



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# O Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro – Criança. Hospital dos Pequeninos

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Tânia Rubina de Sousa Henriques

LISBOA, Junho 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# O Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro – Criança. Hospital dos Pequenos

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Tânia Rubina de Sousa Henriques

Sob orientação de Prof. Elisabete Nunes

LISBOA, Junho 2011

*Ao Pai, à Mãe e ao Frederico*

*Por serem a luz que ilumina a minha vida e por nunca me deixarem desistir...  
Pela lição de vida que me dão todos os dias e por serem autênticas forças da natureza.*

*Obrigado por todo o carinho, compreensão e apoio.*

## RESUMO

A doença e a hospitalização apresentam-se como as primeiras crises com as quais a criança pode ser confrontada.

Ao ser hospitalizada, a criança corre o risco de ficar afectada perante as adversidades da hospitalização, nomeadamente, por ter de lidar permanentemente com um ambiente desconhecido, com os tratamentos, estabelecer relações com diferentes profissionais de saúde e ainda encontrar um sentido para a doença.

Deste modo, os conhecimentos e competências desenvolvidos pelos enfermeiros que prestam cuidados à criança são importantes para minimizar os efeitos da hospitalização.

Durante a hospitalização é necessário utilizar o brincar terapêutico, com o intuito de favorecer a adaptação ao ambiente hospitalar, às rotinas do serviço, aos procedimentos técnicos e aos diferentes técnicos é facilitada.

O brincar terapêutico assume-se assim como o instrumento da relação terapêutica enfermeiro-criança, pois é um excelente meio de expressão de sentimentos, auxiliando a comunicação e estabelecimento de uma relação de confiança, promovendo desta forma uma outra visão em relação ao hospital e à hospitalização em si.

Todo este projecto foi desenhado tendo como alicerce estes pressupostos.

O local de estágio, o projecto em si, os objectivos e as actividades traçadas e todo o percurso desenhado, tiveram como objectivo geral: aprofundar conhecimentos, enquanto enfermeira especialista, na utilização do brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança.

Da análise de todas as actividades realizadas posso aferir que brincar terapêutico estruturado – Hospital dos Pequenininhos, contribuiu para que as crianças pudessem expressar os seus sentimentos acerca da hospitalização e/ou acerca de algum procedimento ao qual tenham sido submetidas, pudessem manipular sem medo muitos dos materiais com os quais se deparam no dia-a-dia, aperceber-se de algumas dinâmicas do serviço e cada procedimento em si e o porquê de o realizar, assim como, nos ajudou a nós (enfermeiros) a ter por parte das crianças uma maior colaboração e aceitação de alguns procedimentos, após saberem do que se trata e o terem experienciado.

Deste modo, a hospitalização transformou-se numa experiência positiva, potenciando o crescimento e desenvolvimento da criança, assim como, da relação fundamental entre o enfermeiro e a criança.

## ABSTRAT

Illness and hospitalization are presented as the first crisis with which the child can be confronted.

To be hospitalized, the child runs the risk of being affected the adversities of hospitalization, in particular, by constantly having to deal with an unknown environment, with the treatments, to establish relationships with various health professionals and still find meaning in illness.

Thus, the knowledge and skills developed by nurses who provide care for the child are important to minimize the effects of hospitalization.

During hospitalization is necessary to use play therapy, in order to promote adaptation to the hospital environment, the routines of the service, the technical procedures and the different techniques is facilitated.

The therapeutic play is assumed as the tool of the therapeutic nurse-child relationship, it is an excellent way of expressing feelings, communication and helping establish a relationship of trust, thus promoting a different vision for the hospital and hospitalization itself.

This whole project was designed with these assumptions as a foundation.

The local stage, the project itself, the objectives and activities outlined and designed all the way, had the overall objective: to deepen knowledge, as nurse specialist in the use of play as a therapeutic tool of nurse-child relationship.

Analysis of all the activities that can assess structured play therapy - The Little Hospital, contributed to the children could express their feelings about hospitalization and/or about any proceedings to which they have undergone, they could handle without a lot of fear materials with which they face in day-to-day, become aware of certain dynamics of service and each procedure itself and why to perform it, as well, has helped us (nurses) to be taken by children a greater cooperation and acceptance of some procedures, after knowing what it is and have experienced.

Thus, the hospital became a positive experience, fostering the growth and development of children, as well as the fundamental relationship between nurse and child.

## AGRADECIMENTOS

A ti **Pai**, por todas as vezes em que me ouviste, me apoiaste e me abraçaste. Pela compreensão que sempre demonstraste pelas minhas atitudes, muitas vezes motivadas pelo imenso trabalho e pelos sorrisos que fizeste nascer em mim.

A ti **Mãe**, por me teres feito nascer e crescer enquanto pessoa, por estares sempre comigo, sempre.

A ti **Frederico** por seres quem és, por me dares força e motivação para continuar e pelas horas que não te dei e que eram tuas.

A ti **Marisa**, por te teres revelado uma irmã muito atenciosa, preocupada e sempre pronta a ajudar.

A vocês, **Filomena, Patrícia, Márcia, Isabel e Tânia** pela amizade, carinho, momentos partilhados e ajuda que sempre disponibilizaram; pelo ombro amigo e por me mostrarem sempre o lado positivo da vida.

À **Bernardete** por ser uma enfermeira exemplar; pela sabedoria que me transmite diariamente; pela força que me deu e pelo percurso que percorreu ao meu lado.

À Enfermeira **Elisabete Nunes** pela disponibilidade, orientação pedagógica e apoio que sempre me deu no decorrer de todo este processo.

Ao **Serviço de Pediatria** do Hospital Dr. Nélio Mendonça, em particular à **Equipa de Enfermagem** pela certeza de que sem vocês muito disto não seria possível.

Às **Crianças Internadas** porque sem elas todo este projecto não teria sentido.

À **Pediatria** que fez nascer em mim a alegria de cuidar de crianças e o sorriso que transporto comigo dia-a-dia e que tento pintar todos os dias nos outros.

**A todos, o meu Obrigado!**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**CIPE** – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

**CDE** – Código Deontológico do Enfermeiro

**EPE** – Entidade Publica Empresarial

**IAC** – Instituto de Apoio à Criança

**IPA** – International Play Association

**MPESIP** - Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**SESARAM** – Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira

**UCINP** – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

## ÍNDICE

	Págs.:
<b>0. INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	14
<b>1.1 A Família e a Hospitalização da Criança</b> .....	14
<b>1.2 Cuidar na Área de Pediatria</b> .....	19
<b>1.3 A Criança Hospitalizada</b> .....	22
1.3.1 A Hospitalização Planeada e Não Planeada .....	25
<b>1.4 O Brincar Terapêutico</b> .....	29
<b>1.5 O Modelo dos Sistemas de Betty Neuman</b> .....	34
<b>2. ESTÁGIO: OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS</b> .....	44
<b>3. CONCLUSÃO</b> .....	62
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	63
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I – ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS</b> .....	70
<b>ANEXO II – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO</b> .....	122
<b>ANEXO III – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO</b> .....	124
<b>ANEXO IV – FORMAÇÃO ENFERMEIROS SERVIÇO</b> .....	126
<b>ANEXO V – FOLHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO</b> .....	135
<b>ANEXO VI – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO</b> .....	139
<b>ANEXO VII – PROJECTO</b> .....	149
<b>ANEXO VIII – PREENCHIMENTO DAS GRELHAS DE OBSERVAÇÃO</b> .....	196
<b>ANEXO IX – FOTOS HOSPITAL DOS PEQUENINOS</b> .....	216

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1: The Neuman Systems Model</b> .....	39
---	----

## **0. INTRODUÇÃO**

Enquanto profissão, a enfermagem tem-se mantido ao longo dos tempos em constante desenvolvimento. Na verdade, cada vez mais o enfermeiro procura ganhar a sua autonomia e liberdade de acção.

O trabalho do enfermeiro engloba a função de cuidar tanto na saúde como na doença, desde a concepção até a morte. Cuidar é de facto uma das características mais valiosas e importantes que a enfermagem tem para oferecer aos utentes.

Cuidar em enfermagem, tem por objectivo a protecção, a promoção e a preservação da dignidade humana, reunindo valores, conhecimentos e intervenções, visando atender as necessidades de cada indivíduo, ajudando, educando e informando.

Os cuidados de Enfermagem ao longo de todo o ciclo vital visam promover a saúde e os processos de readaptação após a doença e prevenir a mesma. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais; a máxima independência na realização das actividades de vida diária; a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores, frequentemente através do cuidado centrado na família.

Como enfermeira, e por consequência um destes profissionais de saúde, tomei a decisão de frequentar o curso de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MPESIP), tendo como objectivo principal aprofundar conhecimentos, enquanto enfermeira especialista, na utilização do brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança.

A formação profissional, nomeadamente o MPESIP, constitui uma oportunidade para promover profissionais participativos e activos na transformação dos contextos de trabalho e de vida, sendo assim fundamental desenvolver capacidades para compreender os fenómenos de uma forma global e sistémica.

Enquanto aluna do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa a frequentar o MPESIP e profissional na área da Saúde Infantil e Pediátrica, foi-me proposto a elaboração de um projecto, no módulo II - Estágio, que será o guia orientador para uma prática clínica sustentada.

Uma vez que exerço funções no Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélcio Mendonça, deparo-me diariamente com os potenciais e muitas vezes reais efeitos da hospitalização na criança, nomeadamente a separação, as lesões corporais, a dor, entre outros (Algren, 2006). É desta forma que nasce o projecto desenvolvido. O estágio foi

realizado no Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça, entre os dias 7 de Fevereiro e 3 de Abril de 2011.

Para melhor compreender toda a dinâmica da saúde infantil e pediátrica, sobretudo no que se refere às crianças hospitalizadas e encontrar resposta às concretas necessidades das mesmas, decidi então desenvolver um projecto subordinado à temática “O Brincar Como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança. Hospital dos Pequeninós”.

Importa salientar que realizei a Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica numa outra escola – Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. A necessidade de realizar um mestrado nesta área era evidente para mim.

Ser Enfermeiro é um desafio muito exigente, uma vez que não é suficiente atender ao corpo doente, é também preciso atender às outras dimensões do ser humano, de forma a prestar um cuidado holístico.

A doença e a hospitalização constituem as primeiras crises com as quais a criança tem de lidar, segundo menciona Algren (2006). As crianças, sobretudo nos primeiros anos de vida, são vulneráveis às crises acima descritas pois estas representam uma mudança do estado habitual de saúde e da própria rotina familiar e os mecanismos de que dispõem para lidar com os factores potenciais geradores de stress são limitados. Esta autora refere ainda que os principais factores stressantes da hospitalização em pediatria são “(...) a separação, a perda do controle, as lesões corporais e a dor.” (p. 638). A forma como as crianças lidam com estes factores depende não só da sua idade, como também do seu estágio de desenvolvimento e das experiências anteriores vivenciadas.

A criança ao ser hospitalizada corre o risco de ficar afectada perante as adversidades da hospitalização, nomeadamente, por ter de lidar permanentemente com um ambiente desconhecido, com os tratamentos, estabelecer relações com diferentes profissionais de saúde e ainda encontrar um sentido para a doença. Todos estes aspectos constituem exigências para as quais necessita de mobilizar recursos, como refere Barros (2003).

Barros (2003) refere ainda que a criança hospitalizada pode sofrer alterações a nível do desenvolvimento cognitivo, pelo bloqueio temporário desse processo, manifestando-se por dificuldades de adaptação e percepção distorcida da realidade.

Os conhecimentos e as competências desenvolvidos pelos enfermeiros que prestam cuidados à criança são importantes para minimizar os efeitos da hospitalização.

Na sequência destes conhecimentos considera-se importante atender a todos estes aspectos como potenciais factores geradores de stress, tentando optimiza-los de forma a promover a qualidade dos cuidados prestados.

É na interacção pais-filhos que se constroem os primeiros mecanismos psicológicos e que se favorecem as estratégias de auto-protecção do indivíduo. Assim, a capacidade da criança dar respostas adequadas face às adversidades da hospitalização, sem que estas interfiram no seu desenvolvimento depende em grande parte da qualidade das relações interpessoais. Aqui emerge o papel do enfermeiro enquanto promotor da capacidade de ajuste da criança ao internamento.

Durante a hospitalização sabe-se que o brincar facilita a adaptação ao ambiente hospitalar, às rotinas do serviço, aos procedimentos e aos diferentes técnicos que lidam com a criança, tal como refere MacCarthy citado por Doverty (1994).

Brincar facilita a comunicação enfermeiro/criança pois permite-lhe adoptar uma atitude descontraída e natural, contribuindo para o ambiente informal tão desejado no internamento da criança num Serviço de Pediatria. As actividades lúdicas são importantes nesta comunicação como forma de enfrentar uma situação de crise como é a hospitalização, pois são uma forma de expressão de sentimentos, de emoções e de ansiedades que dificilmente teriam oportunidade de serem expressas de outra forma.

O brincar assume então um papel importante no desenvolvimento social, emocional, mental e físico, como sublinha MacCarthy citado por Doverty (1994). Salienta-se ainda a importância da brincadeira durante a hospitalização, pois, segundo este autor, para além da presença constante da mãe e/ou de outro cuidador, a brincadeira pode constituir um factor promotor da diminuição dos efeitos da hospitalização na criança.

Através dos desenhos, pinturas e do faz-de-conta, a criança pode explorar as suas fantasias acerca de equipamentos hospitalares e procedimentos que assustam, de uma forma que não poderia exprimir verbalmente. As brincadeiras simbólicas, como fazer uma caneta de seringa e brincar com as bonecas, são uma forma de desmistificar o medo de determinados procedimentos, ajudando na compreensão dos mesmos e minimizando as experiências desagradáveis vivenciadas. O brinquedo terapêutico assume-se assim como um instrumento fundamental na prática diária do cuidar em

pediatria pois é um excelente meio de expressão de sentimentos, auxiliando na comunicação e estabelecimento de uma relação terapêutica entre enfermeiro-criança. É ainda uma ajuda preciosa na preparação para a realização de procedimentos, promovendo desta forma uma outra visão em relação ao hospital e à hospitalização, tal como menciona Martins et al (2001).

Enquanto enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e a exercer funções num Serviço de Pediatria, debato-me com todas estas questões diariamente.

No nosso serviço, existe uma sala de actividades, existem educadoras e uma professora que dão apoio e ajudam as crianças nas suas brincadeiras. Mas eu sentia que faltava algo...um brincar terapêutico. Todos os enfermeiros deste serviço brincam e muito com as crianças, mas refiro-me à necessidade do contacto com alguns dos materiais que utilizamos em alguns procedimentos, o uso dos bonecos como recurso para o faz-de-conta, o paralelo que as crianças fazem ao poder manipulá-los, etc.

Foi no contexto do termino da especialidade e do regresso ao Serviço de Pediatria que se foi desenhando a vontade de implementar o brincar terapêutico...o Hospital dos Pequeninos, onde as crianças pudessem cuidar elas próprias dos seus bonecos “doentinhos”, mexer nos materiais que utilizamos para realizar alguns dos procedimentos mais comuns, tais como, seringas de brincar, prolongamentos, soros, ligaduras, realizar pensos aos bonecos, avaliar a temperatura, dar de comer, etc, de forma a exprimirem os seus sentimentos e transporem para o brincar todas as dificuldades e advertências que surgiram durante o internamento.

Foi desta vontade sentida que no ano passado, com o intuito de comemorar o Dia Mundial da Criança, e com a colaboração de outros enfermeiros de serviços que também cuidam de crianças do Hospital Dr. Nélio Mendonça, elaborou-se um programa de actividades alusivos à criança, que promovesse a interacção entre crianças, pais e profissionais de saúde de uma forma divertida e educativa.

Integrado nesse programa estava o Hospital dos Pequeninos. Esta foi uma “brincadeira” muito bem recebida pelas crianças e seus pais. Foi deveras enriquecedor perceber que as crianças transpunham para os seus bonecos os tratamentos e procedimentos a que elas próprias haviam sido submetidas, referindo-se, por exemplo, à pomada mágica utilizada antes das punções venosas (Emla® creme), entre outros. Senti naquela hora em que as crianças estiveram a cuidar dos seus bonecos, que o faz-de-

conta é determinante para minimizar os efeitos da hospitalização e que de alguma forma permite que as crianças façam a paz com o serviço, promovendo um melhor ajuste.

Foi então que parti para a realização do MPESIP tendo por base o ideal de realizar um estágio com o intuito de implementar o Hospital dos Pequeninos como uma prática constante no nosso serviço.

Para tal senti necessidade de solicitar a todos os enfermeiros do Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça, o preenchimento de um questionário de diagnóstico (por mim elaborado) com o objectivo de obter o feedback destes acerca do que pensavam do brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança; se na sua prática diária utilizavam o brincar para se relacionarem com a criança e em que contextos; qual a pertinência da implementação deste projecto e quais os aspectos que poderiam limitar a implementação do mesmo.

