brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no estado de São Paulo. *Revista Brasileira Enfermagem*. 59(4). 497-501

Correia, I. (2005). Kit Sem-Doí-Doí: Para ajudar a criança a lidar com a dor. *Enfermagem em Foco*. Lisboa. Outubro/Dezembro. 61.39-40.

Dias, I. (2005). O Lúdico. *Educação & Educação*. 8. 121-133.

Dinello, R. (1980). *Defesa do direito de brincar*. Lisboa: IAC.

Diogo, P. & Valeriano, J. (2001). O brincar: atividade de desenvolvimento e adaptação à vida. *Servir*. 49 (3). 110-116.

Doverly, N. (1994). Uso terapêutico da brincadeira no hospital. *Nursing*. 73. 12-14.

Elliot, B. & Ellis, J. (1998). *Clinical supervision in sick children's nursing*. In: *Clinical Supervision and Mentorship in Nursing*. (2nd Edition). United Kingdom: Chapman & Hall.

Françani, G.; Zilioli, D.; Silva, P.; Sant'ana, R. & Lima, R. (1998). Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. *Revista latino-americana Enfermagem*. 6(5). 27-33.

Furtado, M. & Lima, R. (1999). Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 33 (4). 364-369.

Ginsburg, K. (2007). The importance of Play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *American Academy of Pediatrics: Pediatrics*. 119(1).

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M.J.Gois Paixão, Trad.). (9ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Wong's, Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011, New York: Elsevier).

Instituto de Apoio à Criança (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: IAC.

Instituto de Apoio à Criança (1986). *Declaração do IPA sobre a Criança e o Direito de Brincar*. Lisboa: IAC.

Kiche, M. & Almeida, F. (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22(2). 125-130.

Martins, M., Ribeiro, C., Borba, R., Silva, C. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino-am Enfermagem*. 9 (2) 76-85.

- Melo, L. (2003). *Do vivendo para brincar ao brincando para viver: o desvelar da criança com câncer em tratamento ambulacional na brinquedoteca*. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Mitre, R. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 9 (1). 147-154.
- Motta, A. & Enumo, S. (2004). Brincar no Hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia Estudo*. 9(1). 19-28.
- Neman, F. & Souza, M. (2003). Experienciando a hospitalização com a presença da família, um cuidado que possibilita conforto. *Nursing*. 12(2).123-6.
- Oliveira, S., Dias, M. & Roazzi, A. (2003). O Lúdico e as suas Implicações nas Estratégias de Regulação das Emoções em Crianças Hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 16. (1). 1-13.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança*. Série 1. Número 6. Lisboa: OE.
- Pereira, A.; Nunes, J.; Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através de atividades de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar enfermagem*. 14. (1). 24-38.
- Ramos, A.; Vaz, E.; Maximino, E.; Dias, M. & Dias, L. (2012). Brincar...essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos Enfermeiros. *Percursos*. 26. 49-60.
- Reis, G. & Carvalho, M. (2008). Estratégias não farmacológicas no controlo da dor. *Revista Científica do Hospital Pediátrico de Coimbra, Separata Científica*. 36.
- Santos, L. (2011). *Porquê brincar no hospital*. Lisboa: IAC.
- Schmitz, S.; Piccoli, M. & Vieria, C. (2003). A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2(1). 67-73.

Tavares, P. (2011). *Acolher brincando- A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-70-7.

## Apêndices

# Apêndice I - Atividades de brincar terapêutico

## Atividade de Admissão

**Idade:** Dos 6 aos 10 anos

**Duração:** 15 minutos



**Finalidade terapêutica:** identificar características importantes da criança e quais as formas de distração favoritas

**Precauções e Restrições:** Algumas crianças podem precisar de ajuda a preencher a ficha

**Capacidades requeridas:** Escrever e Pintar

**Material:** Ficha "Sobre mim" e lápis/ canetas para colorir

**Implementação:** 1. Ajudar a criança a preencher e pintar a ficha; 2. Com a permissão da criança pendurar a ficha na sua unidade.

# Ficha "Sobre mim"

1. O meu nome é .....

2. Tenho ..... anos de idade



3. As minhas comidas favoritas são:

.....



4. Os meus jogos preferidos são:

.....

5. Tenho comigo estes brinquedos

.....

6. Coisas que me fazem feliz

.....



7. Coisas que não gosto

.....

8. Estou aqui porque

.....

# Atividade de expressão dos sentimentos



## Brincar com equipamento hospitalar

**Idade:** Dos 2 aos 12 anos

**Duração:** Não determinado

**Finalidade terapêutica:** Proporcionar a expressão de sentimentos através da:

- ✓ Manipulação de equipamento hospitalar;
- ✓ Imitação de procedimentos médicos invasivos ou não

**Precauções e Restrições:** Permitir que as crianças brinquem de forma livre com o equipamento

**Material:** Bonecos, fantoches, equipamento hospitalar como compressas, máscaras, seringas, pensos, adesivos, sistemas de soros e ligaduras

**Implementação:** Incentivar a criança a brincar com o equipamento, de forma livre e durante o tempo que desejar

# Atividade de alívio da tensão

## A Torre de Blocos



Idade: 1 aos 4 anos

Duração: 10 minutos

**Finalidade terapêutica:** Proporcionar libertação de sentimentos através da construção e destruição de torre de blocos

**Precauções e Restrições de Material:** Evitar material que possa magoar a criança. Escolher blocos de cartão ou plástico

**Implementação:**

1. Demonstrar como construir uma torre de blocos
2. Deitar a torre a baixo e mostrar prazer na atividade

3. Encorajar a criança a construir uma torre
4. Incentivar a criança a destruir a torre, certificando-se que a criança percebe que o pode fazer
5. Repetir a atividade até que a criança não queira brincar mais