Após a leitura dos questionários acima mencionados verifiquei que todos concordam com a premissa de que o brincar é um instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança e que o utilizam na sua prática profissional diária para se relacionar com a criança, durante a execução de procedimentos dolorosos e/ou para preparação para os mesmos, assim como, na avaliação de sinais vitais, entre outros. Todos concordam que este projecto é pertinente e virá a permitir uma melhor colaboração da criança nos procedimentos pois ela já conhece os materiais e isso não o assusta tanto como o desconhecido, para além do que irá reduzir o stress inerente à hospitalização e ao ambiente hospitalar.

Assim, e após ter decorrido o módulo II - Estágio, foi elaborado o presente relatório, intitulado “O Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança. Hospital dos Pequeninos”.

Este relatório surge na Unidade Curricular *Relatório*. Esta assenta no *Estágio* onde o aluno deverá demonstrar capacidade em “identificar problemas e desenvolver soluções, de reflectir sobre as acções realizadas e as suas implicações éticas e sociais e de comunicar adequadamente as suas conclusões”<sup>1</sup>. Deste modo para além do objectivo acima descrito pretendo com a realização deste relatório: descrever e analisar as actividades desenvolvidas no contexto da fundamentação de que o brincar é um instrumento terapêutico na relação enfermeiro-criança; reflectir sobre a prática e sobre

---

<sup>1</sup> Objectivo retirado do Plano de Estudos do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

as competências desenvolvidas; obter o reconhecimento e valorização do brincar por parte dos enfermeiros para esta temática; enquadrar o brincar no plano de cuidados de enfermagem, elaborando e implementando estratégias que permitam, com base no suporte teórico consultado, colocar em prática o Hospital dos Pequeninos contribuindo para melhorar a vivência da hospitalização, mitigando alguns dos potenciais efeitos negativos da mesma e promover a formação e a investigação nesta área.

O corpo deste relatório está disposto por três capítulos seguidos da conclusão. O primeiro denomina-se Enquadramento Conceptual, e nele serão explanados conceitos que foram estruturantes para todo o relatório. No capítulo seguinte descreverei os objectivos de estágio e as actividades desenvolvidas para atingi-los, reportando-me à avaliação dos mesmos é à reflexão sobre as competências adquiridas, finalizando com uma conclusão de todo este percurso.

Como linha orientadora de todo o percurso, segui os pressupostos da teórica Betty Neuman.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Este capítulo propõe-se a clarificar os conceitos estruturantes do relatório, de modo a conceptualizar os objectivos traçados assim como as actividades desenvolvidas ao longo do estágio.

### **1.1 A Família e a Hospitalização da Criança**

De acordo com a CIPE (2005), família é um:

“Grupo com as características específicas: grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo” (p.171).

Relvas (2000), define família “(...) como um sistema, um todo, uma globalidade que só nessa perspectiva holística pode ser correctamente compreendida” (p.10). Ainda segundo a mesma autora, a família enquanto sistema sofre um processo de desenvolvimento no sentido da sua evolução. Este processo baseia-se na diferenciação estrutural progressiva, na transformação que é sofrida pelo grupo ao longo da sua história familiar e refere-se ainda à aquisição e rejeição de papéis pelos seus membros, perante as situações que requerem mudança nos requisitos funcionais, com o intuito de manter a homeostase familiar.

Para Sampaio citado por Alarcão (2000), a família define-se como um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em relação com o exterior e que mantêm o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados.

Jorge (2004) acrescenta que é com base numa rede de interações, que o comportamento de um membro da família afecta o dos outros e o da própria família enquanto sistema. É ainda importante realçar que a capacidade de auto-organização da família é fundamental perante uma adversidade, a reorganização dos sistemas que muitas vezes é necessária e a mobilização de recursos. De entre as funções da família e ainda segundo a mesma autora, encontramos as funções subjacentes ao seu próprio desenvolvimento, ou seja, as que asseguram a protecção dos seus membros (refere-se à

função interna) e as que se referem à função externa, nomeadamente, as que permitem a socialização e a transmissão de cultura e princípios.

A família impõe-se como uma referência fundamental e deveras importante quando falamos em cuidados pediátricos.

Deste prisma a hospitalização de um dos elementos da família, sobretudo no caso das crianças exige uma alteração de alguns dos padrões normais de funcionamento e para tal é necessário além da coesão familiar a compreensão e mobilidade de recursos.

A hospitalização significa para os pais a separação da criança, uma quebra na organização do quotidiano, sendo acompanhada por sentimentos de culpa e impotência.

É preciso não esquecer que para além dos possíveis efeitos/alterações que a hospitalização possa potenciar no seio de uma família, esta tem também de ser vista como um factor positivo, nem que seja pela simples resolução do problema que a potenciou.

Segundo refere Jorge (2004), pelas características inerentes à hospitalização acima descritas, esta pode provocar alterações significativas no crescimento e desenvolvimento da criança. Cada vez mais denota-se que os internamentos hospitalares são cada vez mais curtos e a presença contínua de um familiar é constantemente estimulada, tendo em vista todos os factores potenciais geradores de stress que a hospitalização acarreta.

Abordar a hospitalização de uma criança no contexto da família, como refere Jorge (2004), é falar em separação, visto que mesmo que a presença da mãe e/ou outro cuidador seja constante existe sempre a separação em relação ao ambiente familiar físico e afectivo.

Brazelton (2007) acrescenta que prever uma situação assustadora e desconhecida na presença dos pais é mais tranquilizador. Por seu lado, os pais ao participarem activamente nos cuidados prestados aos seus filhos, sentem-se parte integrante da equipa, o que é fundamental para o seu ajustamento social e psicológico durante o período de hospitalização.

A presença dos pais durante a hospitalização permite a desculpabilização em relação à doença e/ou outra causa de internamento, restaurando a confiança relativa à capacidade para cuidar do seu filho. Por outro lado, a ansiedade dos pais também diminui pois estes acompanham a evolução da situação, participam nos cuidados prestados e são orientados e preparados para a continuidade da prestação de cuidados

em casa no período pós-alta, o que melhora sem margem para dúvida os seus conhecimentos. Para além destes aspectos, a hospitalização pode ainda constituir uma oportunidade para estabelecer uma relação aberta e de confiança com a equipa de saúde, assim como, a partilha de experiências com os outros pais, tal como refere Brazelton (2007).

Assim, o enfoque central da avaliação de enfermagem e intervenção na família deve ser a reciprocidade entre saúde, doença e família e entre o utente, família e enfermeiro. Esta reciprocidade vem dizer-nos que a enfermagem deve centrar-se nas relações e não em elementos isolados. Está subjacente a intervenção na família como um sistema definido por um conjunto de unidades em inter-relações mútuas.

A importância da Enfermagem para a família reveste-se de toda a dinâmica que envolve e influencia o desenvolvimento familiar ao longo do seu ciclo familiar. Sendo assim, torna-se importante a promoção, manutenção e recuperação da saúde das famílias, para a saúde da sociedade.

Para a equipa de saúde, segundo Jorge (2004), a presença dos pais durante a hospitalização faz com esta se possa relacionar com uma criança muitas vezes mais calma e mais segura porque tem a mãe ao seu lado. Torna-se ainda determinante para a colheita de dados relativos à criança, aos seus hábitos, desenvolvimento e /ou outros dados relevantes para a continua prestação de cuidados, que se querem e exigem cada vez mais especializados.

Tendo por alicerce os pressupostos anteriormente sublinhados e surgindo como fundamento essencial, a Convenção do Direitos da Criança ratificada em Portugal em 1990, vem acrescentar no seu artigo 24º/1 que: “ (...), reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação (...)” e no ponto 2 que: “Os Estados Partes (...) tomam medidas adequadas para: b) assegurar a assistência médica e os cuidados de saúde necessários a todas as crianças, (...); e) assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde, (...)” e na alínea f “desenvolver os cuidados preventivos de saúde, os conselhos aos pais e a educação sobre planeamento familiar e os serviços respectivos “ (Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (2005), p. 432).

A Declaração dos Direitos da Criança (Fontes, 2008), vem também dar o seu contributo para a importância do acompanhamento da criança pelos pais e da importância do mesmo. No princípio 6º defende-se que:

“A criança, para o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, necessita de amor e de compreensão. Deve, quanto possível, crescer sob o amparo e a responsabilidade de seus pais e, em qualquer situação que tiver, em atmosfera de afecto e de segurança moral e material; a criança em tenra idade, salvo circunstâncias excepcionais, não deve ser separada da mãe (...).”

O artigo nº 2 da Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança (IAC)) afere também que: “Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado”.

Nesta linha de pensamento o acompanhamento familiar da criança hospitalizada é permitido em todos os hospitais, mediante a Lei nº 21/81 de 19 de Agosto.

Importa também salientar o papel do enfermeiro perante esta situação do acompanhamento. Mediante o CDE (2005), o enfermeiro desempenha um papel fundamental, uma vez que ao prestar cuidados de enfermagem deverá, segundo o artigo 76/1/a (Deveres em Geral): “(...) exercer a profissão (...) com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (...)” (p. 35). O artigo 89 - Da humanização dos cuidados, também afere que: “ O enfermeiro (...) assume o dever de: a) dar, quando presta cuidados atenção à pessoa como uma totalidade única inserida numa família e numa comunidade; b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (p. 141).

Cada vez mais a presença continua de um cuidador, que na maioria das vezes é a mãe, é estimulada e permitida pela unidade hospitalar. As vantagens a ela inerentes são inúmeras.

Esta troca de experiências e partilha de informação é determinante para o enriquecimento quer pessoal quer profissional, facilitando o planeamento dos cuidados à criança.

Apesar de reconhecidas as vantagens da hospitalização conjunta (pais e criança), a família evidencia necessidade de mobilizar recursos internos e externos para responder a uma situação na maioria das vezes inesperada – a hospitalização.

As reacções de stress dos pais perante a hospitalização da criança, segundo Jorge (2004) dependem de vários factores, como sendo, a gravidade da doença em si, experiências anteriores com doença e hospitalização, bem como crenças e valores.

Schimtz citado por Jorge (2004), refere que os principais aspectos que os pais enfrentam perante a hospitalização de um filho são: o medo da doença e do desconhecido, sentimentos de culpa e/ou ambivalência para com o filho, insegurança e ausência de controlo em relação ao meio hospitalar, mudanças nos hábitos de vida e no atendimento das necessidades do filho doente e dos outros filhos, insegurança quanto aos tratamentos e os seus resultados, problemas financeiros, de emprego e outros de natureza social, padrões comportamentais solicitados e diferentes dos habituais.

As fases pelas quais os pais passam face à hospitalização do filho são referidas por Jorge (2004) como sendo: negação e descrença, raiva (que podem direccionar para si próprios, para a criança ou para outros), sentimentos de culpa pela doença do filho (interrogando-se sobre as capacidades de proporcionar cuidados à criança, sentindo que falharam no seu papel de pais), frustração e perda de controlo (resultantes da falta de informação relativamente à situação do filho, etc), depressão (podendo ser seguida de cansaço físico e mental) e medo e ansiedade relacionados com a gravidade da doença e tipo de procedimentos e/ou tratamentos necessários tendo em vista a cura do problema que motivou o internamento hospitalar.

Jorge (2004) afere ainda que uma vez que os pais tenham apoio suficiente, poderão dar resposta à grande maioria das necessidades expressas pelo filho, sendo muito importante que este tenha oportunidade para brincar. Através da brincadeira a criança consegue expressar sentimentos e ideias que lhe causam ansiedade, pelo que, todos os profissionais na área da pediatria deveriam brincar com a criança como forma de interacção com a mesma, respeitando o seu compasso.

Esta mesma autora (Jorge, 2004) sublinha ainda que para que a criança se mantenha activa e participativa é necessário que esta possua um conhecimento prévio dos procedimentos que irá efectuar. A informação a facultar à criança terá de ser ajustada ao seu desenvolvimento cognitivo e emocional, assim como às suas experiências anteriores, sendo os pais e/ou principal cuidador peças fulcrais.

Brazelton (2007) acrescenta que embora a hospitalização provoque receio quer nas crianças como nos seus pais, esta pode também ser vista como uma experiência positiva. Na maioria dos hospitais pediátricos e/ou com alas pediátricas verifica-se uma preocupação crescente em construir uma atmosfera carinhosa e acolhedora, facilitando a hospitalização e promovendo a adesão das crianças à mesma.

Brazelton (2007) acresce que a hospitalização também pode, com base numa atmosfera carinhosa, proporcionar na criança o desenvolvimento da sua auto-estima e maturidade, por forma a dominar a sua ansiedade e os seus medos em relação ao hospital.

Assim sendo, o papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica não se subscreve unicamente à prestação de cuidados especializados na área, mas também a atender às necessidades emocionais, de adaptação, ansiedade e medos, que a criança, os seus pais e demais família enfrentam mediante a situação de hospitalização, assim como, proporcionar as melhores condições de acolhimento/esclarecimento de dúvidas/informação relativas a dinâmicas de serviço e/ou relativos à patologia do filho, por forma a assegurar o seu harmonioso e integral desenvolvimento físico, intelectual e moral, zelando pela sua segurança e saúde.

Em suma a hospitalização constitui uma situação de crise quer para a família quer para a criança. Torna-se assim determinante o papel do enfermeiro em toda esta esfera.

## **1.2 Cuidar na Área de Pediatria**

Nos últimos tempos têm-se modificado as bases de assistência à criança hospitalizada, em decorrência de pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais. Uma nova visão sobre a hospitalização infantil, o papel da família como suporte emocional e da enfermagem enquanto elemento de ligação tem vindo a ser construída.

A área pediátrica é uma área muito específica e pela fragilidade de todos os elementos que a compõem requer profissionais de saúde habilitados, especializados e motivados para cuidar com excelência.

O enfermeiro que trabalha na área de pediatria deverá possuir uma motivação e características específicas que lhe permitam um cuidar diferenciado e especializado atendendo a todas as dimensões envolventes.

Diogo (2001) menciona que trabalhar num serviço que tenha uma base com a qual nos identificamos e que vai de encontro àquilo que defendemos, constitui um estímulo e motiva quem lá trabalha.

Para que a promoção do bem-estar da família e da criança sejam um objectivo superado é necessário que o enfermeiro desenvolva comportamentos com vista a obter

um crescimento e desenvolvimento quer das dinâmicas familiares quer da própria criança em causa, tendo como parceiro ideal a família e os pais, que sendo os principais cuidadores vão ser determinantes para a excelência dos cuidados prestados. É nesta parceria que deve assentar toda a prática diária de cuidados, na troca de experiências, na partilha de saberes e de conhecimentos e no enriquecimento mútuo, tendo sempre como ideal a reabilitação da criança e o seu regresso a casa.

Winkelstein (2006) sublinha que o relacionamento terapêutico é o substrato fundamental para um cuidado de enfermagem com padrões de qualidade.

Os enfermeiros que cuidam de crianças e das suas famílias têm de demonstrar dedicação e empatia. O cuidado sem traumas e o desenvolvimento de uma relação terapêutica dão voz à dedicação.

Os pais percebem esta dedicação como um sinal de qualidade dos cuidados de enfermagem, que se concentra sobretudo nas necessidades não-terapêuticas quer da criança quer da família. Permitir a presença dos pais nos cuidados, implica-los nos mesmos, escutá-los, demonstrar interesse e preocupação pelo bem-estar de ambos e personalizar os cuidados atendendo às suas necessidades específicas, são qualidade apreciadas pelos pais com um filho hospitalizado.

O desafio da enfermagem pediátrica é então compreender os factores potenciais geradores de stress de cada grupo etário de crianças, aceitar as reacções comportamentais e prestar o apoio e a assistência necessários para que a crise seja enfrentada com sucesso.

Os cuidados de enfermagem na área pediátrica estão intimamente relacionados com os cuidados centrados na família, potenciando-a como prestadora de cuidados e fomentando os cuidados antecipatórios. Estes reconhecem a família como uma constante na vida da criança.

Segundo Winkelstein (2006), os três componentes do cuidado centrado na família são: o respeito, a colaboração e o apoio. As famílias são apoiadas na prestação de cuidados e na tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, se estes lhes reconhecerem essas habilidades quer no ambiente hospitalar quer em casa.

A filosofia do cuidado centrado na família reconhece a diversidade de estruturas e culturas, os objectivos, os sonhos, as estratégias e os comportamentos, assim como, as necessidades de apoio e informação por parte das famílias. Deste modo cabe-nos a nós, profissionais de saúde, criar oportunidades para que todos os membros da família

demonstrem as suas competências e adquiram novas de forma a dar resposta às necessidades expressas pela família e pela criança. O período de internamento hospitalar constitui uma excelente oportunidade para colocar esta máxima em curso.

Winkelstein (2006) fala-nos ainda dos cuidados atraumáticos como complemento dos anteriormente descritos. Estes cuidados subscrevem-se ao cuidar terapêutico, cujas intervenções eliminam ou diminuem o sofrimento físico ou psicológico decorrente dos mesmos, visando ao máximo reduzir os agentes stressores da criança e da família, com o objectivo prioritário de não lhe causar nenhum mal.

Podemos desta forma, considerar cuidados atraumáticos, a preparação da criança para procedimentos desconhecidos, explicando o procedimento, atenuando a dor e promovendo brincadeiras e jogos de modo a que a criança possa escolher a melhor forma de expressar os seus medos e angústias. A meta prioritária na prestação de cuidados atraumáticos é não causar nenhum mal. Os três princípios que fornecem a estrutura para alcançar esta meta são: evitar ou suavizar o afastamento da criança da sua família; estimular um sentido de controlo e evitar ou minimizar a dor corporal.

Os exemplos de cuidados sem traumas são aqueles em que é estimulada a presença e relação entre pais e filhos, em que a criança é preparada antes de qualquer procedimento desconhecido ou doloroso, em que a dor é controlada, em que é consentida a privacidade e são providenciadas brincadeiras e jogos de forma a que as crianças possam expressar os seus medos, possibilitando a escolha e respeitando as diferenças culturais. Para além desta visão e em género de complemento julgo ser importante referir que Crole e Smith citados por Tavares (2008) tendo em vista a melhoria crescente da enfermagem pediátrica, enumeram as fases do cuidado inerentes aos cuidados de enfermagem na área pediátrica.

Cada uma destas cinco fases deve ser atendida sob o risco de afectar negativamente as outras. As fases do cuidado são então: a fase introdutória, a fase da construção da relação de confiança, a fase da tomada de decisão e a fase do conforto e contra os riscos.

Na fase introdutória, segundo Crole e Smith citados por Tavares (2008), a enfermeira inicia a relação de confiança com a família/criança através do acolhimento; do primeiro contacto. Na fase da construção da relação de confiança, a enfermeira direcciona a sua abordagem à criança tendo em atenção a sua idade e desenvolvimento, recorrendo a uma linguagem adequada, jogos e brincadeiras por forma a conquistar a

confiança e a participação/colaboração da criança nos procedimentos a efectuar. Através desta relação de confiança as crianças sentem-se mais seguras e confiam na enfermeira, pois sentem-na ao mesmo nível que o seu. No que se refere à fase da tomada de decisão, estes mesmos autores sublinham que, esta tem por alicerce a relação de confiança anteriormente estabelecida, o que vai determinar o seu nível de participação nos cuidados, tendo por base o seu desenvolvimento e capacidade de compreensão. A fase do conforto e contra os riscos é a fase em que a enfermeira pode ser tida com responsável pelo sofrimento que um determinado procedimento provocou, pelo que quer durante quer após a enfermeira deverá reconfortar a criança e mimá-la, conquistando desta forma de novo a sua confiança. Os conhecimentos e as competências desenvolvidas pelos enfermeiros que prestam cuidados à criança são importantes para minimizar os efeitos da hospitalização, fazendo da Pediatria um serviço acolhedor e potenciador do crescimento e desenvolvimento das crianças, promovendo a capacidade de adaptação.

### **1.3 A Criança Hospitalizada**

As crianças não são adultos em miniatura, mas sim pessoas especiais com mentes, corpos e necessidades únicos, em permanente desenvolvimento e que necessitam de ser ajudadas a atingir o seu potencial máximo. São membros essenciais na unidade familiar. Cada vez mais os cuidados de enfermagem centram-se na família, uma vez que esta é um elemento fundamental da sociedade e um meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, em particular das crianças, devendo como tal, receber a assistência e protecção necessárias para poder desempenhar em pleno o seu papel na comunidade. A hospitalização, como já foi referido, é uma situação muitas vezes geradora de stress quer para a criança quer para a sua família.

Algren (2006), refere que a doença e a hospitalização são efectivamente as primeiras crises que a criança tem de enfrentar, sublinhando que sobretudo nos primeiros anos de vida, as crianças são especialmente vulneráveis à doença e à hospitalização visto possuírem um número limitado de mecanismos para lidar com estas situações potenciais geradoras de stress. Acrescenta ainda que os principais factores de stress da hospitalização confinam-se à separação, à perda do controlo, às lesões corporais e à dor. As crianças reagem a estas adversidades de acordo com o seu estágio

de desenvolvimento, com as suas experiências anteriores de hospitalização e doença e com os seus próprios mecanismos de defesa adquiridos.

Neste sentido, Algren (2006), define que as principais metas para a criança hospitalizada são: a criança será preparada para a hospitalização; sofrerá pouca ou nenhuma separação; manterá uma sensação de controlo da situação; manifestará redução do medo de lesões corporais; sentirá uma redução na dor que seja suportável para ela; terá oportunidades de participar em actividades recreativas apropriadas ao seu desenvolvimento e terá o máximo de benefícios da hospitalização (p. 651).

Seguindo estes pressupostos, Whaley e Wong (1999), agruparam os principais factores de stress na criança hospitalizada em três aspectos essenciais: stressores físicos (dor e desconforto decorrentes de procedimentos invasivos; imobilidade decorrente da doença, podendo ser imposta ou necessária; privação de sono; impossibilidade de comer ou beber e alterações dos hábitos de eliminação), stressores psicológicos (falta de privacidade; incapacidade para comunicar decorrente da doença; inadequado conhecimento ou compreensão da situação e gravidade da doença) e os stressores ambientais (ambiente pouco familiar e estranho; sons, luzes e odores característicos do ambiente hospitalar; pessoas estranhas, entre outros).

Como foi referido anteriormente, o internamento hospitalar pode fazer com que a criança fique emocionalmente traumatizada, em maior grau do que a própria debilidade física provocada pela doença.

Mendez e Ortigosa citados por Motta e Enumo (2004), referem que este facto deve-se aos factores de stress inerentes ao internamento e que passo a referir: o ambiente hospitalar em si; a quebra do ritmo quotidiano, com as ausências à escola, a inactividade e o desviar da atenção para questões médicas referentes à doença; a perda da autonomia e intimidade (este factor de stress é o mais sentido nas crianças em idade escolar e por adolescentes) e o medo da separação dos pais (é o agente de stress mais importante nas crianças mais pequenas).

Um estudo de Crocker referenciado por Doverty (1994) indica que uma criança pode ser confrontada em média com 52 caras diferentes logo no primeiro dia de internamento. Torna-se portanto necessário reduzir o número de pessoas em contacto com cada criança, sendo o método de trabalho por enfermeiro responsável, um promotor do estabelecimento de relações terapêuticas com as crianças e seus pais.

Atendendo a este estudo e aos factores de stress referidos por Mendez e Ortigosa citados por Motta e Enumo (2004), emerge a necessidade de promover as seguintes intervenções de enfermagem: método de trabalho por enfermeiro responsável; promover um ambiente hospitalar onde haja cor, alegria, espaço para brincar; colocar, sempre que possível os cateteres endovenosos permeáveis nos períodos de abertura da sala de actividades (na impossibilidade de permeabilizar o cateter, acompanhar a criança com a bomba perfusora até à sala de actividades); se a criança estiver restrita à enfermaria providenciar brinquedos; os cateteres endovenosos periféricos devem ser colocados, quando possível, no membro superior esquerdo ou direito (atendendo à mão dominante na criança; com a qual ela escreve), facilitando o brincar, a escrita e a autonomia da criança em geral; promover o acompanhamento escolar, encaminhando para a professora do serviço; promover o convívio entre crianças da mesma faixa etária; incentivar a presença constante de uma pessoa significativa; estimular a presença dos pais durante as intervenções; orientar os pais para a necessidade da criança estar acompanhada dos seus objectos pessoais, tais como, a chucha, a “naninha”, chocalhos ou o seu brinquedo preferido e programar os cuidados à criança de modo a não interromper os seus momentos recreativos.

Barros (2003), sublinha que as políticas de saúde mais actualizadas organizam-se de forma a diminuir o número e o tempo de internamentos hospitalares, dado o reconhecimento das vantagens económicas desta atitude, assim como, os benefícios psicológicos e de saúde para os utentes. Na área pediátrica esta preocupação assume extrema relevância.

Actualmente, a criação de serviços especializados em Pediatria, as novas formas de tratamento, a preocupação acrescida com a dor na criança, a preocupação em reduzir ao mínimo os períodos de isolamento e de imobilidade, a redução do tempo de internamento e o melhoramento nas condições dos serviços, atendendo-se à especificidade dos mesmos, adequando-os às actividades habituais da criança, a presença de educadoras e professoras e sobretudo a possibilidade de acompanhamento por um familiar, contribuíram para uma mudança muito importante na experiência da hospitalização por parte das crianças, segundo refere Barros (2003).

Reconhece-se que muitas das consequências problemáticas da hospitalização podem não ser muito evidentes durante a mesma, e começarem a surgir no período pós-alta, no regresso a casa, quando a criança tem de retomar os hábitos e rotinas

quotidianas, sendo necessário os pais estarem alerta para estas situações e saberem como lidar.

Apesar de tudo isto, a hospitalização pode ser também benéfica. O benefício mais claro é sem dúvida a recuperação do seu estado de saúde. Para além deste efeito, a hospitalização pode ainda constituir uma oportunidade para a criança aprender a lidar com o stress e desenvolver mecanismos de defesa adequados para confrontar os mesmos. A socialização é também um benefício, podendo a criança alargar a sua rede social e partilhar experiências e conhecimentos com as outras crianças hospitalizadas, tal como refere Algren (2006). Barros (2003) acrescenta ainda que a hospitalização pode ser uma ocasião propícia para a aprendizagem e desenvolvimento, visto que a criança pode beneficiar de relações positivas com os elementos da equipa de saúde e de uma relação mais próxima com os seus pais e familiares. A criança pode ainda aprender que tem capacidade para lidar com a dor, estar num sítio estranho e longe de casa e que a equipa multidisciplinar de saúde a pode ajudar a ficar boa e a diminuir o seu sofrimento, para além do que, esta experiência lhe pode fornecer mecanismos para poder lidar eficazmente com os agentes stressores com os quais se depara. Esta autora (Barros, 2003) sublinha ainda que “(...) uma experiência hospitalar positiva é a melhor preparação para experiências posteriores do mesmo tipo.” (p. 75).

Certamente que todos concordamos que mediante a idade da criança as reacções à hospitalização serão eventualmente diferentes e adequadas ao seu estágio de desenvolvimento. Muitos estudos têm demonstrado que a hospitalização é uma experiência que afecta mais a primeira infância e o período pré-escolar, entre os 6 meses e os 4 anos de idade. Estes estudos referem este período como o mais problemático, visto tratar-se de um período em que a separação dos pais e a descontinuidade dos cuidados educativos é mais inquietante, tal como os cuidados prestados são percebidos como mais assustadores, como menciona Barros (2003). Deste modo os bebés mais pequenos estão em menor risco visto ainda não terem estabelecido relações de vinculação bastante fortes e que pudessem ser colocadas em risco com uma separação ainda que breve. Por seu lado, as crianças mais velhas estão mais preparadas devido às suas capacidades cognitivas, para conseguirem perceber a importância dos tratamentos, da separação e poderem controlar alguns dos seus medos e ansiedades.

Todos estes medos e ansiedades dependem de experiências anteriores de hospitalização, do nível de desenvolvimento da criança e também da patologia pela qual

foi internada e dos tratamentos e cuidados que esta requer. Parece-me então pertinente nesta altura sublinhar nesta fase a questão da hospitalização planeada e não planeada.

### 1.3.1. Hospitalização Planeada e Não planeada

Os cuidados de enfermagem na área de pediatria têm vindo a modificar-se grandemente ao longo dos tempos, sobretudo no que diz respeito ao desenvolvimento de cuidados que visam as necessidades específicas da criança, cuidados atraumáticos e cuidados centrados na família. Este progresso deve-se à investigação, sobretudo na área da psicologia por Spitz e Bowlby, que fez emergir o impacto negativo que as experiências de doença e hospitalização podem acarretar na vida da criança e as estratégias que fomentam o ambiente hospitalar como promotor do bem-estar, facilitando a sua adaptação e tornando esta experiência uma oportunidade de desenvolvimento e aprendizagem, tal como sublinha Barros (2003).

É certo e sabido que os potenciais factores geradores de stress inerentes à hospitalização são inúmeros e que cada vez mais os profissionais de saúde, nomeadamente na área da enfermagem têm vindo a desenvolver em algumas unidades hospitalares do país estratégias que visam não só a preparação para a hospitalização como também a desmistificação da mesma.

Mountain, Fallon e Wood (2006) destacam a importância da preparação para a hospitalização salientando os seus benefícios e o facto das crianças lidarem melhor com a mesma, possuírem menos problemas comportamentais após a alta e regressarem à escola mais rapidamente.

Não obstante, é preciso ter em consideração que a idade da criança e o seu estágio de desenvolvimento, as suas experiências anteriores de doença e/ou hospitalização podem condicionar a eficácia desta preparação, assim como o estado emocional dos seus pais, tal como referem Dowle e Siddall (2006).

Muitas vezes e mediante a idade da criança é preciso acrescentar algo à explicação verbal das coisas, sendo muitas vezes necessário recorrer à brincadeira, aos fantoches, à dramatização, etc...tendo sempre em atenção se a criança assimilou o que foi explicado, tal como mencionam Glasper e Haggarty (2006).

O enfermeiro encontra-se mais uma vez numa posição sobejamente privilegiada, pois está presente no momento do acolhimento da criança, quer seja um internamento planeado ou não.

Algren (2006) menciona que não existem linhas orientadoras definidas no que se refere à preparação da hospitalização da criança, tendo-se apenas por base os princípios orientadores da instituição no que se refere ao acolhimento e/ou planeamento de uma hospitalização programada, tendo sempre em atenção o estado físico da criança, o estado emocional dos pais e da criança, a sua idade e nível de compreensão e as suas experiências anteriores. No que se refere à preparação em si, a autora aconselha que esta seja feita uma semana antes para as crianças dos 4 aos 7 anos e nas crianças mais pequenas deve ser feita um ou dois dias antes.

No caso da hospitalização planeada, ou seja, quando o internamento advém de procedimentos planeados, o que acontece mais frequentemente sobretudo no caso das cirurgias programadas, os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros, poderão lidar com uma criança que chega ao serviço para ser submetida a uma cirurgia, portanto uma criança saudável, que evoluirá para uma situação de doença e/ou dependência durante o internamento, podendo esta colocar as dúvidas que tiver durante este período de forma a esclarecer as suas questões, tal como referem Dowle e Siddall (2006).

No que se refere à hospitalização não planeada, esta refere-se sobretudo a situações de agudização da doença. Este tipo de hospitalização é a mais frequente nos serviços de pediatria. O inesperado que a hospitalização não planeada contém, inerente à ansiedade que daí advém é grande, quer por parte dos pais quer por parte da criança. Nestes casos, visto que a preparação antecipatória não é possível, é necessário acolher de forma calorosa e carinhosa, tendo em atenção todos estes aspectos, integrando-os nas dinâmicas do serviço e transmitindo as informações necessárias, disponibilizando-se para esclarecer dúvidas.

Mountain, Fallon e Wood (2006) acrescentam que as estratégias a serem utilizadas para a preparação da hospitalização podem subscrever-se a panfletos, livros, filmes, visitas guiadas ao serviço, demonstrações individualmente a cada criança ou em grupo (pais ou crianças ou ambos), tendo sempre em atenção o objectivo máximo de preparar as crianças para os possíveis procedimentos aos quais terá de ser submetida.

Algren (2006) menciona que talvez a melhor forma de preparar as crianças para a hospitalização seja com recurso à brincadeira, não só por todos os efeitos positivos que esta tem neste processo e que mais à frente irei explicar muito mais, mas também pela forma como através desta a criança pode exprimir os seus sentimentos,

nomeadamente medo em relação ao procedimento em si, etc...podendo-se exemplificar com recurso a materiais didácticos e adequados à idade, os procedimentos pelos quais as crianças irão passar e deste modo esclarecer dúvidas e/ou desmistificar medos que possam ser evidenciados. Brincar aos médicos e aos enfermeiros é excelente! Não nos podemos esquecer que para esta preparação precisamos da presença dos pais, que nos vão ajudar a lidar com a ansiedade da criança acalmando-a e transmitindo-lhe confiança, assim como, reduzimos também a ansiedade que eles próprios demonstram. O esclarecimento de dúvidas e escuta activa são fundamentais.

Mountain, Fallon e Wood (2006) mencionam quais os aspectos a ter em consideração independentemente de ser uma hospitalização planeada (ex: cirurgia) ou não planeada (ex: doença aguda): explicar à criança onde irá, o que lhe irá acontecer e o porquê; ser sempre honesta com as crianças, preferindo transmitir apenas as informações essenciais, pois muitas vezes a informação dada a mais pode ser prejudicial; a preparação não deve ser feita com muita antecedência; utilizar uma linguagem simples e adequada à idade e ao desenvolvimento da criança; estimular a criança a realizar perguntas; encorajar a expressão de sentimentos e escutá-la.