# Atividade de conhecimento do corpo

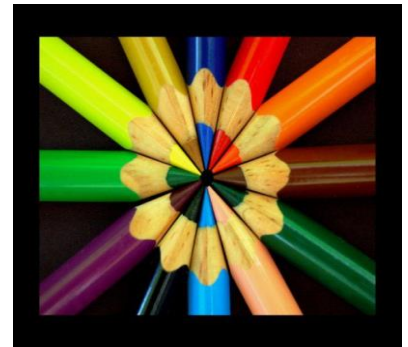
## Colorir partes do corpo

Idade: 4 aos 7 anos

Duração: 15 minutos

Finalidade terapêutica: Aumentar conhecimento sobre as funções do corpo

1. Colorir as partes do corpo
2. Discutir a sua função;



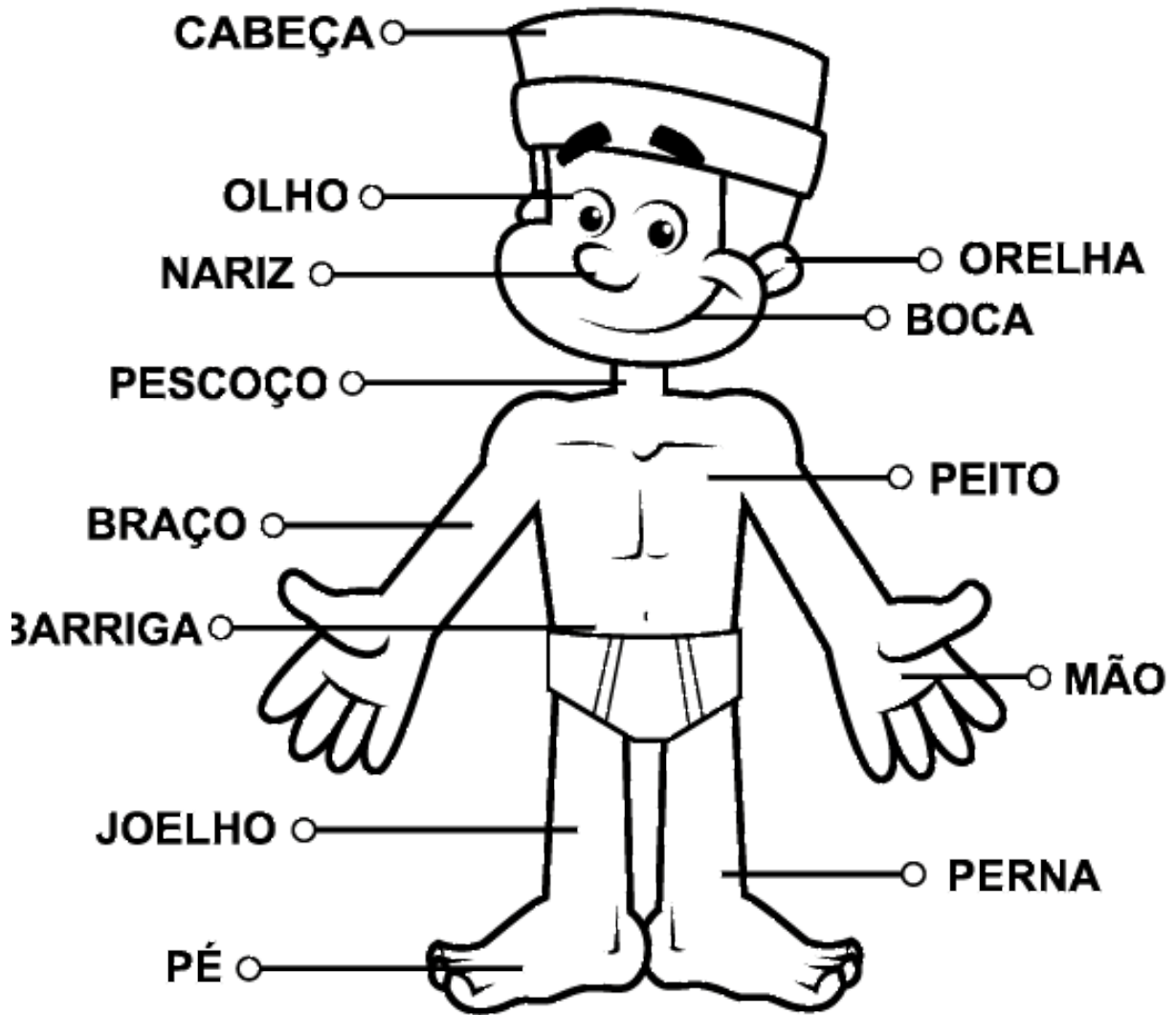
Precauções e Restrições de material: desenho do corpo humano (menino ou menina), canetas ou lápis

Implementação:

1. Direcionar a criança a colorir cada parte do corpo de uma cor diferente (braços a azul, cabeça a verde; pernas a amarelo)
2. Falar sobre as funções de cada parte do corpo

3. Encorajar a criança apontar para a parte do corpo que está doente
4. Esta atividade pode ser utilizada como ensino antes de um tratamento ou cirurgia, levando a criança a colorir a área do corpo afetada

# Menino



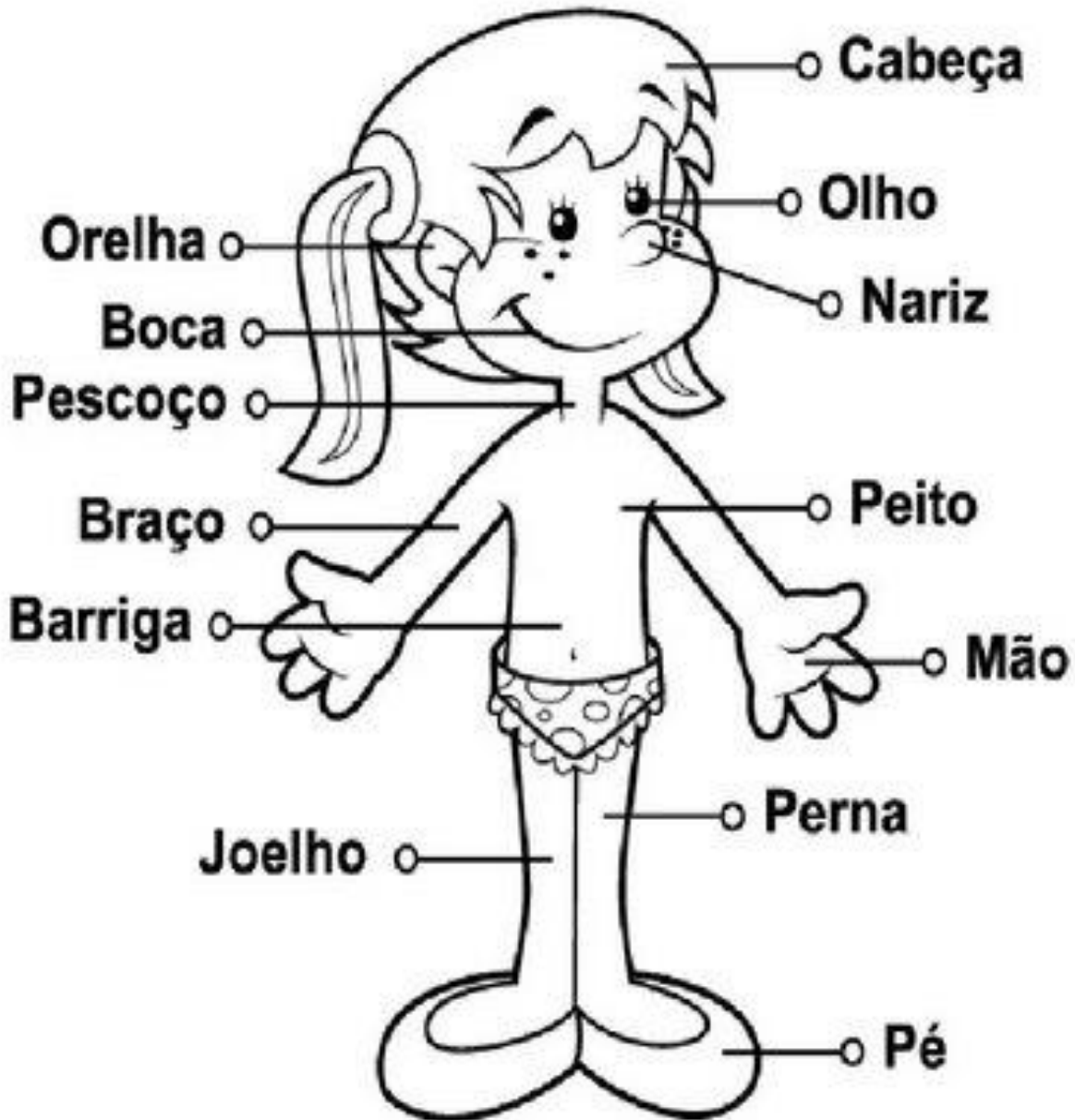
Pintar:

Braços - azul

Cabeça - verde

Pernas - amarelo

# Menina



Pintar:

Braços - azul

Cabeça - verde

Pernas - amarelo

# Apêndice II - Kit Sorriso, no Cuidar em pediatria

## Kit Sorriso, no Cuidar em pediatria

A hospitalização afasta a criança das suas referências, do seu ambiente familiar, dos seus amigos, da escola e dos seus objetos pessoais, podendo levar a alterações emocionais, psicológicas, físicas e sociais. Por outro, os procedimentos invasivos ou não a que a criança está sujeita e a própria doença em si, são causadoras de dor e angústia, originando uma rutura na história e um afastamento do mundo em que vive.

Oferecer às crianças a oportunidade de expressar as suas emoções e a maneira de ser e de estar, fará do hospital um local percecionado como menos agressivo e será uma forma de minimizar o impacto negativo da hospitalização e dos procedimentos.

Neste contexto, foram criadas algumas atividades de brincar terapêutico e também se desenvolveu o Kit Sorriso, no Cuidar em Pediatria.

O Kit Sorriso, no Cuidar em Pediatria é constituído por uma variedade de materiais didáticos e lúdicos, nomeadamente compressas, adesivos, ligaduras, máscaras, barretes, luvas cirúrgicas, seringas, brinquedos com texturas, livros de histórias, boneco para servir de modelo, bola anti-stresse e fantoches. Estes materiais destinam-se à aprendizagem de estratégias para diminuir o medo e a ansiedade da criança e família, associados à hospitalização e à realização de procedimentos invasivos ou não.

A utilização dos materiais do Kit permite ainda o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que favorecem o

controlo da dor associada aos procedimentos e estimula a cooperação e a criatividade dos vários intervenientes, através do ato de brincar (OE, 2013).

O quadro seguinte representa um guia de utilização do brinquedo/material didático associado às estratégias a utilizar na preparação da criança para a hospitalização e procedimentos invasivos, de acordo com as idades. Os brinquedos/materiais descritos fazem parte do Kit Sorriso, Cuidar em Pediatria.

Idades	Brinquedo terapêutico e lúdico Material didático e terapêutico	Estratégia não farmacológica
0-12 meses	-Brinquedos macios e que produzem sons	-Exploração de objetos que proporcionam sensações de movimento, auditivas, visuais e táteis; -Jogo do "esconde-esconde"
1-3 anos	-Boneco para servir de modelo -Torre de blocos	-Simulação de procedimentos efetuados pela criança através da imitação sobre o que se vai experimentar -Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção
4-6 anos	-Fantoches (enfermeira, criança e pais) -Livros de histórias: Dora vai ao médico, Pimpim vai ao médico e Vamos ao médico -Desenhos e lápis para colorir -Diplomas de bom comportamento - Material didático como compressas, pensos, adesivo e ligaduras	-Contar histórias que permitem a identificação da criança com as situações vividas ou a experimentar -Arte terapia através do desenho e da pintura -Dramatização das situações já vividas ou que irá experimentar, representando situações dadas sobre rotinas hospitalares e procedimentos a realizar

7-11 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Livro de história: Zebedeu, um príncipe no hospital e o Livro: O corpo humano</li> <li>- Material didático como compressas, pensos, adesivo e ligaduras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Explicação e demonstração dos procedimentos;</li> <li>-Manipulação do material didático</li> <li>-Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos</li> </ul>
12-18 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Bolas coloridas anti-stress</li> <li>-Livro: O corpo humano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Explicação e demonstração dos procedimentos</li> <li>-Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos</li> <li>-Leitura</li> </ul>

## Apêndice III - Técnica de Utilização do Brinquedo Terapêutico

## Técnica de Utilização do Brinquedo Terapêutico

Ação	Justificação
A técnica deve ser realizada preferencialmente por um enfermeiro que já tenha estabelecido previamente um relacionamento de confiança com a criança	O enfermeiro permanece 24 horas junto da criança numa situação de internamento
Começar por se apresentar aos pais da criança, conversar com eles, orientando-os sobre as vantagens de utilizar o brinquedo terapêutico durante o procedimento	O modo como os pais reage aos procedimentos dolorosos realizados à criança causam grande impacto no comportamento dos filhos. Se a criança perceber que os pais estão ansiosos, aborrecidos ou inseguros quanto ao procedimento, os seus medos aumentam.  Conversar com os pais promove o conhecimento facilitando a aceitação dos procedimentos a realizar
Identificar com os pais, comportamentos anteriores da criança face a procedimentos semelhantes	Estes dados subsidiam o conhecimento do enfermeiro, a respeito da provável aceitação da criança, favorecendo a individualização do cuidado prestado
Realizar a sessão de brinquedo terapêutico, que não deverá exceder 45 minutos	O tempo de duração de brinquedo terapêutico deverá ser de 15 a 45 minutos
Convidar a criança para brincar, deixando que ela escolha o local da sua preferência	A escolha do local pela própria criança permitirá que esta fique mais à vontade e se sinta mais segura