O acolhimento da criança no serviço é uma peça fundamental deste puzzle.

Este é parte integrante do processo de internamento, sendo decisivo para que uma relação de confiança se estabeleça entre a criança, os pais e a equipa de enfermagem.

Para Bernardo referido por Jorge (2004), o acolhimento é uma ciência e uma arte que tem como compromisso uma busca constante e aperfeiçoamento na prática. É definida pela sinceridade e transparência mútua, no respeito pelo outro, ajudando-o a ser ele próprio.

Durante o acolhimento, as crianças e os pais apresentam-se ansiosos, preocupados e chorosos, com necessidades algumas vezes não reconhecidas, por parte da equipa de enfermagem.

Deste modo, na sua tese de mestrado, Tavares (2008) realizou um estudo sobre o *Acolher Brincando - A Brincadeira Terapêutica no Acolhimento de Enfermagem à Criança Hospitalizada*. Como objectivo propôs-se a compreender o contributo da intervenção “Acolher Brincando” desenvolvida no acolhimento de enfermagem nas crianças em idade escolar hospitalizadas no Serviço de Pediatria. O estudo permitiu afirmar que a intervenção teve um papel essencial na forma como as crianças e seus

acompanhantes vivenciaram a hospitalização. Desmistificou o hospital, preparando-as para o que as esperava, o que se traduziu em menor ansiedade e medo, bem como maior confiança, tornando o hospital mais acessível, acolhedor e mais fácil de enfrentar. Assim, a hospitalização resultou numa experiência positiva para todos os intervenientes, inclusive na relação terapêutica entre criança/pais e enfermeiro.

Pode-se então verificar, que as estratégias de intervenção para acolher a criança/família são várias e passam pela, disponibilidade, boa-disposição, pelo incentivo à participação dos pais, pela informação dada, mas mais importante, pelo respeito e consideração individual de cada um e de cada família, atendendo aos seus sentimentos, emoções, necessidades, reacções e dificuldades.

Afere-se então que o enfermeiro enquanto elemento de uma equipa multidisciplinar, tem um papel fundamental em todo o processo de hospitalização da criança, salientando-se aqui o acolhimento e a preparação para a hospitalização planeada e não planeada.

#### **1.4 O Brincar Terapêutico**

A preparação para a hospitalização e os seus efeitos positivos tem vindo a ser estudada e cada vez mais está comprovada a sua eficácia e eficiência na redução do tempo de hospitalização e na diminuição dos efeitos negativos da mesma. Algren (2006) acrescenta ainda que os programas de jogo com bonecos em que a criança pode desempenhar o papel de médico ou enfermeiro que trata do boneco, administrando injeções ou medicamentos ou avaliando a temperatura, permitem dar informação e criar uma experiência de dessensibilização e de aprendizagem de estratégias de confronto. Este tipo de programa de intervenção tem a grande vantagem de permitir uma actuação individualizada, em que o enfermeiro vai necessariamente adaptando as suas acções às atitudes que observa por parte da criança. Aqui emerge a questão do brincar terapêutico.

Foi durante o século XX que a importância do brincar começou a ser reconhecida, nomeadamente através da declaração da International Play Association (IPA) (criada na Dinamarca em 1961 e que actualmente conta com quase 50 países membros) e da Convenção dos Direitos da Criança em 1989.

A Declaração dos Direitos da Criança das Nações Unidas (Fontes, 2008) é clara no artigo 7.º, ao mencionar que: “ A criança deve ter todas as possibilidades de se entregar a jogos e a actividades recreativas, que devem ser orientados para os fins visados pela educação; a sociedade e os poderes públicos devem esforçar-se por favorecer o exercício desse direito.” Também a IPA refere que:

“ As crianças são a base que assenta o futuro do mundo. Ao longo da história e em todas as culturas, as crianças sempre brincaram. Brincar, a par da satisfação das necessidades básicas da nutrição, saúde, habitação e educação, é uma actividade fundamental para o desenvolvimento das capacidades potenciais de todas as crianças. Brincar é um acto instintivo voluntário e espontâneo. É uma actividade natural e exploratória. Brincar é comunicação e expressão, associando pensamento e acção; dá prazer e sentido de realização. Brincar abarca todos os aspectos da vida. Brincar ajuda as crianças no seu desenvolvimento físico, mental, emocional e social. Brincar é um meio de aprender a viver e não um mero passatempo”.

Deste modo o brincar assume-se como uma necessidade humana básica, e como tal, uma experiência rica e complexa, essencial ao desenvolvimento. Brincar ajuda a criança na sua adaptação à realidade pois para além de aprimorar o desenvolvimento intelectual, sensório-motor, social, criativo e de auto-consciência, pode também ser um instrumento terapêutico nos cuidados de enfermagem. Walker (1988), refere que existem dois tipos de brincar em cuidados de saúde, a terapia pelo brincar e o brincar terapêutico. Ambos têm como benefícios o estabelecimento de uma relação entre o profissional e a criança e a possibilidade de permitir que a criança expresse os seus sentimentos, medos e receios relativos à sua vivência. No entanto o que distingue a terapia pelo brincar do brincar terapêutico é que a primeira é utilizada pelos psicoterapeutas para diagnosticar um problema psicológico da criança e facilitar a libertação de tensões e o brincar terapêutico ajuda a criança a desenvolver e construir mecanismos de coping para enfrentar determinadas situações adversas, facilitando a expressão de sentimentos.

Russ (1998) sublinha que o brincar terapêutico auxilia a criança a desenvolver mecanismos de coping, com o intuito de ultrapassar a situação de crise que se encontra a viver. Durante o período de internamento hospitalar o brincar terapêutico influi no restabelecimento físico e emocional da criança, permitindo uma vivência mais alegre e menos traumatizante, tal como referem Motta e Enumo (2004), Russ (1998), entre outros.

O brincar no hospital, segundo Oliveira, Dias e Roazzi (2003) e Algren (2006), pode ser dirigido ou livre, ou seja, o primeiro exige uma estruturação e organização específicas onde a criança pode manipular e explorar o material com o qual se depara

durante o internamento e o segundo é espontâneo e não exige nenhuma estruturação, permitindo que a criança brinque com todos os materiais disponíveis para o efeito.

Ainda segundo Algren (2006), existem algumas técnicas de comunicação criativa que podem ser utilizadas nas crianças durante o brincar, tais como: a técnica da terceira pessoa, que envolve a adopção de termos na terceira pessoa com recurso a fantoches, ursos ou bonecos – nesta situação as crianças sentem-se menos ameaçadas quando não se fala directamente delas, embora permita paradoxalmente que elas falem sobre si através dos bonecos; contar histórias de livros infantis, o que funciona como uma actividade de distração; contar histórias mutuamente, o que envolve a narração de histórias que se assemelham à situação particular que a criança está a viver, ainda que com algumas diferenças que a ajudam com os seus problemas; jogo de associação de palavras, em que é pedido à criança que diga a primeira palavra que lhe surge na mente, após ter ouvido uma palavra-chave; prós e contras, que consiste em seleccionar um tópico, tal como, “estar no hospital” e permite que a criança relacione, por exemplo, num desenho “cinco coisas boas e cinco coisas más” relativas a esse tópico.

Estas actividades são expressivas e constituem uma oportunidade para a criança expressar as emoções e sentimentos que decorrem da hospitalização. É ainda pertinente incluir os familiares da criança no brincar, uma vez que estes assumem um papel importante como mediadores da confiança entre a criança e os enfermeiros, visto que se a criança percebe que a sua família confia no profissional de saúde, tenderá a vê-lo como uma pessoa em quem pode confiar, tal como Algren (2006) menciona. Esta autora sublinha ainda que uma boa relação com os profissionais de saúde é uma necessidade expressa pelas crianças hospitalizadas.

Não obstante, é importante sublinhar que para o brincar fazer parte integrante dos cuidados de enfermagem, e adquirir assim um importante e determinante valor terapêutico é necessário ter em consideração: a necessidade de adaptar o brincar à idade e desenvolvimento da criança, a necessidade de reconhecimento e valorização do brincar por parte dos enfermeiros e a necessidade de enquadrar o brincar no plano de cuidados de enfermagem, tal como menciona Levieux-Anglin e Sawyer (1993).

Assim, esta actividade deve de ser percebida como um objectivo dos cuidados e incluída nas intervenções de enfermagem, visto que possibilita à criança perceber e aprender sobre o ambiente hospitalar que a rodeia e deste modo desenvolver habilidades de relacionamento com o mesmo. É importante que os enfermeiros, consigam ajudar a

criança a ultrapassar a crise do internamento, bem como ajuda-la a obter um crescimento positivo com esta experiência. Neste sentido torna-se fundamental que os enfermeiros saibam valorizar e incrementar formas de expressão na criança hospitalizada, pois assim é possível conhecer e compreender melhor o mundo da criança internada.

Para além de uma assistência multidisciplinar que está atenta às características de cada criança e à sua circunstância patológica, é necessário continuar a proporcionar actividades lúdicas e recreativas durante o internamento, como os jogos, o desenho e a pintura, ou tão somente brincar só por brincar. Alias, todo o brincar da criança deve ser entendido pelo adulto como um direito universal e soberano.

Brincar é um direito de todas as crianças!

Os jogos e as brincadeiras, de acordo com Batista et al (2004), constituem a linguagem universal das crianças e são um dos mais importantes meios de comunicação e de aprendizagem promotores do desenvolvimento intelectual, sensório-motor, social, criativo, de auto-conhecimento e moral.

Segundo Festas (1994), as actividades lúdicas devem ser utilizadas pelos profissionais de saúde que se relacionam com a criança como um grande espelho do seu mundo real e imaginário, promovendo o processo de hospitalização. Para esta autora, as diferentes formas de expressão que a criança pode adoptar devem ser valorizadas pelos enfermeiros já que servem um duplo propósito: satisfazer não só a necessidade normal da criança brincar, mas também ajuda-la a ajustar-se a uma potencial situação de stress, como a doença e o internamento hospitalar.

O enfermeiro ao abordar a criança para brincar, esta normalmente não é renitente como acontece em relação a outras intervenções de enfermagem. Inicialmente a criança pode ficar apreensiva mas normalmente acaba por gostar, sentindo reconhecida a sua necessidade de brincar, e tendo a oportunidade de ao brincar com o enfermeiro exteriorizar os sentimentos negativos associados à sua vivência hospitalar, a que estamos muitas vezes relacionados.

Algumas crianças gostam de pedir seringas para “fingirem” que nos picam. Este faz-de-conta ajuda a criança a lidar com o procedimento doloroso da punção venosa.

No estudo *A criança, os hospitais e o brincar*, Batista et al (2004) teve como principal objectivo conhecer se o brincar é valorizado pelos enfermeiros como componente no estabelecimento de uma relação com as crianças e conhecer se o inverso

se verifica, verificou-se que as crianças valorizam o brincar no hospital, pela relação social, e pela distração, brincam com os pais e com os meninos internados, mas também com os enfermeiros. As crianças, em 80% referiram que gostam que os enfermeiros brinquem com elas, pela relação que se estabelece, pela companhia, pela brincadeira e pelos benefícios nos tratamentos. O mesmo estudo revela que todos os enfermeiros têm o hábito de brincar, e na sua maioria porque reconhecem que o brincar facilita a relação empática. Consideram igualmente, que é um momento de distração e diversão para a criança, que facilita a adesão aos tratamentos. Em suma, os autores supracitados destacam as finalidades que o brincar no hospital pode constituir. Estas subscrevem-se a: ajudar a criança a sentir-se mais segura num ambiente que para ela é estranho e desconhecido; proporcionar diversão e relaxamento; minimizar a ansiedade de separação; expressar sentimentos; estimular a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos profissionais de saúde e às outras crianças internadas; actuar com a finalidade de atingir metas terapêuticas e oferecer à criança a possibilidade de fazer escolhas. Desta forma o brincar normal evidencia-se como terapêutico ao promover o bem-estar psicológico da criança.

Uma das formas de colocar em prática o brincar terapêutico é através do jogo simbólico, onde a criança pode experimentar alguns dos procedimentos que vivenciou ou que virá a experimentar no decorrer do internamento, tais como, punção venosa, entre outros, tornando-se como tal e como refere Festas (1994), um campo importante de compreensão e minimização do impacto de experiências indesejáveis. Deste modo estamos a trabalhar o cognitivo e o emocional.

Oliveira, Dias e Roazzi (2003), referem que podem ser utilizados brinquedos que abordem temas hospitalares, como sendo, instrumentos cirúrgicos, de exames e de procedimentos médicos em miniatura de plástico, roupas idênticas às da equipa de saúde, materiais utilizados pela equipa de enfermagem, livros de histórias com temáticas referentes à hospitalização, entre outros.

O ambiente onde esta sessão decorre deverá ser seguro e acolhedor e que facilite a presença de um adulto que encoraje a criança a expressar os seus sentimentos, como refere Cintra, Silva e Ribeiro (2006). Algren (2006) reforça ainda que através da dramatização a criança pode representar os medos e fantasias decorrentes da hospitalização. Através dos bonecos e da replicação de equipamentos hospitalares e até mesmo material hospitalar desde que devidamente seguro e adequado às crianças, as

crianças podem dramatizar as situações que vivenciaram durante a hospitalização. Esta técnica assume uma importância determinante pois facilita a aprendizagem dos procedimentos e técnicas realizados pelos enfermeiros, visto que através da dramatização conseguimos explicar de uma forma facilmente compreensível às crianças os procedimentos a que já foram submetidos e/ou que poderão vir a experienciar.

Deste modo, a equipa multidisciplinar terá necessariamente que organizar o seu cuidar de modo a ajudar quer a criança quer a sua família a lidar com esta situação de crise. A equipa de enfermagem pela posição que ocupa dentro da equipa de saúde, e que lhes permite uma relação mais estreita e uma melhor compreensão da criança e das suas vivências, pode contribuir para que a experiência da hospitalização seja o menos traumatizante possível. Para que isso aconteça, deverão ter sempre presente a necessidade de cuidar da criança de forma única e adequada ao seu nível de desenvolvimento. Assim, e de encontro ao acima descrito, a preparação para a hospitalização e para os procedimentos a ela inerentes é fundamental, de forma a clarificar o medo do desconhecido e assim diminuir o medo do mesmo. Quando as crianças sabem e conhecem as coisas, o medo desaparece e elas conseguem direccionar as suas energias e beneficiam com a experiência que a hospitalização lhes proporciona.

Nesta situação, o brincar terapêutico é uma excelente forma de auxiliar as crianças a libertar o stress e o medo, evitando os efeitos prejudiciais, quer a curto quer a longo prazo da hospitalização. O brincar terapêutico adaptado ao desenvolvimento da criança, constitui uma forma de a preparar para a hospitalização, mostrando-lhe o que vai acontecer durante a sua estadia no hospital, desmistificando assim o desconhecido inerente à entrada no mesmo, pelo que deve ser visto como uma ferramenta essencial à enfermagem, fomentando uma relação terapêutica entre ambos, caminhando-se para a essência do cuidar em enfermagem.

### **1.5 Modelo dos Sistemas de Betty Neuman**

A enfermagem, durante séculos, consistia em pôr em prática a generosidade e o sentido fraterno das relações com os desprotegidos, orientada para a dignificação da vida humana. Subscrevendo-se à caridade, esta foi a forma mais longínqua de encarar o amor pelo próximo, como meio de participar em actos que se foram integrando na plenitude da enfermagem, como refere Carvalho (1996).

Na actualidade a enfermagem utiliza, segundo Phaneuf (2001), uma abordagem holística, ou seja, conceptualiza o ser humano como um ser total, igual a si mesmo, maior e diferente que a soma das suas partes.

Segundo Carvalho (1996), a aplicação do saber e dos princípios científicos, são os instrumentos que a enfermagem transporta para a prática na procura do verdadeiro sentido do humano, no que ele tem de mais complexo, concreto ou de transcendente, do que está mais próximo dos seus problemas e não o afastamento dos mesmos. Por isso, o humanismo tem que fazer parte do substrato cultural do enfermeiro, para que os saberes demasiado materialistas não ponham em perigo a relação humana.

A enfermagem como ciência de formação técnica, tem um conteúdo deontológico, ético e de formação de mentalidades.

Assim, torna-se necessário uma conjugação entre a técnica que se aprende e a estrutura ética que se desenvolve ao longo de toda a vida profissional, de tal forma que se procura a inexistência de qualquer rotura entre a teoria e a prática, evitando desta forma conflitos entre o “saber”, o “saber fazer”, o “saber ser” e o “saber estar” (Phaneuf, 2001).

Phaneuf (2001) afere ainda que a pessoa é entendida como um ser completo em que todas as suas dimensões: física, mental e espiritual se relacionam entre si, visando um estado de homeostasia ao nível destas três esferas.

Na situação de doença, a capacidade de equilíbrio integral encontra-se diminuída, provocando um desarranjo no equilíbrio dinâmico da esfera holística da pessoa.

Deste modo e de forma a contextualizar todo o percurso tomado ao longo do estágio, pela afinidade com a teoria e pela natureza do projecto desenvolvido, passo a me reportar ao Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, que me parece fundamentar muito bem os pressupostos nos quais me baseei para construir a base e a essência de todo o projecto desenvolvido durante o estágio, assim como as estratégias por mim adoptadas.

Neuman (1995), tem em consideração a pessoa como o núcleo central do sistema e o ambiente como interno ou externo. Assim, a pessoa enquanto parte integrante do sistema aberto, desenvolve perspectivas diferentes e únicas que levam à adopção de comportamentos assertivos no sentido de encontrar o equilíbrio.

Deste modo, tendo em consideração o ser humano enquanto sistema aberto, onde a mutualidade com os outros sistemas se torna evidente, emerge uma dinâmica aberta em que o ser humano e o ambiente são unificadores, constituindo-se um ponto de equilíbrio, em que o bem-estar e a harmonia são uma meta a atingir.

Para Neuman (1995) a condição na qual todas as partes e sub-partes do homem estão em harmonia com o sistema total é o bem-estar, requerendo trocas de energia para manter a integridade do sistema. Esta totalidade é baseada no inter-relacionamento das variáveis, que determina o grau de resistência que uma pessoa tem em qualquer situação perante uma adversidade. É oportuno reafirmar que na sua totalidade o homem é único e portanto com características individuais, porém, é um sistema aberto em interface total com o ambiente.

O indivíduo é rodeado, figurativamente, por círculos concêntricos que a autora denomina de linhas. A primeira delas, a linha normal de defesa, que é concebida como um nível de saúde desenvolvido e adaptado através do tempo e considerado normal para um indivíduo em particular ou um sistema. A seguinte, sobre esta, é a linha flexível de defesa, um mecanismo protector que rodeia e protege a linha normal da entrada de qualquer "invasor". Ressalta-se que, quanto maior a expansividade dessa linha, maior é o grau de protecção.

Uma vez ocorrida a invasão, o indivíduo suporta-se na linha de resistência, composta por factores de resistência interna, activados para proteger e preservar a estrutura básica contra o agente invasor. Esses factores diminuem a intensidade do grau de reacção do invasor.

Para Neuman (1995), as quatro maiores categorias de stressores são: a dor, a mudança cultural, a privação sensorial e a perda. A identificação da natureza da reacção e a possível reacção a esses stressores, juntamente com as várias limitações e condições que os acompanham é o caminho para a análise dos mesmos. O estado de equilíbrio que requer trocas de energia pelas quais o homem é capaz de enfrentar os seus "invasores" é denominado por Neuman de Homeostasia. Assim, o indivíduo enfrenta os seus stressores e recupera o seu bem-estar, confirmando a integridade do sistema. Nele insere-se a importância das intervenções dos profissionais, que actuam na redução da possibilidade de encontro do indivíduo com o agente stressor e, no caso desse persistir, através de estratégias metodológicas, reforçar a linha flexível de defesa para minimizar a possibilidade de reacção. Ressalta-se que os stressores podem também ser benéficos

dependendo da sua natureza, grau e oportunidade e também do potencial individual de cada um em transformar o stress em mudança positiva.

Os agentes stressores, as reacções e as forças de reconstituição podem ser vistos como intra, inter ou extrapessoais mediante a sua natureza.

Os factores intra-pessoais são forças que ocorrem dentro do indivíduo, como por exemplo: respostas condicionadas.

Os factores inter-pessoais são forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos, por exemplo: expectativas de papéis e os factores extra-pessoais são forças que ocorrem fora do indivíduo, por exemplo: circunstâncias financeiras.

Esta autora, considera o ser humano como único, com conhecimentos próprios e características pessoais inatas, reforçando a importância dos vários factores relacionados com o ambiente e a sua potencial influência enquanto stressores do sistema, assim como, a relação entre o ser humano e as diferentes variáveis (fisiológica, psicológica, desenvolvimentista, sociocultural e espiritual). Para Neuman (1995), existem linhas de defesa, cuja eficácia, tem em linha de conta as variáveis e a sua relação com os stressores, suportando o equilíbrio e a estabilidade do sistema.

Neuman (1995), sublinha ainda as questões relacionadas com a prevenção primária, secundária e terciária, bastante patentes em todo este trabalho.

No que se refere à prevenção primária, segundo Neuman (1995), esta subscreve-se à identificação dos stressores que possam causar desequilíbrio no sistema, ou seja, procura prevenir uma possível invasão do exterior, fortalecendo a defesa e diminuindo a possibilidade de reacção, promovendo assim alguns objectivos como informar, apoiar, motivar, integrar e educar, para que o ser humano/cliente possa manter ou atingir o seu bem-estar.

Para a autora supracitada, a prevenção secundária refere-se à monitorização dos stressores, tendo como principio a protecção da estrutura básica, envolvendo já o tratamento, mas mobilizando os recursos do sistema, quer internos quer externos, para a sua estabilização, fortalecendo as linhas internas de resistência, promovendo propósitos que se visam monitorizar, optimizar, mobilizar, facilitar, motivar, educar, envolver, promover, providenciar e apoiar, para que o ser humano apresente uma menor reacção e ao mesmo tempo aumente os factores de resistência.

Finalmente, no que se refere à prevenção terciária esta situa-se na fase posterior ao tratamento activo, focalizado na readaptação face à estabilidade do sistema, cujo

objectivo principal é aumentar a resistência aos stressores, no sentido de prevenir novos episódios de reacções. Este processo é cíclico no sentido da prevenção primária, promovendo como objectivos o estabilizar, monitorizar, atingir, manter, educar e reeducar, apoiar, coordenar, integrar e providenciar, para que o ser humano enquanto sistema possa vir futuramente a identificar os stressores e ele próprio criar defesas face aos agentes stressores para se manter em equilíbrio. A autora acresce ainda que o sistema, ou seja, o cliente, tem variáveis de ordem fisiológica, psicológica, sócio-cultural, espiritual e desenvolvimentista.

O Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança que me propus a abordar no projecto implementado no Serviço de Pediatria, enquanto foco de atenção de enfermagem, é um fenómeno sujeito a stressores positivos ou negativos, consoante o contexto e a especificidade da criança e da situação.

Por estas razões e pelo acima descrito, considero que o Modelo de Sistemas de Neuman, traz um contributo fundamental para a contextualização de todo o trabalho desenvolvido em torno do estágio realizado no Serviço de Pediatria, tendo em conta o suporte teórico adjacente que nos facilita a compreensão das respostas humanas perante a hospitalização.

Seguidamente passo a apresentar na figura 1 o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman em género de síntese do acima descrito.

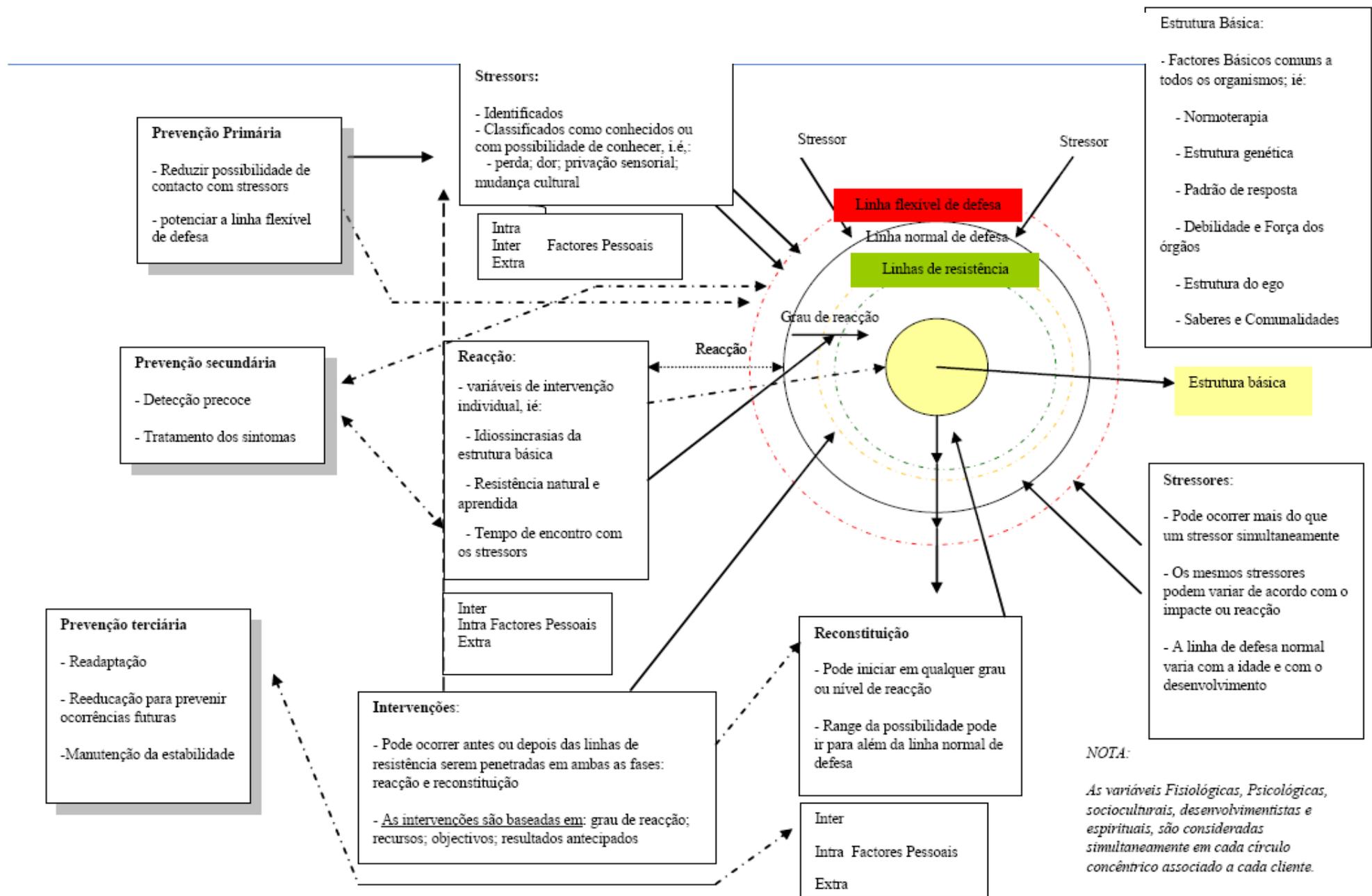


Figura nº 1 – The Neuman Systems Model. Original diagram 1970 by Betty Neuman (traduzido e adaptado por José Amendoeira, 24 de Abril 2005)IN: Neuman, Betty (1995). The Neuman Systems model, 3rd ed., Stamford, Appleton & Lange, p. 17.

Perante estes aspectos que estão na base da construção deste modelo, acho ainda pertinente reportar-me aos conceitos metaparadigmáticos da disciplina de enfermagem, cuja definição caracteriza, fundamenta e enriquece o trabalho realizado.

Além dos quatro conceitos metaparadigmáticos da enfermagem, Neuman (1995), define outros conceitos que se relacionam com estes de uma forma indirecta ou directa.

O cliente pode ser influenciado por forças ambientais positivas ou negativas, em qualquer momento. O ajuste do sistema pode alterar as respostas do cliente, evidenciando por isso o output, o input e o feed-back entre o cliente e o ambiente como um círculo natural.

Um dos conceitos mais importantes a enumerar é o de ser humano.

Neuman citada por Freese (2004), apresenta uma definição do que considera ser pessoa enquanto sistema, abordando-a enquanto composição de variáveis, em que cada um é parte de um todo e o seu conjunto dá forma ao cliente. O cliente é um sistema composto por uma estrutura básica concêntrica, com factores essenciais e círculos que actuam como protectores do sistema. Estes círculos funcionam como escudos e são compostos pelos stressores, as variáveis e as diferentes proposições que no seu conjunto actuam tendo em vista reter, proteger ou manter a estabilidade e integridade do sistema.

O cliente é considerado como um sistema aberto em total inter-relação e interacção com o ambiente.

Desta forma, Neuman citada por Freese (2004), define ambiente como:

“(...) todos os factores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa e o ambiente. Os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com e alteram potencialmente a estabilidade do sistema (...)” (p.340).

É ainda importante referir, que nesta definição surgem três tipos de ambiente, face à dinâmica proveniente da troca de energia entre o cliente e o ambiente: ambiente interno, que se prende com o cliente enquanto sistema; ambiente externo, que corresponde ao inter e extra pessoal, relacionado com tudo o que é exterior ao cliente e o ambiente criado, cuja relação é dinâmica e representa a mobilização por parte do cliente de todas as variáveis, principalmente das psico-socioculturais. O ambiente está relacionado com a estrutura básica dos factores energéticos, tendo em vista a integração, estabilidade e integridade do sistema, emergindo enquanto símbolo do todo que é o

sistema, resultando da troca de energias entre os dois ambientes, nomeadamente pelo facto de ser um sistema aberto.

A reconstituição é outro dos conceitos muito evocado, pelo que segundo a mesma autora “(...) é o estado de adaptação aos stressores no ambiente interno e externo (...) estão incluídos factores intrapessoais, interpessoais, extrapessoais e ambientais interligados com as variáveis do sistema do cliente.” (Neuman citada por Freese 2004, p.340).

No que se refere às variáveis do sistema do cliente, Neuman citada por George (1995), menciona que a variável fisiológica refere-se à estrutura e às funções do organismo. Por seu lado, a variável psicológica refere-se aos processos mentais e relacionamentos e a sócio-cultural às funções do sistema relativas às expectativas e às actividades sociais e culturais. A variável desenvolvimentista reporta-se aos processos relativos ao desenvolvimento durante o ciclo de vida e a espiritual à influência das crenças espirituais.

Outro conceito que emerge no Modelo dos Sistemas é o conceito de stressores. Os stressores são os estímulos quer internos, quer externos que exercem, quer positivamente quer negativamente, influência face às decisões, atitudes e comportamentos relacionados com o ser humano, relativamente ao ambiente, sendo predominantemente questões sócio-culturais.

Um outro conceito importante que emerge, é o de processo ou função, em que a autora aborda os aspectos relacionados com a capacidade do ser humano se adaptar, o que está muito relacionado com a hospitalização e os possíveis agentes stressores que daí advêm, o medo do desconhecido, da separação, etc, uma vez que quer a criança quer a sua família têm que se adaptar ao internamento hospitalar durante o período em que lá permanecerem.

Com o propósito de permitir um enquadramento conceptual do projecto em questão, tendo em conta que numa perspectiva holística as respostas humanas a um fenómeno têm por base toda esta perspectiva sistémica, poderemos até exemplificar como sendo pequenos núcleos que se inter-relacionam mas que face a uma pequena alteração do percurso ou até da forma como esse percurso se desenvolve, leva a uma reorganização do sistema. Esta é uma das vantagens do modelo de Neuman, ou seja, poderemos utilizar os seus conceitos e os seus pressupostos tanto em situações de grande complexidade, como em situações menos complexas.

Para o conceito de saúde, Neuman (1995), concebe uma definição que assenta na harmonia de interacção entre o sistema cliente tendo em vista o bem-estar. Saúde para o cliente no Modelo dos Sistemas, equivale à sua estabilidade, considerando como o melhor estado de saúde para o cliente. Neuman (1995), considera a saúde como uma manifestação do nível de energia do cliente para preservar e acentuar a integridade do sistema. Esta troca de energia deve ser constante entre o cliente e o ambiente, sendo que estes níveis de energia estão em constante interacção face aos possíveis stressores. Surgem conceitos importantes face ao conceito principal, por se encontrarem directamente implícitos no mesmo, isto é, consoante os níveis de energia disponíveis no sistema, assim serão as respostas do ser humano aos agentes stressores.

Este conceito de saúde, evidencia uma perspectiva centrada no ser humano, uma vez que o bem-estar, só poderá ser atingido se o próprio integrar estes aspectos e com eles poder fortalecer as linhas flexíveis de defesa, que são parte inerente do sistema.

Neuman (1995), define enfermagem como uma profissão única e preocupada e em interacção com todas as variáveis que interagem com os clientes no seu ambiente.

Esta perspectiva do processo de cuidados centrada no ser humano, emerge deste conceito enquanto preocupação de uma disciplina, cujo corpo de conhecimentos se constrói a partir de uma cooperação constante entre a explicitação dos saberes em contexto do trabalho e do ensino.

Amendoeira (2006), acrescenta que:

“ (...) o enfermeiro ao adoptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades das pessoas, distancia-se do trabalho standardizado (tarefa), assume essencialmente as características de trabalhador técnico-intelectual. A utilização de um “saber” adaptado à singularidade da situação – problema e das pessoas com quem está em interacção, torna-se na única forma de conhecimento reconhecida e não dependente de outros (...)” (p.26).