<p>Informar a criança sobre o tempo da brincadeira e que após seu término os brinquedos serão recolhidos</p>	<p>A colocação de limites é importante para que a criança não queira brincar indefinidamente, ou queira ficar com os brinquedos, pois estes têm objetivo definido</p>
<p>Apresentar os brinquedos à criança, permitindo que ela os manipule livremente</p>	<p>Observar e manipular os brinquedos ajuda a criança a familiarizar-se com eles e com o material hospitalar diminuindo o medo que estes podem representar, além de estimular a elaboração de histórias e/ou fantasias. Esta experiência confronta a criança com a sua realidade, dando-lhe a oportunidade de fazer perguntas sobre ela e os materiais</p>

Ação	Justificação
<p>Contar uma história à criança envolvendo os brinquedos, para explicar o procedimento, permitindo que a criança dramatize nos bonecos os procedimentos, expondo à criança o que ela irá sentir, e o que pode fazer para ajudar</p>	<p>Neste caso a história é um meio natural e espontâneo que serve para informar a criança sobre sua realidade. O brinquedo terapêutico é um meio efetivo que permite à criança lidar com fantasias e medos, principalmente aqueles associados a procedimentos invasivos e/ou dolorosos, visualizar e manipular o equipamento promove cooperação da criança durante o procedimento</p>
<p>Informar a criança sobre a função do material utilizado</p>	<p>Explicar a função do material facilitará a compreensão do procedimento</p>
<p>Durante a sessão utilizar palavras adequadas ao nível do desenvolvimento da criança</p>	<p>O vocabulário da criança é por vezes restrito e pode interpretar mal as palavras utilizadas ("tirar sangue") ou pode assustar-se desnecessariamente quando são empregadas palavras não familiares</p>
<p>Reservar algum tempo para conversar com a criança e para deixá-la fazer perguntas</p>	<p>Para que possa tirar dúvidas sobre os procedimentos</p>
<p>Após o procedimento fornecer novamente os brinquedos anteriormente utilizados para que a criança brinque, dramatizando o procedimento</p>	<p>Dramatizar proporciona à criança uma maneira de descarregar tensões e medos</p>
<p>Registrar e analisar o conteúdo da dramatização da criança e como se comportou durante o procedimento</p>	<p>Permite verificar a influência da utilização do brinquedo sobre o comportamento da criança e favorece o conhecimento das suas necessidades</p>

## Exemplo de uma história:

Hoje de manhã quando a Joana acordou, a mãe viu que ela estava com febre e dor de garganta. Então levou-a à Dr.<sup>a</sup> Sofia (sua pediatra) que a observou e disse que ela precisava de ficar internada no serviço de pediatria para fazer um medicamento especial. A mãe encaminhou-se para o serviço. Quando a enfermeira Catarina veio recebê-las a Joana chorou muito, porque estava com medo.

A enfermeira explicou que precisava de fazer o medicamento especial para que pudesse ficar melhor. Então como iria fazer?

A Joana podia preferir ficar no colo da mãe ou deitada confortavelmente na marquesa, onde preferia ficar era respeitado.

De seguida ia colocar uma borrachinha no braço para ver onde estava a veia mágica, para poder fazer o medicamento especial. Quando a encontrasse era colocado uma pomada para que a dor fosse muito pequenina.

Depois de uns minutos a enfermeira Catarina pediu à Joana para ficar muito quietinha, porque o poder estava em não mexer a mão/braço.

A Joana portou-se tão bem que a enfermeira conseguiu logo colocar o soro para fazer o medicamento especial. Agora era preciso ficar quietinha só mais um bocadinho...para colocar os adesivos.

A enfermeira foi buscar o medicamento e colocou-o na seringa/balão de soro. Depois de fazer o medicamento a Joana já se sentia muito melhor para ir brincar...e disse aos pais o medicamento é mesmo especial.


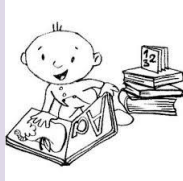

Ao fim de alguns dias a médica Sofia deu alta, porque o medicamento especial tinha feito a Joana ficar melhor.


A enfermeira retirou o cateter e a Joana e os pais puderam ir para a sua casa... já tinham muitas saudades.

Fim!

## Apêndice IV - Brincar em todas as idades

## Brincar em todas as idades

	Estádio de desenvolvimento	Atividades e brincadeiras	Brinquedos e Materiais
<p><b>Lactente</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Sensório-motor</u></li> <li>- Confiança</li> <li>- Emoções básicas (medo, vergonha, satisfação)</li> <li>- Satisfação das necessidades de segurança e conforto</li> <li>- Pais regulam emoções</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimulação sensório-motora (manipulação e exploração de objetos)</li> <li>- Jogos sociais (esconde-esconde, sorriso, caretas)</li> <li>- Conforto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brinquedos sensoriais (cores, formas, texturas, sons, música)</li> <li>- Ginásio, baloiço, caixas de música, espelhos e livros coloridos</li> </ul>
<p><b>Toddler</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Representação simbólica</u> (linguagem e jogo)</li> <li>- Autonomia e vontade</li> <li>- Egocentrismo, raciocínio transdutivo, negativismo</li> <li>- Emoções centradas em si</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividades físicas de exploração do ambiente</li> <li>- Jogos de construção e encaixe</li> <li>- Jogos de imitação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blocos, copos, caixas de encaixar coloridas, puzzles grandes</li> <li>- Livros coloridos e musicais</li> <li>- Bonecas, carros</li> </ul>
<p><b>Pré-escolar</b></p>  <p>Pré-escolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Pensamento mágico</u></li> <li>- Aprendizagem pela imitação e imaginação</li> <li>- Classificação de formas, cores, números e letras</li> <li>- Iniciativa vs culpa</li> <li>- Início auto-regulação emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenhar, pintar</li> <li>- Jogos de construção ou puzzles</li> <li>- Histórias e músicas</li> <li>- Jogos educativos de classificação de cores, números, formas, letras</li> <li>- Jogos de faz-de-conta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puzzles, blocos, legos, fantoches</li> <li>- Lápis, canetas, papel, desenhos para colorir</li> <li>- Livros, músicas</li> <li>- Bonecas, carros, aviões, telefones</li> <li>- Kit's médicos</li> </ul>