Segundo o mesmo autor, a contextualização do cuidar ocorre numa perspectiva dialéctica, onde o contexto do processo de cuidados e da academia, são considerados como locais de (re)produção de acordo com os processos derivados dos confrontos dos saberes das várias áreas disciplinares, integrando assim a transversalidade, que emerge como um conceito de extrema importância na formação em saúde.

Paiva citado por Amendoeira (2006), evidencia uma questão central, relacionada com a capacidade de se estabelecer relações interpessoais, valorizando os conhecimentos acerca da pessoa, das suas histórias de vida, das suas vivências, dos seus processos de transição, que vai para além do conhecimento formal, que contribui para o

enfermeiro mobilizar, no sentido da humanização face ao cuidado de enfermagem, como uma componente promotora do bem-estar da pessoa.

Existem variadas situações adversas no dia-a-dia das pessoas, ocasionadas por stressores advindos do meio-ambiente conhecidos e/ou desconhecidos. Cada um é diferente no seu potencial de impacto em perturbar o equilíbrio dos indivíduos, ou seja, a linha normal de defesa, que nada mais é do que o relacionamento das variáveis fisiológicas, psicológicas, sócio-culturais, espirituais e de desenvolvimento. Em qualquer ponto do tempo ou espaço podem afectar o grau em que o indivíduo se encontra protegido pela sua linha flexível de defesa, contra possíveis reacções a um único ou à combinação de stressores.

Cada indivíduo, com o tempo, desenvolve possibilidades de respostas às reacções do ambiente, que é conhecida como a linha normal de defesa. Quando a protecção do efeito "acordeão", da linha flexível de defesa não consegue mais proteger o indivíduo contra o agente invasor, este atravessa a linha normal de defesa. O inter-relacionamento das variáveis determina o grau e a natureza da reacção do organismo ao invasor. Cada indivíduo tem formado no seu interior um conjunto de situações de resistência, que formam as linhas de resistência que, no caso de um invasor conseguir atravessar, este conjunto irá tentar estabilizá-lo e retorná-lo à sua linha normal de defesa.

O conhecimento geral que é aplicado à avaliação do indivíduo, permite orientar a intervenção, no sentido de reduzir e/ou eliminar os possíveis riscos face aos stressores e também prevenir as possíveis reacções - prevenção primária.

A sintomatologia que surge após a invasão desses stressores, assim como, a hierarquia de prioridades de intervenção e tratamento a fim de reduzir os seus efeitos no ciclo vital dos indivíduos é denominada de prevenção secundária.

Neste âmbito, este modelo confere uma preocupação pelo todo, numa interacção constante com as partes do mesmo, por integrar na sua estrutura o conceito de holismo. A importância atribuída a este conceito, confere aquilo que considero a articulação do todo ou das partes do todo numa relação constante e dinâmica, cujo objectivo é a harmonia do sistema/cliente.

Todo este enquadramento conceptual, tendo em conta a perspectiva deste estágio, permite compreender as respostas da criança face à hospitalização, cujo foco de atenção neste âmbito, se contextualiza na disciplina de enfermagem.

## **2. ESTÁGIO: OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

O presente capítulo pretende explicar os objectivos e actividades desenvolvidas durante o Estágio na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O local de estágio escolhido foi o Serviço de Pediatria, 5º Piso do Hospital Dr. Nélio Mendonça – EPE SESARAM, na Região Autónoma da Madeira.

A escolha deste local de estágio prendeu-se com o facto de exercer funções neste serviço há seis anos e por fazer muito gosto em implementar o projecto a que me propus desenvolver “O Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança. Hospital dos Pequeninos” neste serviço.

Este estágio decorreu entre os dias 7 de Fevereiro e 3 de Abril de 2011.

Cumriu-se então um horário de roulement, com 35 horas semanais distribuídas pelas oito semanas que o estágio contempla.

Deste modo passo a fazer uma breve caracterização do Serviço de Pediatria do 5º Piso do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Relativamente à equipa de enfermagem, esta é constituída por 30 elementos. Tem 1 enfermeira chefe, 2 enfermeiras especialistas em Reabilitação, 12 especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica (incluindo a enfermeira chefe) e os restantes elementos da equipa são enfermeiros generalistas. A metodologia de trabalho adoptada no referido serviço é por enfermeiro responsável. O regime de horário laboral é de 35 horas para os enfermeiros contratados e/ou outros e 42 horas para os restantes. As crianças são admitidas através da urgência pediátrica (maioria), consulta externa e por transferência de outros serviços, nomeadamente UCINP (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos). Recebe crianças desde na faixa etária dos 0 aos 15 anos, exclusive. O critério idade pode ser alargado quando se trata de doentes crónicos, nos casos que se justifique. O horário das visitas é das 13h às 20h, podendo um acompanhante permanecer 24h no serviço. Este serviço possui uma lotação de 33 camas distribuídas por 12 enfermarias. O serviço de pediatria subdivide-se em pediatria geral, hospital de dia de hemato-oncologia, hospital de dia de cirurgia pediátrica e hospital de dia de pediatria. As patologias mais frequentes são as infecções respiratórias, como a pneumonia, bronquite, bronquiolite, vómitos e gastroenterites agudas, traumatismos

craneanos e abdominais, queimaduras, assim como, as cirurgias (apendicite, etc), herniorrafias e correcções de malformações.

Nesta fase e para melhor orientação do relatório é fundamental traçar objectivos gerais e específicos com estratégias próprias.

Deste modo, como objectivo geral pretendo:

- Aprofundar conhecimentos, enquanto enfermeira especialista, na utilização do brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança

Passo então a me reportar aos objectivos específicos traçados e as estratégias utilizadas para atingi-los. Foi com base em toda a fundamentação anterior e no objectivo geral do estágio que tracei o objectivo seguinte:

- Conhecer a opinião da equipa de enfermagem sobre o brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança

Tendo como máxima que a criança não possui mecanismos de defesa para suportar e ultrapassar as experiências negativas e que a hospitalização, é sempre uma situação de grande risco que pode comprometer o equilíbrio psicológico e emocional da criança quer no presente, quer no futuro (Festas, 1994), achei pertinente desenvolver a seguinte actividade por forma a dar corpo ao objectivo acima proposto:

- *Aplicar um questionário a todas as enfermeiras que exerciam funções no Serviço de Pediatria de forma a efectuar o diagnóstico de situação* (questionário em anexo do Relatório – **(Anexo I)**, ou seja, todos os enfermeiros do Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça, preencheram um questionário (por mim elaborado) com o objectivo de obter o feedback destes acerca do que pensavam do brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança; se na sua prática diária utilizavam o brincar para se relacionarem com a criança e em que contextos; qual a pertinência da implementação deste projecto e quais os aspectos que poderiam limitar a implementação do mesmo.

A receptividade em torno do projecto foi a melhor possível e todos os enfermeiros se dispuseram a preencher o questionário, após eu ter explicado o propósito do mesmo.

Antes da colheita de dados, informei as colegas da finalidade do questionário em si, visto ser um questionário cujo intuito é saber de que modo o brincar influi no dia a dia de cada enfermeiro/a do serviço e de que forma este projecto seria pertinente e poderia trazer ganhos para o serviço.

Procedi então a uma breve análise das questões atendendo aos princípios determinados por Fortin (1999), Polit e Hungler (1995), Burns e Groove (2001), Bardin (1997), Vala (2003) e outros (**Anexo I**).

Todos os dados abaixo descritos encontram-se fundamentados e compartimentados no **Anexo I**.

Os dados referentes a este questionário de diagnóstico foram colhidos entre os dias 21 de Fevereiro e 11 de Março do ano corrente, no Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça – SESARAM. Escolhi este serviço por ser o serviço específico da área e onde irei aplicar o meu projecto, visto ser representativo do mesmo.

A minha população acessível foi constituída pelo grupo de enfermeiros que trabalham no Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça – SESARAM, num total de 29.

O tratamento de dados neste trabalho versou identificar e descrever o conteúdo das respostas através da aplicação dos questionários. Para tal utilizei a análise de conteúdo que segundo Berelson citado por Vala (2003) é uma técnica usada na investigação para determinar uma “descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (p.108).

Deste modo e como é perceptível, nesta parte do trabalho apenas me reportarei aos dados mais significativos de forma a conseguir expressar o sumo principal da análise, efectuando-se a apresentação, análise e discussão dos resultados mais relevantes em simultâneo.

No que se refere ao Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança, através da análise dos questionários, observamos que as unidades de registo identificadas totalizaram 129 unidades de enumeração.

De acordo com a tabela e gráfico 3 (**Anexo I**) apercebemo-nos que a categoria *O Brincar Enquanto Promotor* foi aquela que obteve maior número de unidades de enumeração, 49, o que em termos percentuais representa 37,98 % do total de referências. A categoria *Contextos de Utilização do Brincar* e a categoria *Pertinência do Projecto Hospital dos Pequenininhos* foram as seguintes mais referenciadas com 31 e

25 unidades de enumeração respectivamente, representando 24,03 % e 19,39 % respectivamente do total de referências. E por fim consta a categoria *Factores Limitadores*, representada por 24 unidades de enumeração, o que em termos percentuais representa 18,61 do total das referências.

Relativamente à categoria *O Brincar Enquanto Promotor*, esta aparece referenciada na tabela e gráfico 4 (**Anexo I**), com 49 enumerações.

Esta análise tem por base as respostas dadas pelos enfermeiros à questão: O que pensa enquanto enfermeiro/a a trabalhar no Serviço de Pediatria do Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança?

No que se refere às sub-categorias mais referenciadas estas foram: a proximidade com o profissional com 20 unidades de enumeração (40,82 %), e a sub-categoria envolvimento nos cuidados com 15 unidades de enumeração (30,61 %). Verifica-se ainda que a Expressão de Sentimentos foi a sub-categoria menos enumerada com 6 enumerações (12,24 %) do total das unidades de enumeração referentes à categoria Brincar enquanto Promotor.

A análise da categoria *Contextos de Utilização do Brincar* e respectivas sub-categorias tem por base as respostas dos enfermeiros à questão: Na sua prática profissional diária utiliza o brincar para se relacionar com a criança? Em que contextos?

Esta categoria aparece referenciada na tabela e gráfico 5 (**Anexo I**), com 31 enumerações. O contexto de utilização do brincar mais referenciado pelos enfermeiros foi a Promoção da Adesão e Colaboração nos Procedimentos Invasivos e/ou outros com 20 citações, o que em termos percentuais representa 64,52 do total das referências para esta categoria. O segundo contexto de utilização do brincar mais expresso foi o estabelecimento de uma relação, com 6 unidades de enumeração, o que equivaleu a 19,35 %.

A categoria – *Pertinência do Projecto Hospital dos Pequeninós* e respectivas sub-categorias tem por base as respostas dos enfermeiros à questão: Mediante o acima descrito, qual a pertinência da implementação do Projecto Hospital dos Pequeninós?

Esta categoria aparece referenciada na tabela e gráfico 6 (**Anexo I**), com 25 enumerações. As sub-categorias mais referenciadas pelos enfermeiros foram a Qualidade dos Cuidados e a Adesão/Envolvimento nos Cuidados com 9 citações cada, o que em termos percentuais representa 36,00% do total das referências para esta categoria. A Expressão de Sentimentos volta a ressurgir enquanto fundamento da

pertinência da implementação do projecto com 7 unidades de enumeração, com 28,00%.

A análise desta categoria – *Factores Limitadores* e respectivas sub-categorias tem por base as respostas dos enfermeiros à questão: Que aspectos poderiam limitar a implementação do Projecto Hospital dos Pequeninos?

Esta categoria aparece referenciada na tabela e gráfico 7 (**Anexo I**), com 24 enumerações. As sub-categorias mais referenciadas pelos enfermeiros foram a Disponibilidade de Tempo. A sub-categoria Nenhum e Local onde Realizar surgem com 5 e 4 citações respectivamente, o que em termos percentuais representa 20,83 % e 16,67% do total das referências para esta categoria.

Após a leitura e análise dos questionários de diagnóstico, pude identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem no que se refere ao brincar terapêutico, nomeadamente aos benefícios inerentes; a importância de adequar o brincar à idade da criança e ao seu estágio de desenvolvimento; a estrutura na qual este projecto se desenvolverá (guião) e a colaboração que necessitarei.

Um outro objectivo delineado tendo por base a análise dos questionários de diagnóstico foi:

- Promover a Formação em Serviço, por forma a envolver a equipa no Projecto

Deste modo as actividades desenvolvidas com a finalidade de atingir o objectivo acima proposto foram:

- *Identificação das necessidades de formação da equipa de enfermagem no que se refere ao brincar terapêutico* (que consegui através da análise dos questionários de diagnóstico);

- *Realização de acções de formação de forma a dar a conhecer o meu projecto, a colmatar as necessidades de formação acima descritas e a pedir a colaboração das colegas para implementação do mesmo.*

Por forma a poder abranger o maior número possível de enfermeiros em cada formação e mediante o plano de formação (em consonância com a enfermeira chefe do serviço e com a enfermeira formadora) realizei formação nos dias: 2011/03/14, 2011/03/15 e 2011/03/16 com uma duração de 45 minutos (cartaz de divulgação – **Anexo II** e plano de sessão – **Anexo III**).

Nestas formações estiveram presentes os 30 enfermeiros que constituem a equipa do Serviço de Pediatria.

A troca de experiências e os saberes partilhados fizeram destas acções de formação momentos muito ricos e enriquecedores.

Os slides apresentados nas acções de formação encontram-se em anexo (**Anexo IV**). A informação neles contida subscreve-se à fundamentação utilizada no projecto, assim como no guião do mesmo.

No final das sessões foi entregue um questionário para avaliação da mesma (**Anexo V**). Os resultados globais encontram-se no (**Anexo VI**). Passo então a apresentar os principais resultados.

Desta folha de avaliação da acção do Serviço de Pediatria fazem parte 4 itens que estruturam a avaliação global: a apreciação inicial, a organização da acção de formação, o formador e a metodologia utilizada e os comentários e sugestões de melhoria.

No que se refere ao item apreciação global, as avaliações feitas pelos enfermeiros, referiram-se apenas aos itens concorda e concorda totalmente. O item concorda totalmente foi sempre superior ao concorda, tal como podemos aferir pelos dados descritos na tabela 8 e gráficos 8 e 9 (**Anexo VI**).

Relativamente ao item organização da acção de formação, as avaliações feitas pelos enfermeiros referiram-se sobretudo ao item concorda totalmente que foi superior ao item concorda em todos os pontos da avaliação da organização da acção de formação (**Anexo VI**).

No que concerne ao item formador (es) e metodologia, as avaliações feitas pelos enfermeiros referiram-se apenas aos itens C – Bom e D – Muito Bom. Tal como apresentado na tabela 10 e gráficos 12 e 13 (**Anexo VI**), podemos aferir que o item D – Muito Bom foi superior ao item C - Bom em todos os pontos da avaliação do formador (es) e metodologia.

Nos comentários e sugestões de melhoria, os enfermeiros que assistiram às formações e realizaram a sua avaliação relativamente às mesmas, não colocaram nada neste espaço.

Esta actividade foi de extrema importância para a implementação e concretização do projecto pois sem a motivação e parceria da equipa de enfermagem, este facto não teria sido possível.

Em suma a avaliação global destas sessões de formação é muito positiva, o que me leva a concluir que os enfermeiros gostaram da mesma e que estão muito motivados para a implementação deste projecto no serviço, estando agora muito mais “por dentro” do mesmo, sabendo quais os seus pressupostos, a sua dinâmica e de que forma podem e devem colaborar, pois afinal este será um projecto do serviço.

Com estes objectivos traçados e as actividades desenvolvidas de forma a lhes dar resposta, desenvolvi as competências inerentes ao enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica que se subscrevem a suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento na área da especialidade; prever a formulação e implementação de estratégias, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (Diário da Republica, 2ª Série, Nº 35, 18 de Fevereiro de 2011).

Um outro objectivo delineado, tendo por base tudo o anteriormente descrito, a análise das actividades realizadas e o feedback dos colegas foi:

- Implementar o Projecto “O Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança. Hospital dos Pequenininos”

Uma das actividades realizadas tendo por base o objectivo acima proposto foi a:

- *Realização do projecto escrito* (inerente ao contexto do estágio) (**Anexo VII**).

A realização do mesmo implicou, como se percebe, a consulta de inúmeros autores, trabalhos e estudos de investigação relacionados com o brincar terapêutico e nos quais me pude fundamentar e alicerçar o projecto em si, ou seja, delimitar os meus objectivos gerais e específicos, a população alvo deste projecto, os critérios de selecção das crianças a participar neste projecto, a actividade a desenvolver em si (guião do projecto), assim como os indicadores de avaliação do mesmo (**Anexo VII**). O feedback

dado pelos colegas de serviço quer através do preenchimento dos questionários de diagnóstico quer através da apresentação do projecto (sessão de formação) para que estes pudessem com a sua experiência e prática diária complementá-lo foi também muito importante em todo este processo.

Assim, este projecto tem como objectivo geral: promover o Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança. Os objectivos específicos subscrevem-se a: obter o reconhecimento e valorização do brincar por parte dos enfermeiros deste Serviço; enquadrar o brincar no plano de cuidados de enfermagem; elaborar e implementar estratégias que permitam, com base no suporte teórico consultado, colocar em prática o Hospital dos Pequeninos contribuindo para melhorar a vivência da hospitalização e mitigar alguns dos potenciais efeitos negativos da mesma (seguindo os pressupostos de Betty Neuman) e promover a formação e a investigação em Serviço nesta área.

Relativamente à população alvo deste projecto, procurei, seguir os pressupostos do desenvolvimento intelectual (Piaget) e psicossocial (Erikson) da criança e o que Algren (2006) refere quanto à reacção perante a doença/hospitalização por parte das crianças (anteriormente referenciados), para organizar metodicamente esta “brincadeira” – Hospital dos Pequeninos, de modo promover o bem-estar físico e emocional durante a hospitalização, atenuando os factores potenciais geradores de stress e fazendo com a hospitalização seja uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento para as crianças.

Jean Piaget, segundo referem Abrunhosa e Leitão (2002), elaborou uma teoria de desenvolvimento a partir do estudo da inteligência da criança e do adolescente. Este afere que a inteligência precede o pensamento e desenvolve-se por etapas progressivas que exigem processos de adaptação ao meio. O desenvolvimento pressupõe, por um lado, a maturação do organismo e, por outro, a influência do meio físico e social. A adaptação conduz à organização do pensamento e o pensamento organizado estrutura melhor os objectos do meio.

Assim, para além dos assuntos acima descritos, Piaget distingue fundamentalmente quatro estádios de desenvolvimento: estádio sensório-motor, estádio pré-operatório, estádio das operações concretas e estádio das operações formais.

Abrunhosa e Leitão (2002), mencionam que Erikson determinou então as oito idades do ciclo de vida: 1ª idade: bebé (do nascimento aos 18 meses); 2ª idade: criança

de tenra idade (dos 18 meses aos 3 anos); 3ª idade: criança em idade pré-escolar (dos 3 aos 6 anos); 4ª idade: criança em idade escolar (dos 6 aos 12 anos); 5ª idade: adolescente (dos 12 aos 20 anos); 6ª idade: jovem adulto (dos 20 aos 35 anos); 7ª idade: adulto (dos 35 aos 65 anos); 8ª idade: idoso (dos 65 anos em diante).

Os conceitos de doença iniciam-se durante o período pré-escolar e são influenciados pelas capacidades cognitivas do estágio de desenvolvimento pré-operacional, tal como refere Algren (2006).

Deste modo, vou apenas me cingir à 3ª e 4ª idades referidas por Erikson e ao estágio pré-operatório e das operações concretas referido por Piaget (**Anexo VII**).

Visto que o Serviço de Pediatria acolhe crianças desde os 0 anos até aos 15 anos de idade exclusiva, e tendo por base estes estádios de desenvolvimento e a pertinência do objectivo central do meu projecto, a população alvo constitui-se pelas crianças dos 3 aos 12 anos.

Os critérios de selecção das crianças a participar neste projecto serão: têm de ter idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos de idade; têm de estar estáveis do ponto de vista hemodinâmico para poderem ir à sala de actividades; não possuem algum tipo de restrição referente à patologia pela qual estão internados, exemplo: repouso absoluto, isolamento e/ou outro que as impeça de se poderem deslocar até à sala de actividades; ter autorização verbal do acompanhante (pai/mãe) e/ou pessoa significativa para o mesmo e estarem dispostas a participar.

O horário será preferencialmente no turno da tarde, pois usualmente existem neste turno menos procedimentos, logo há uma maior possibilidade de conseguir que as crianças possam ir à sala de actividades sem serem interrompidas. O melhor horário será pelas 17 horas, pois as crianças já lancharam, a medicação já foi dada e os sinais vitais avaliados, logo haverá uma maior disponibilidade. Sempre que o serviço o permita, poderá ser realizada no turno da manhã ao fim de semana, pelas 11h por ser um horário igualmente viável, visto que temos de atender às crianças que temos internadas e às suas idades, podemos ter de ser flexíveis nestes horários, procurando dar resposta e bom curso ao projecto.

Deste modo, seguindo os pressupostos acima descritos e com base na teoria evidenciada sobre a hospitalização e a importância do Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança, foi então elaborado um guião que permite obter uma sequência lógica da actividade Hospital dos Pequeninos, por forma a poder

definir e diferenciar a intervenção nas crianças dos 3 aos 6 anos de idade e dos 7 aos 12 anos (**Anexo VII**).

Este guião foi estruturado tendo sempre por base os propósitos defendidos por Piaget, Erikson e Algren (2006) no que se refere ao desenvolvimento da criança nas idades acima referidas; a estrutura que o brincar terapêutico deve assumir inserido no contexto da criança hospitalizada; os requisitos que este deve cumprir e que estão bem patentes quer nos estudos de investigação consultados e descritos ao longo deste trabalho, sobretudo no capítulo “O brincar terapêutico”, quer nos livros e artigos de autores tais como Walker (1988), Russ (1998), Motta e Enumo (2004), Oliveira, Dias e Roazzi (2003), Festas (2004), Mountain, Fallon e Wood (2006) e Glasper e Haggarty (2006) entre outros. Todos são unânimes quanto ao uso do brincar terapêutico como forma de enfrentar muitos dos factores potenciais geradores de stress na criança hospitalizada. Reforçam a importância do brincar terapêutico estruturado, respeitando as idades para as quais as crianças estão mais receptivas a este tipo de intervenção (idade pré-escolar e escolar), tendo em atenção também o seu desenvolvimento psicomotor e cognitivo, não esquecendo a importância de familiarizar e informar/explicar à criança os procedimentos que poderá ter de vir a realizar no sentido de fazer uma preparação prévia, obtendo desta forma uma melhor parceria/colaboração por parte da criança, pois esta já tem conhecimento sobre o que lhe vamos fazer e o medo do desconhecido é muito menor.

Assim, foram elaborados dois guiões, um para as crianças dos 3 aos 6 anos de idade e um para as crianças dos 7 aos 12 anos de idade (**Anexo VII**).

Este guião foi apresentado às colegas do serviço de pediatria (na formação realizada) por forma a coloca-las a par de todos os passos que são necessários cumprir por forma a que a intervenção “Hospital dos Pequenininos” seja o mais estruturada possível.

É necessário ter sempre em atenção primeiramente questionar os pais e/ou pessoa significativa sobre os hábitos da criança; se é uma criança que gosta de brincar; se brinca só ou gosta de brincar com outras crianças; se é uma criança que consegue expressar os seus sentimentos/emoções ou se é uma criança “muito” calada, por forma a perceber qual será a melhor abordagem a assumir com aquela criança em específico e de modo único. Torna-se importante sobretudo nas crianças mais pequenas e sempre que possível a presença dos pais durante esta actividade.

A colaboração das educadoras de infância, assim como de outras colegas do serviço é fundamental, pois organizar grupos de crianças internadas, com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos de idade, e agrupa-las na sala de actividades em pequenos grupos de 3 ou 5 crianças nem sempre é tarefa fácil, para além do que, tendo em vista que esta actividade irá ser realizada na sala de actividades (não só por ser a sala que melhor está preparada em termos de luz, espaço e dinâmica, como também por ser uma sala que as crianças conhecem bem e na qual passam muito do seu tempo enquanto internadas) a colaboração das educadoras está inerente. Optei por agrupar as crianças em pequenos grupos de 3 a 5 crianças para evitar a dispersão da atenção e para eu poder estar atenta a todas as reacções das crianças e dar resposta às mesmas. De futuro, quando este projecto for realizado não só por mim como também por outras enfermeiras do serviço, poderemos organizar mais do que um grupo de crianças (3 a 5) e cada enfermeira dinamiza o brincar terapêutico com o seu grupo, tendo sempre por base o guião elaborado para o efeito.

Para além deste guião, foram elaboradas grelhas de observação para as crianças dos 3 aos 6 anos de idade e dos 7 aos 12 anos de idade, assim como, um questionário para aplicar às crianças dos 10 aos 12 anos de idade (**Anexo VII**).

A necessidade de elaboração quer das grelhas quer do questionário surge por forma a dar resposta à importância de possuir indicadores de avaliação do projecto. Estes indicadores de avaliação serão obtidos através da análise das grelhas de observação e das observações feitas em campo pela enfermeira (no caso das crianças dos 3 aos 6 anos), assim como, pelo feedback dado pelos pais e/ou familiares significativos das mesmas, que será registado nas notas de enfermagem e em folha anexada à grelha de observação de cada criança.

No caso das crianças dos 7 aos 12 anos para além da análise das grelhas de observação e das observações feitas em campo pela enfermeira, será ainda aplicado um questionário às crianças dos 10 aos 12 anos com a finalidade de perceber de que forma esta actividade ajuda a lidar com os factores potenciais geradores de stress nestas crianças, promovendo uma capacidade de ajustamento à hospitalização e a expressão de sentimentos, fazendo com que a hospitalização seja também uma oportunidade de aprendizagem e aquisição de competências cognitivas e emocionais. As grelhas de observação preenchidas serão arquivadas em capa própria para posterior análise e avaliação do projecto (anual) de forma a averiguar os benefícios concretos da

implementação do mesmo e a sua continuidade. Será ainda elaborado um relatório anual e apresentado à equipa.

Estas grelhas de observação foram construídas tendo por base o desenvolvimento esperado para o grupo de crianças a que se refere e aspectos importantes a observar em relação ao mesmo, assim como, a atitude e reacção da criança face ao contacto com estes materiais, familiarização com os mesmos e relação com os outros meninos do grupo. Todos os itens destas grelhas de observação têm como substrato não só o desenvolvimento das crianças de cada grupo específico tendo como alicerce os princípios defendidos por Piaget, Erikson e Algren (2006), como também os estudos de investigação consultados e que ao longo de todo este trabalho têm vindo a ser descritos, quer nos livros e artigos de autores tais como Walker (1988), Russ (1998), Motta e Enumo (2004), Oliveira, Dias e Roazzi (2003), Festas (2004), Mountain, Fallon e Wood (2006) e Glasper e Haggarty (2006) entre outros.

Enquanto indicador de avaliação constituiu-se uma ferramenta fundamental, pois permitiu, com base no que foi observado nas sessões do Hospital dos Pequeninos, aferir aspectos sobre cada criança em especial e o modo como vivencia a hospitalização e/ou a sua atitude face a determinados procedimentos novos ou aos quais já foi submetida.

Estas grelhas foram preenchidas após as sessões terminarem por mim, daí a importância também dos grupos de crianças serem pequenos (3 a 5) e de já se ter criado uma relação empática com cada criança por forma a conhecer melhor cada uma (sempre que possível, acompanhei e prestei cuidados às crianças às quais realizei o Hospital dos Pequeninos) e perceber como lida com este brincar estruturado e o utiliza para materializar os seus sentimentos.

Para além disto, aferiu-se a importância de realizar duas sessões a cada criança internada do Hospital dos Pequeninos (atendendo à patologia pela qual foi internada e ao tempo médio de internamento), uma ao 2-3º dia de internamento e uma na véspera de alta ou dia da alta (se possível), por forma a avaliar as repercussões da 1ª sessão e a reacção da criança quando questionada sobre se o seu boneco ainda está doente, se já está melhor e como manipula e reage aos materiais.

Durante estas sessões (e como já foi acima descrito) será preenchida uma grelha de observação onde serão registados itens que facilitaram a obtenção de indicadores de avaliação da actividade realizada, procurando fazer-se um paralelo entre a primeira e a segunda sessão.

Constatou-se ainda e pelo que podemos aferir quando abordei neste trabalho a questão do acolhimento, que o primeiro dia de internamento não será o mais adequado para realizar este tipo de intervenção pois a criança e os seus pais estão usualmente muito ansiosos e preocupados com toda a situação, para além do que, muitas vezes as primeiras 24 horas são fundamentais para o equilíbrio hemodinâmico.

Os questionários elaborados para aplicação às crianças dos 10 aos 12 anos tiveram o propósito de complementar as informações dadas pela grelha de observação, pois dado o estágio de desenvolvimento destas crianças, a grelha não seria suficiente enquanto indicador de avaliação. As questões que o mesmo contempla tiveram sempre por base os pressupostos acima descritos. Desta forma conclui-se ser mais pertinente a sua aplicação após a realização da 2ª sessão do Hospital dos Pequeninos, pois este assume-se como um resumo de toda a actividade quer na 1ª quer na 2ª sessão.

Quer as grelhas de observação quer o questionário encontram-se em anexo do Projecto (**Anexo VII**).

Como já foi referido, para além do preenchimento das grelhas de observação e dos questionários foi também solicitado aos pais o seu feedback em relação quer à sessão do Hospital dos Pequeninos (em termos do quão esta pode ou não facilitadora e promotora do crescimento e desenvolvimento durante o período de hospitalização, fazendo desta uma oportunidade de aprendizagem) quer em relação às atitudes do seu filho durante e após a realização das sessões.

O feedback dos pais, em termos verbais e de uma forma informal, realizado no dia em que a sessão havia decorrido e no momento da alta, constituiu-se também muito importante pois estes verbalizavam como é que a criança havia reagido após a sessão; se falava ou não do assunto e como reagia perante a realização de procedimentos com os quais já havia sido familiarizada aquando do Hospital dos Pequeninos.

#### *- Implementação do Projecto*

Para colocar o projecto em prática contei com o apoio de toda a equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria e Educadoras de Infância do mesmo.

Existiam várias arestas a limar e algumas por construir, por isso a cooperação e colaboração de todos foi essencial.

Deste modo, durante o período de estágio e por questões de reorganização de dinâmicas, o serviço encontrava-se com poucas crianças internadas (com internamento de longa duração – superior a 24 horas de internamento) e/ou com muitas crianças com internamentos de curta duração (inferiores a 24 horas) e que como tal não poderiam ser incluídas no projecto. Consegui apenas aplicar o projecto a 6 crianças internadas e que cumpriam os critérios de selecção. Deste modo pude realizar a actividade a três crianças dos 3 aos 6 anos de idade e a três crianças dos 7 aos 12 anos.

Logo que estas crianças foram internadas, para além de consultar o seu processo para me inteirar da sua situação clínica e estabilidade hemodinâmica, pedia à enfermeira chefe que aquando da distribuição de crianças por enfermeiros que me colocasse como enfermeira dos mesmos. Logo, sempre que trabalhasse ficava com estas crianças. Assim, pude criar laços com estas crianças e perceber como é que elas estavam a lidar com a hospitalização. A relação com os pais foi deveras determinante para o sucesso das actividades em si.

No que se refere aos questionários, não foi possível aplicá-los a nenhuma criança, pois as idades das mesmas não cumpriam os requisitos para o preenchimento do mesmo (idade entre os 10 e os 12 anos).

Consegui então realizar a 1ª sessão da actividade Hospital dos Pequeninos a um grupo de crianças entre os 3 e os 6 anos no dia 20 de Março e a 2ª sessão no dia 24.

Estas crianças tinham todas 5 anos de idade. As grelhas de observação das mesmas encontram-se no **Anexo VIII**, pelo que apenas farei um pequeno resumo das mesmas neste momento.

Após a obtenção da autorização verbal dos pais e a expressa vontade das crianças em participar nesta actividade, levei-as para a sala de actividades pelas 17 horas e com a ajuda das educadoras do serviço dispus os materiais a utilizar na mesa. Duas delas não possuíam bonecas, pelo que disponibilizamos umas que temos na sala de actividades reservadas para o efeito. O entusiasmo das crianças em torno de toda a actividade era evidente e logo que viram os materiais ficaram radiantes e começaram logo a manipulá-los. De denotar que nenhuma destas crianças havia sido internada anteriormente.

De salientar que usei nomes fictícios para o preenchimento das grelhas de observação, nomes esses que mantereí ao longo de todo o trabalho.

Em suma e no caso específico das três meninas de 5 anos (Laura, Carolina e Luísa), podemos concluir que o brincar terapêutico estruturado – Hospital dos Pequeninos, contribuiu para que estas crianças pudessem expressar os seus sentimentos acerca da hospitalização e/ou acerca de algum procedimento ao qual tenham sido submetidas, pudessem manipular sem medo muitos dos materiais com os quais se deparam no dia-a-dia, pudessem se aperceber de algumas dinâmicas do serviço e cada procedimento em si e o porque de o realizar, assim como, nos ajudou a nós (enfermeiros) a ter por parte das crianças uma maior colaboração e aceitação de alguns procedimentos, após saberem do que se trata e o terem experienciado.