<p><b>Escolar</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprendizagens cognitivas e sociais, pensamento lógico e concreto</li> <li>- Competência, auto estima, regras e moralidade</li> <li>- Privacidade e intimidade</li> <li>- Auto-regulação das emoções (- intensas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jogos com regras</li> <li>- Ler e escrever</li> <li>- Desenhar e pintar</li> <li>- Conversar ao telemóvel</li> <li>- Ver televisão, filmes</li> <li>- Jogos eletrónicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jogos de tabuleiro (glória, monopólio, damas)</li> <li>- Livros, cartas</li> <li>- TV e filmes</li> <li>- Jogos eletrónicos</li> <li>- Papel, lápis, canetas</li> <li>- Rádio, músicas</li> </ul>
---	--	---	--

**APÊNDICE VII** – Sessão formativa “O brincar como estratégia de adaptação da  
criança à situação de doença e hospitalização”

## O BRINCAR COMO ESTRATÉGIA DE ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA À SITUAÇÃO DE DOENÇA E HOSPITALIZAÇÃO



Maria José Mendonça, nº 4700

A Lúzia do 4º Caso Metóico em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Orientação: Professora Filomena Sousa

Enfermeira de Referência: Enfermeira Especialista Cátia Gonçalves

## OBJETIVOS



- o Desenvolver a atuação dos enfermeiros face às dificuldades de adaptação da criança no ambiente hospitalar;
- o Identificar recursos no serviço de IP que mobilizem a integração do brincar nos cuidados à criança e família;
- o Utilizar e aplicar os recursos já realizados: Manual do brincar terapêutico para crianças hospitalizadas; atividades de brincar terapêutico para crianças hospitalizadas e o Kit sorriso, no Cuidar em pediatria;
- o Incentivar o registo de intervenções relacionadas com o brincar.

2

## PLANO DA SESSÃO



Tema	Duração
Apresentação	1 minuto
Desenvolvimento da criança e impacto da doença e hospitalização	15 minutos
A importância do Brincar	10 minutos
Conclusão e esclarecimento de dúvidas	4 minutos

3

## O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO



- Porque é que compreender o desenvolvimento da criança é importante nos cuidados que prestamos?



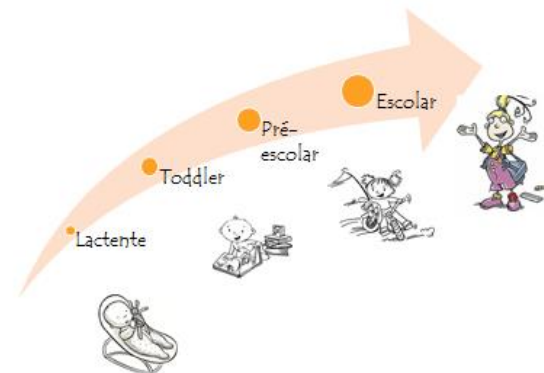
## O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA ...



Segundo Hockenberry e Wilson (2014) o desenvolvimento é um processo dinâmico, complexo e multidimensional. O qual depende de fatores culturais, socioeconômicos, educacionais e consoante o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra.

6

## ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO



8

Teorias do Desenvolvimento	
<i>Erikson</i> Desenvolvimento psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Confiança vs desconfiança – Esperança</li> <li>➤ Autonomia vs vergonha – Vontade</li> <li>➤ Iniciativa vs culpa – Finalidade</li> <li>➤ Mérito vs inferioridade – Competência</li> </ul>
<i>Piaget</i> Desenvolvimento cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sensório-motor – organiza actividades sensoriais e motoras em relação ao ambiente</li> <li>➤ Pré-operatório – desenvolve sistema de representações e símbolos (linguagem e jogo)</li> <li>➤ Operações concretas – resolve de forma lógica e concreta problemas</li> <li>➤ Operações formais – pensamento abstracto</li> </ul>
<i>Freud</i> Desenvolvimento Psicossexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Oral – actividades do bebé dirigidas à boca</li> <li>➤ Anal – gratificação pela retenção e expulsão de fezes (controlo/ambivalência)</li> <li>➤ Fálica – complexo de Édipo, identificação com progenitor mesmo sexo</li> <li>➤ Latência – recalçamento das pulsões</li> </ul>
<i>Greenspan</i> Desenvolvimento Psico-emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Segurança e capacidade de olhar, escutar e estar calmo</li> <li>➤ Relacionamento: sentir carinho e proximidade</li> <li>➤ Comunicação intencional de duplo sentido</li> <li>➤ Resolver problemas e formar uma noção de si próprio</li> <li>➤ Ideias emocionais</li> <li>➤ Pensamento emocional</li> <li>➤ Idade da fantasia e onnipotência</li> <li>➤ Idade da camaradagem e da política</li> <li>➤ Noção interior do eu</li> </ul>



## LACTENTE (0-1 ANO)



- ✓ Aprendem através de actividades sensório-motoras (sensações, jogos repetitivos simples, manipulação de objetos)
- ✓ Início da permanência de objeto e desenvolvimento da angústia do estranho
- ✓ Relações privilegiadas com os cuidadores, aqueles que lhes dão confiança para explorar
- ✓ Emoções básicas como alegria, satisfação, frustração, raiva – dependentes dos pais para se auto-regularem

### Doença

- ✓ Sem compreensão da doença ou dor

### Hospitalização

- ✓ Afastamento físico dos pais
- ✓ Ambiente estranho, cheio de estímulos assustadores
- ✓ Privação de experiências sensoriais positivas
- ✓ Inconsistência dos hábitos e rotinas



## Toddler (1 – 3 anos)



- ✓ Aceleração desenvolvimento motor grosso (andar, correr) e fino (desenhar, pintar)
- ✓ Controle de esfíncteres
- ✓ Aprendizagem sensorio-motora e representação e imitação simbólica – conceito avançado de objeto de permanência
- ✓ Início da linguagem “não”, “eu”, “meu”
- ✓ Desenvolvimento do eu, centração das emoções – vergonha, culpa, orgulho,
- ✓ Egoísmo e ambivalência – procura de controle, independência e autonomia
- ✓ Dependentes dos pais para regular as emoções em situações stressantes
- ✓ Rotinas e disciplina ajuda a adquirir autonomia e independência

### Doença

- ✓ Relacionada com experiência sensorial, centrada em si e em eventos concretos

### Hospitalização

- ✓ Ansiedade de separação é o maior stress
- ✓ Perda da mobilidade, exercício de controle e autonomia
- ✓ Ausência de rotinas e ambiente desconhecido levam à dependência,
- ✓ Regressão e temperamento difícil

9

## Pré-escolar (3 – 5 anos)



- ✓ Pensamento mágico e ilógico, transdutivo, ainda egocêntrico (fantasias, medos, fobias, culpa)
- ✓ Aprendizagem através da imitação, jogo simbólico e imaginação
- ✓ Iniciativa, aprendizagem ativa através do brincar, tarefas e rotinas que permite o desenvolvimento do “self” através do sentimento de realização ou de culpa/vergonha
- ✓ Início da moralidade, da interiorização das normas e do certo e do errado
- ✓ Maior capacidade de regular e controlar as emoções, maior capacidade de expressão de sentimentos e dos afetos – empatia, competição, rivalidade

### Doença

- ✓ Relacionam com eventos próximos e concretos – culpa e castigo  
Pode culpar outro pela dor e doença (ex: pais)

### Hospitalização

- ✓ Toleram um pouco melhor a separação dos pais
- ✓ Podem desenvolver medos e fobias exageradas que conseguem esconder
- ✓ Medo da lesão corporal exacerbado por não conhecerem limites do corpo

10

## Escolar (6 - 12 anos)

- ✓ Aprendizagens cognitivas e sociais, pensamento lógico e concreto
- ✓ Capacidade de produzir e realizar atividades com mestria para o desenvolvimento da competência e auto-estima
- ✓ Cumprimento das regras e moralidade é muito importante
- ✓ Dão grande importância à privacidade e intimidade – vergonha / pudor
- ✓ Emoções menos intensas e mais complexas, compreendendo sentimentos dos outros



### Doença

- ✓ Provocada por causa externa que "danifica" o corpo
- Já percebe a dor psicológica – sofrimento

### Hospitalização

- ✓ Implica o afastamento dos pares e atividades escolares podendo gerar sentimentos de incompetência e inferioridade
- ✓ Ameaça à privacidade e independência
- ✓ Temores e fantasias de mutilação, lesão corporal e morte, assim como teme o abandono e a incapacidade

11

## PRINCIPAIS STRESSORES NO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA PARA AS CRIANÇAS



### Físicos:

- Dor e desconforto (procedimentos invasivos)
- Imobilidade
- Privação de sono
- Alteração estado mental
- Incapacidade/alteração nos hábitos alimentares

### Psicológicos:

- Falta de privacidade
- Dificuldade em comunicar
- Medo do desconhecido
- Gravidade da doença
- Comportamento parental

### Ambientais:

- Sons dos equipamentos
- Pessoas desconhecidos
- Luzes constantes
- Visão de outros doentes

### Sociais:

- Separação familiar e dos pais
- Preocupação com ausência da escola
- Privação de brincar

12

## PRINCIPAIS STRESSORES NO INTERNAMENTO PARA A FAMÍLIA



- Alteração da aparência da criança
- Alteração do papel parental
- Afastamento da criança
- Dor e sofrimento físico da criança
- Ambiente e equipamento em torno da criança
- Equipa de profissionais de saúde desconhecidos



Ansiiedade, medo, preocupação, culpa, revolta, raiva (...)



### Necessidades dos pais

- Informação
- Manter proximidade da criança
- Restauração do papel parental
- Suporte emocional

15

Jorge, 2004

## QUE ESTRATÉGIAS PODERÃO SER UTILIZADAS PARA REDUZIR OS EFEITOS NEGATIVOS DA HOSPITALIZAÇÃO PARA O SISTEMA FAMILIAR?

- ☑ Relação com pais e criança, conhecimento das rotinas da criança, consistência na informação, suporte aos pais
- ☑ Informar pais da continuidade do exercício do seu papel em parceria com os enfermeiros
- ☑ Consistência nos hábitos de vida da criança, facilitando a participação parental (colheita de dados)
- ☑ Promover a decisão dos pais sobre a sua participação nos cuidados, avaliando e negociando individualmente
- ☑ Minimização da separação pais-filhos
- ☑ Informar e explicar antecipatoriamente a pais e crianças os cuidados e mudanças existentes nestes
- ☑ Suporte e informação aos pais ao longo do internamento
- ☑ Conhecer reações e comportamentos da criança e ajudar os pais a compreendê-los e a atuar
- ☑ Incentivar a expressão de ideias, sentimentos e compreensão da criança sobre a doença e experiência do internamento
- ☑ Providenciar atividades apropriadas ao desenvolvimento da criança como o brincar

14

## PARTE II

### A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR...



#### Carta Criança Hospitalizada:

- As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade
- O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança

#### Declaração Universal dos Direitos da Criança- UNICEF:

- Princípio VII: Direito à educação e ao lazer infantil: a criança deve desfrutar plenamente de jogos e brincadeiras os quais são dirigidos para a educação: a sociedade e as autoridades públicas devem promover o exercício deste direito

15

### A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR...



#### IAC (2000):

- Brincar é uma atividade fundamental para o desenvolvimento de todas as crianças, a par das necessidades básicas de nutrição, saúde, habitação, educação, amor e afeto mantida e incentivada durante o internamento
- "É necessário que o brincar faça parte integrante da terapêutica..." (Santos, 2011)

#### ONU:

- Artigo 31º: O brincar é um direito universal da criança

16

## INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE PEDIATRIA

### Exemplo de uma intervenção:

- "Queres que te conte uma história?" - perguntou a enfermeira.  
J. acenou que sim com a cabeça. Sentou-se na cama preparando-se.

Hoje de manhã quando a Joana acordou, a mãe viu que ela estava com febre e dor de garganta. Então levou-a à Dr.ª Sofia (sua pediatra) que a observou e disse que ela precisava de ficar internada no serviço de pediatria para fazer um medicamento especial. A mãe encaminhou-se para o serviço. Quando a enfermeira Catarina veio recebê-las a Joana chorou muito, porque estava com medo.

A enfermeira explicou que precisava de fazer o medicamento especial para que pudesse ficar melhor. Então como iria fazer?

A Joana podia preferir ficar no colo da mãe ou deitada confortavelmente na maciçosa, onde preferia ficar era respeitado.

De seguida ia colocar uma borrachinha no braço para ver onde estava a veia mágica, para poder fazer o medicamento especial. Quando a encontrasse era colocado uma pomada para que a dor fosse muito pequenina.



17

## INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE PEDIATRIA

### Exemplo de uma intervenção:

Depois de uns minutos a enfermeira Catarina pediu à Joana para ficar muito quietinha, porque o poder estava em não mexer a mão/braço.

A Joana portou-se tão bem que a enfermeira conseguiu logo colocar o soro para fazer o medicamento especial. Agora era preciso ficar quietinha só mais um bocadinho... para colocar os adesivos.

A enfermeira foi buscar o medicamento e colocou-o na seringa/balão de soro. Depois de fazer o medicamento a Joana já se sentia muito melhor para ir brincar... e disse aos pais o medicamento é mesmo especial.

Ao fim de alguns dias a médica Sofia deu alta, porque o medicamento especial tinha feito a Joana ficar melhor.

A enfermeira retirou o cateter e a Joana e os pais puderam ir para a sua casa... já tinham muitas saudades.

Fim!

Comentou-se no serviço- "Nunca ouvi o J. a falar tanto!"



18

## QUAIS AS FUNÇÕES DO BRINCAR NO CONTEXTO DA DOENÇA E HOSPITALIZAÇÃO?

### Criança

- Mediador da relação e comunicação
- Minimiza o medo e ansiedade da separação
- Permitir diversão, relaxamento e alívio de tensões
- Promove num ambiente seguro, a criança pode fazer escolhas e estar no comando
- Promove o desenvolvimento infantil



Algren, 2006

### Profissionais

- Incentivar/melhorar a interação, comunicação e favorece atitudes positivas
- Atingir metas terapêuticas (ensino, treino e instrução)

### Pais

- Alívio da tensão e ansiedade dos pais
- Reorganização da relação criança-pais
- Reestruturação do papel parental
- Facilita participação nos cuidados

19

## OS TIPOS DE BRINCAR:



A Joana tem 4 anos. Brinca na sua cama com a sua boneca. Finge que é a sua mãe e que cuida dela dando-lhe banho e oferecendo-lhe o biberão



O Rodrigo tem 9 anos. Por sugestão da enfermeira escreve uma carta aos enfermeiros onde refere como se sente por estar doente e internado



**Brincadeira normativa** (brincadeira do dia-a-dia) - ligação entre o ambiente hospitalar e familiar, o que oferece uma normalidade, familiaridade, conforto e segurança à criança



**Brincadeira terapêutica** - atividade estruturada com uma finalidade; partilha de informação

**Brincadeira educativa** - dar informação ou explicações acerca do hospital



20

Mathison e Butterworth citados por Casper e Haggarty (2006)

## BRINCAR NORMATIVO

	Características do Brincar	Atividades Lúdicas	Brinquedos e materiais
<b>Lactente</b> 	<u>Brincar funcional</u> - atividades exploratórias e sensório-motoras solitárias	- Jogos repetitivos simples que permitam estimulação sensorial e motora - Jogos sociais de esconde-esconde, expressões faciais - Atividades de conforto	- Brinquedos sensoriais (cores, formas, texturas, sons, músicas) - Espreguiçadeira, tapete de atividades, baloiço, carrinho - Caixas de músicas - Espelhos
<b>Toddler</b> 	<u>Brincar construtivo e paralelo</u> -atividades de imitação	- Atividades físicas de exploração do ambiente - Jogos de construção e encaixe - Atividades de imitação (atividades domésticas, cuidados ao bebê)	- Blocos, copos, caixas de encaixar coloridos - Puzzles grandes - Livros coloridos e musicais - Utensílios domésticos - Bonecas, carrinhos (acessórios)

## BRINCAR NORMATIVO

	Características do brincar	Atividades Lúdicas	Brinquedos e materiais
<b>Pré escolar</b> 	<u>Brincar simbólico e associativo</u> -atividade de dramatização e fantasia em conjunto	- Atividades criativas de expressão plástica - Jogos de construção ou puzzles, cartas, jogos eletrônicos simples - Histórias, músicas, adivinhas - Jogos educativos de classificação de cores, números, formas, letras - Jogos socio dramáticos	- Lápis, canetas, tintas, papéis, desenhos para colorir, Puzzles, blocos, legos, Livros, músicas - Bonecas, casas de bonecas, cozinhas - Carros, aviões - Fantoches, Kit's médicos e telefones
<b>Escolar</b> 	<u>Brincar com regras e cooperativo</u> -atividades organizadas e realistas em grupo que implicam cumprir regras	- Jogos mais com regras complexas - Ler e escrever - Desenhar, pintar - Conversar com os amigos ao telefone - Ver televisão, filmes - Jogar jogos eletrônicos	- Jogos de tabuleiro (glória, monopólio, damas) - Livros, cartas, papel, lápis e canetas - TV, filmes, Jogos eletrônicos, rádio e músicas

## BRINCAR TERAPÊUTICO



### Definição:

- ✓ Brinquedo estruturado que permite à criança aliviar a ansiedade causada por experiências atípicas para a idade

### Quando deve ser utilizado?

- ✓ Sempre que a criança tiver dificuldade em compreender ou lidar com uma experiência difícil

### Funções:

- ✓ Permite que a criança exteriorize os seus sentimentos de forma autónoma e livre
- ✓ Possibilita a dramatização de experiências dolorosas facilitando à criança a sua compreensão
- ✓ Promove o estabelecimento de um elo entre o ambiente familiar e o ambiente hospitalar
- ✓ Permite à criança ter algum controlo da situação

23

(Martins, Ribeiro, Borja e Silva (2001)

## BRINCAR TERAPÊUTICO

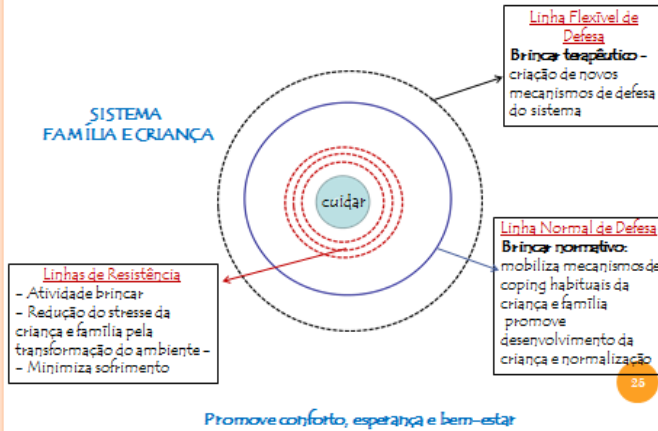


Dramático	Instrucional	Capacitador de Funções
Permitir à criança a exteriorização de experiências difíceis de verbalizar, proporcionando o alívio da tensão, a expressão de sentimentos, necessidades e medos.	Preparar e informar a criança para procedimentos terapêuticos, possibilitando o envolvimento da criança na situação e facilitando a sua compreensão.	Capacitar a criança para o auto-cuidado de acordo com o seu desenvolvimento, condições físicas e prepará-la para aceitar uma nova condição de vida.

24

(Cintra, Silva & Ribeiro, 2006)

## O BRINCAR ENQUANTO INTERVENÇÃO



## O BRINCAR NOS REGISTOS DE ENFERMAGEM



*O João tem 9 anos. Gosta de ver filmes e jogar playstation. Os videojogos são a sua actividade preferida. Também faz colecções de cartas.*

*Gosta de jogar com o pai e os irmãos, com quem brinca habitualmente.*

*No hospital diz que gostaria de ter a sua playstation e a sua colecção de cartas para se distrair.*



Colheita de dados:

Que ano escolar frequenta (estágio de desenvolvimento) ?  
Actividades e brinquedos preferidos ?  
Com quem habitualmente brinca ?  
Que actividades gostaria de manter no hospital?

## O BRINCAR NOS REGISTOS DE ENFERMAGEM



*O João estava com dores e muito ansioso. Sugeriu-se jogar ao monopólio com a mãe. Jogou durante meia hora entretido e cumprindo as regras do jogo. Esteve sorridente, comunicativo e sem queixas durante o jogo. Referiu ter gostado de jogar e querer jogar mais vezes. Expressa agora mais à vontade na relação com os profissionais de saúde.*



### Registos de enfermagem:

- Comportamentos e reacções da criança antes e depois da actividade.
- Adequação destes à sua idade.
- Relação com os outros.
- Actividades e materiais preferidos da criança.
- Participantes na actividade.

Os registos permitem a continuidade dos cuidados e valorizam o brincar enquanto cuidado de enfermagem!!!

27

## O QUE SE PRETENDE DESENVOLVER NO SERVIÇO DE PEDIATRIA?



- ❖ Manual do brincar terapêutico para crianças hospitalizadas
- ❖ Actividades de brincar terapêutico para crianças hospitalizadas
- ❖ Kit sorriso, no Cuidar em pediatria
- ❖ Incentivar o registo de intervenções relacionadas com o brincar

28



“É NECESSÁRIO MUITO POUCO PARA PROVOCAR UM SORRISO  
E BASTA UM SORRISO PARA TUDO SE TORNAR POSSÍVEL”

GILBERT CESBRON

Obrigado.

29

## BIBLIOGRAFIA



- o Algren, C. (2006). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson & M. Winkelstein. *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (pp. 367-704). Rio de Janeiro: Elsevier.
- o Brazelton, T. & Greenspan, S. (2009). *A criança e o seu mundo : requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. (6ª Ed.). Barcelona: Editorial Presença. ISBN 978-972-23-2923-1.
- o Barros, L. (2005). *Psicologia Pediátrica: Perspetiva Desenvolvimentista*. (2ª ed.) Lisboa: Climepsi.
- o Cinta, S., Silva, C. e Ribeiro, C. (2006). O ensino do brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no estado de São Paulo. *Rev.Bras. Enferm* 59(4), 497-501.
- o Farias, C. (1994). Valorizar as expressões da criança durante a hospitalização. *Servi*42 (6), 323-324.
- o Glasper, A., & Haggarty, R.(2006). The psychological preparation of children for hospitalization . In Glasper, A., & Richardson, J. .*A textbook of children's and young people's nursing*. (Chap 5, pp 61-76) London: Elsevier.
- o Hart et al (1992). *Therapeutic play/Activities for Hospitalized children*. USA: Mosby Year Book. ISBN 0-8016-1636-0.
- o Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (M.J. Góis Paivão, Trad.). (9ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Wong's, *Nursing Care of Infants and Children*, 9nd ed., 2011, New York: Elsevier).
- o Instituto de Apoio à Criança (1988). *Capa da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- o Instituto de Apoio à Criança (1986). *Declaração do IPA sobre a Criança e o Direito de Brincar*. Lisboa: I.A.C.
- o Jorge, A.M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8583-79-7.

30



## BIBLIOGRAFIA

- Martins, M., Ribeiro, C., Boiva, R., Silva, C. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino-am Enfermagem*, 9 (2) 76-85.
- Mibe, R. M. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil com o ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (1), 147-154.
- Motta, A.B. & Enumo, S.R. (2004). Brincar no Hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicol. Estud.* 9(1), 19-28.
- Neman, F. & Souza, M.F. (2003). Experienciando a hospitalização com a presença da família, um cuidado que possibilita conforto. *Nursing*, 12(2) 123-6.
- Oliveira, S. et al (2003). O Lúdico e as suas implicações na Estratégias de Regulação das Emoções em Crianças Hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), (2003)1-13. Acesso em: 03/01/2014, de SCIELO.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *O Mundo da Criança* (8ª Ed.). Lisboa: McGraw-Hill. ISBN 972-773-089-8
- Pereira, A.M.; Nunes, J.; Teiveira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através de atividades de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar enfermagem*, 14(1), 24-38. Acesso em: 10/01/2014, de [pensar.enfermagem.ese.pt/](http://pensar.enfermagem.ese.pt/). Disponível em: [http://pensar.enfermagem.ese.pt/files/2010\\_14\\_1\\_24-38\(1\).pdf](http://pensar.enfermagem.ese.pt/files/2010_14_1_24-38(1).pdf).
- Santos, L. (2011). *Porquê brincar no hospital*. Lisboa: Instituto Apoio à Criança.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando- A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8950-70-7