Tudo isto vem de encontro aos pressupostos de Trianes (2004). Esta autora refere que na idade pré-escolar, dos quatro anos aos cinco anos, a existência de alguns programas hospitalares que preparam a criança para enfrentar a doença/hospitalização é determinante. A informação deve ser simples e clara, recorrendo a desenhos ou bonecos representando o corpo humano, de modo a explicar o mecanismo da doença, a sua origem e o seu tratamento. É fundamental esclarecer e desmitificar falsas concepções que podem angustiar a criança, a equipa de saúde deve expressar o seu apoio e transmitir confiança, de forma a se sentir segura. A família não pode ser esquecida e deve estar orientada para transmitir à criança uma atitude positiva de adaptação.

Relativamente às crianças dos 7 aos 12 anos, só consegui realizar a actividade com três crianças como já referi, com idades compreendidas entre os 7 e os 8 anos. Nestas crianças e como está patente no guião da actividade (**Anexo VII**), a sessão processa-se de uma outra forma, tendo por base o desenvolvimento cognitivo inerente à idade das mesmas.

Conseguí então realizar as sessões da actividade Hospital dos Pequeninos consoante disponibilidade de tempo e tendo em conta os critérios predefinidos sobre a selecção das crianças e a sua estabilidade hemodinâmica.

As grelhas de observação das mesmas encontram-se no **Anexo VIII**, pelo que apenas farei um pequeno resumo das mesmas neste momento.

Após a obtenção da autorização verbal dos pais e a expressa vontade das crianças em participar nesta actividade, levei-as para a sala de actividades pelas 17 horas e com a ajuda das educadoras do serviço dispus os materiais a utilizar na mesa,

assim como, disponibilizei a farda de enfermeira a utilizar. O entusiasmo das crianças em torno de toda a actividade era evidente e logo que viram os materiais ficaram radiantes e começaram logo a manipulá-los. De denotar que duas destas crianças haviam tido internamentos anteriores.

De salientar que usei nomes fictícios para o preenchimento das grelhas de observação, nomes esses que mantereí ao longo de todo o trabalho.

Resumindo, no caso destas três crianças de 7 e 8 anos (Carolina, Emanuel e Francisco), podemos concluir que o brincar terapêutico estruturado – Hospital dos Pequeninos, contribuiu para que estas crianças pudessem expressar os seus sentimentos acerca da hospitalização e/ou acerca de algum procedimento ao qual tenham sido submetidas, pudessem manipular sem medo muitos dos materiais com os quais se deparam no dia-a-dia, pudessem se aperceber de algumas dinâmicas do serviço e cada procedimento em si e o porque de o realizar, assim como, nos ajudou a nós (enfermeiros) a ter por parte das crianças uma maior colaboração e aceitação de alguns procedimentos, após saberem do que se trata e o terem experienciado.

Trianes (2004) referindo Petrillo e Sanger sublinha que para a criança dos seis aos nove anos de idade, existem várias estratégias que podem ser implementadas para que a criança enfrente o stress causado pela hospitalização, sendo estas, preparar a criança com informação suficiente para que possa antecipar a experiência, dar à criança a possibilidade de colaborar nos cuidados, proporcionar tempo para a criança falar acerca dos seus medos, expor as suas questões e expressar os seus sentimentos e por fim estar consciente que o comportamento do adulto influencia a criança. Santos (2001) expõe as estratégias que o enfermeiro tem ao seu dispor e que pode desenvolver face ao internamento da criança na unidade de cuidados intensivos, ou para outra intervenção ou procedimento que implique hospitalização (Serviço Pediatria). Destacam-se, a parceria com os pais, o brincar terapêutico e a comunicação com a criança/família.

A parceria com os pais diminui a angústia de separação e aumenta a autoconfiança perante as suas próprias competências e habilidades. É imperativo orientar, baseado na informação adequada às necessidades dos pais, apoiar, mostrando disponibilidade e aceitação e por fim, um atendimento personalizado em ambiente calmo para promover a confiança entre pais/enfermeiro.

No que se refere ao brincar terapêutico, este constitui uma necessidade básica da criança, através do brincar a criança expressa o medo, a ansiedade e a frustração, o que possibilita ao enfermeiro obter um conjunto de informações e uma ideia clara de como se sente a criança. Por fim a comunicação com criança, sendo a base de toda a relação é importante ser clara, adequada e congruente.

É fácil perceber-se por todo o percurso que se foi desenhando, quer com os objectivos delineados para este estágio quer pelas actividades realizadas para os atingir, que este teve sempre como alicerce fundamental o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman. Para esta autora existem três níveis de prevenção fundamentais: primária, secundária e terciária. A prevenção primária, segundo Neuman (1995), reporta-se à identificação dos agentes stressores que possam causar desequilíbrio no sistema, procurando prevenir uma possível invasão do exterior, fortalecendo-se a defesa, informando e educando, para que o ser humano possa manter ou atingir o seu bem-estar.

Este aspecto está bem patente na criança hospitalizada. Podemos facilmente constatar que existem inúmeros agentes stressores no caso da hospitalização e que enquanto agentes cuidadores torna-se fundamental identificá-los e percebê-los por forma a poder informar e educar as crianças no sentido de fortalecer as suas defesas e prepará-las para muitas coisas, que para elas são totalmente desconhecidas.

A prevenção secundária esteve bem patente em todo o projecto realizado e na actividade Hospital dos pequeninos, pois refere-se à monitorização dos stressores, envolvendo já o tratamento e mobilizando os recursos quer internos quer externos das crianças, fortalecendo-se as linhas internas de resistência e promovendo-se propósitos que visam monitorizar, otimizar, mobilizar, facilitar, motivar, educar, envolver, promover, providenciar e apoiar estas crianças e estas famílias para que apresentem uma menor reacção e ao mesmo tempo aumentem os seus factores de resistência.

A prevenção terciária está também patente no Serviço de Pediatria, sobretudo no caso das crianças com internamentos hospitalares frequentes e/ou crianças com doenças crónicas. Esta focaliza-se na readaptação face à estabilidade do sistema, cujo objectivo principal é aumentar a resistência aos stressores, no sentido de prevenir novos episódios de reacções. Todo este processo é cíclico no sentido da prevenção primária, tendo como objectivos estabilizar, monitorizar, atingir, manter, educar e reeducar, apoiar, coordenar, integrar e providenciar acções para que as crianças possam vir futuramente a identificar os stressores e criar defesas face aos agentes stressores para se manter em equilíbrio.

Com estes objectivos traçados e as actividades desenvolvidas de forma a lhes dar resposta, desenvolvi as competências inerentes ao enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica que se subscrevem a assistir a criança com a família, na maximização da sua saúde, diagnosticando precocemente e intervindo nas situações de risco que possam afectar negativamente a criança, tais como a sua hospitalização, assim como, gerei respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional, ou seja, assentei as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético e pessoal), assumindo-me como facilitadora nos processos de aprendizagem da criança durante este período (Diário da Republica, 2ª Série, Nº 35, 18 de Fevereiro de 2011).

No que se refere aos objectivos e actividades desenvolvidas e à sua avaliação, pode-se perceber que foram adequados e ajustados às necessidades do serviço e aos pressupostos que o projecto desenvolvido requeria. Estes foram construídos e desenhados a par e passo com a pesquisa bibliográfica fundamentada, com a interligação frequente com a realidade da prática e da hospitalização da criança e com o feedback das crianças e acompanhantes. A colaboração por parte de todos foi fantástica e isso deu “asas” ao projecto. O feedback foi o melhor possível.

As crianças também me pareceram “gostar muito” de tudo o que foi desenvolvido. As suas expressões verbais e não verbais disseram muito.

A comparação entre as grelhas de observação das sessões do Hospital dos Pequeninos sublinham bem as vantagens desta intervenção, quer no sentido da prevenção primária, quer no sentido da prevenção secundária. A colaboração e receptividade a alguns dos procedimentos realizados às crianças (com conhecimento prévio das mesmas) foi deveras melhorada e a relação entre o enfermeiro e a criança fortaleceu-se e muito com o brincar terapêutico. Este, pode constituir-se como instrumento desta relação, tendo como principio conhecer o desconhecido e adaptar-se às necessidades que a hospitalização muitas vezes exige.

A preparação para a hospitalização já não é um mero desejo no Serviço de Pediatria, mas sim uma realidade, com inúmeros efeitos positivos como já foi descrita. Em suma, julgo que a avaliação dos objectivos e actividades desenvolvidas é muito boa.

O capítulo que se segue reporta às principais conclusões deste relatório.

### 3. CONCLUSÃO

A intervenção de enfermagem especializada em Saúde Infantil e Pediátrica assenta na articulação eficaz entre as necessidades encontradas quer na criança quer na família onde está inserida e nas intervenções ajustadas.

Ao longo deste relatório foi sendo descrita a minha intervenção enquanto aluna do MPESIP, neste caso específico, no módulo II - estágio. Assim, e por tudo o que foi sendo descrito ao longo destas linhas corridas, posso aferir que atingi os objectivos a que me propus.

O apoio dado quer pela enfermeira tutora quer pela regente do estágio e as suas orientações pedagógicas, foram facilitadoras durante o processo de aprendizagem; o envolvimento de toda a equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria e Educadoras foi outro dos factores, bem como, a adesão das crianças e acompanhantes às intervenções planeadas.

Como dificuldades encontradas para a elaboração deste relatório menciono a sobretudo a gestão de tempo no seio da própria equipa, o que muitas vezes é difícil dado o elevado número de crianças internadas, e o limite de páginas do mesmo, que não consegui cumprir, dada a necessidade de fundamentação teórica que julgo ser determinante ao longo de todo este relatório.

Como sugestão fica o ideal de realizar um estudo de investigação nesta área da preparação para a hospitalização, tendo por base os princípios orientadores deste projecto.

Em guisa de conclusão, este percurso formativo foi enriquecedor e em algumas áreas transformador da minha prática enquanto enfermeira e da minha forma de pensar enquanto pessoa. Através da intervenção especializada em Saúde Infantil e Pediatria pude aperceber-me que mais do que a técnica é imperativo compreender as necessidades de cada criança em específico e de cada família e dar resposta às mesmas.

O brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança é sem margem para dúvidas uma mais valia em todo este processo da hospitalização.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUNHOSA, M.; LEITÃO, M. - *Psicologia 12º Ano*. Lisboa: Areal Editores, 2002.

ALGREN, C. - Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização. In HOCKENBERRY, M.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. São Paulo: Elsevier, 2006, p. 637-705.

ALMEIDA, L.; FREIRE, T. - *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: Associação dos Psicólogos Portugueses, 1997.

ALARCÃO, M. - (*dês*) *Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editores, 2000.

ALVES, M. - Etapas da Metodologia de Projecto. *O Professor*. 85 (Mar./Abr. 2004) 30-37.

AMENDOEIRA, J. - Enfermagem, Disciplina do Conhecimento. *Sinais Vitais*. 67 (2006) 19-27.

BARDIN, L.- *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1997.

BATISTA et al. - A Criança, o Hospital e o Brincar. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 9 (2004) 3-13.

BARROS, L. - *Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentalista*. 2ª ed.. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.

BRAZELTON, T. - *O Grande Livro da Criança*. 10ª ed.. Lisboa: Editorial Presença, 2007.

BURNS, N.; GROVE, S. - *The practice of nursing research. Conduct critique & utilization*. 3ª ed.. Filadélfia: WB. Saunders Company, 2001.

CARVALHO, M. - *Enfermagem e o Humanismo*. Loures: Lusociência, 1996.

CAVACO, A. - A presença dos pais num serviço de pediatria – uma opção? Uma obrigação? Que comunicação inter-pares? In, Instituto de Apoio à Criança - *Acolhimento e estadia da criança e adolescente no hospital* Lisboa: IAC, 2006, p. 56.

CINTRA, S.; SILVA, C.; RIBEIRO, C. - O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59: 4 (2006) 497-501.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - CIPE. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão I*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005.

DIÁRIO DA REPUBLICA, 2ª Série, Nº 35, 18 de Fevereiro de 2011.

DIOGO, P. - Uma orientação para cuidar... a criança. *Servir*. 49:1 (2001) 17-21.

DOVERTY, N. - Uso Terapêutico da Brincadeira no Hospital. *Nursing*. 77 (1994) 12-15.

DOWLE, S.; SIDDALL, S. - Family responses to ill health and admission to hospital. In GLASPER, A.; RICHARDSON, J. - *A textbook of children's and young people nursing*. Londres: Elsevier, 2006, p. 114-126.

FESTAS, C. - Valorizar as Expressões da Criança Durante a Hospitalização. *Servir*. 42:6, (1994) 323-327.

FONTES, C. - *Formação para a cidadania, declaração dos direitos da Criança*. <http://afilosofia.no.sapo.pt/cidadania1.htm>. 17-05-2008 10:30.

FORTIN, Marie – Fabienne - O Desenho de Investigação. In FORTIN, Marie – Fabienne - *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 1999, p. 161-172.

FORTIN, Marie – Fabienne - Métodos de Amostragem. In FORTIN, Marie – Fabienne - *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 1999, p. 215-237.

FORTIN, Marie – Fabienne; NADEAU, M.- A Medida em Investigação. In FORTIN, Marie – Fabienne - *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 1999, p. 161-172.

FORTIN, Marie – Fabienne; GRENIER, R.; NADEAU, M. - Métodos de Colheita de Dados. In FORTIN, Marie – Fabienne - *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 1999, p. 239-265.

FREESE, Barbara T. - Betty Neuman, Modelo de Sistemas. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004, p. 335-375.

GIL, A. - *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GLASPER, A.; HAGGARTY, R. - The psychological preparation of children for hospitalisation. In GLASPER, A.; RICHARDSON, J. - *A textbook of children's and young people nursing*. Londres: Elsevier, 2006, p. 61-76.

GEORGE, Julia B. - *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ª ed. Brasil: Editora Artes Médicas, 1995, p. 225-240.

INTERNATIONAL PLAY ASSOCIATION. [www.ipaworld.org](http://www.ipaworld.org). 17-02-2011 11.30.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA - *Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada*. [http://iacrianca.pt/crianca/carta\\_livro.pdf](http://iacrianca.pt/crianca/carta_livro.pdf). 17-02-2011 12.30.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA - *Carta da Criança Hospitalizada*. [http://www.iacrianca.pt/crianca/carta\\_livro.pdf](http://www.iacrianca.pt/crianca/carta_livro.pdf). 16-05-2008 13.45.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA - *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, 2006.

JORGE, A. - *Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2004.

LE BOTERF, G. - *Construir Competências Individuais e Colectivas – resposta a 80 questões*. Porto: Edições Asa, 2005.

LEVIEUX-ANGLIN, L.; SAWYER, E. - Incorporating play interventions into nursing care. *Pediatric Nursing*. 19: 5 (Sep./Oct.1993) 459-462.

LEVY, M. - Os direitos da criança hospitalizada. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 27: 4 (1996) 655-657.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. - *Metodologia de Trabalho Científico*. 6.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Editora Atlas, 2001.

MARTINS, M.; RIBEIRO, C.; BORBA, R.; SILVA, C. - Protocolo de preparo da criança pré-escolar para a punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino Americana*. 9: 2 (2001) 76-85.

MARRALHEIRO, A.; FURRIEL, A.; JORGE, A.; FERREIRA, C. - O jogo no desenvolvimento infantil. *Nursing – Revista Técnica de Enfermagem*. 110 (1997) 29-32.

MENDES, R. - Hospitalização das crianças: olhares cruzados. *Nursing*. 18: 237 (Setembro, 2008) 14-19.

MOTTA, A.; ENUMO, S. - Brincar no Hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*. 9: 1 (2004) 19-28.

MOUNTAIN, G.; FALLON, S.; WOOD, B. - Preparing the family for stressful life events: child life and the role of therapeutic play. In GLASPER, A.; RICHARDSON, J. - *A textbook of children's and young people nursing*. Londres: Elsevier, 2006, p. 197-210.

NEUMAN, Betty. - *The Neuman Systems Model*. 3ª ed. USA: Library of Congress, 1995.

OLIVEIRA, S.; DIAS, M.; ROAZZI, A. - O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 16: 1 (2003) 1-13.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

PHANEUF, M. - *Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

POLIT, D.; HUNGLER, B. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.

PORTUGAL. Assembleia da República: *Lei n.º 21/81* de 19 de Agosto.

RELVAS, A. - *O ciclo vital da família: Perspectiva Sistémica*. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2000.

RUSS, S. - Play, creativity, and adaptive functioning: implications for Play interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*. 27: 4 (1998) 469-480.

SANTOS, M. - A Criança e o Hospital. *Nascer e Crescer*. 10: 2 (Abril/Maio/Junho 2001) 74-77.

SILVESTRE, I.; DIAS, T. - Enfermeiro e Família: Parceiros no cuidar à criança

hospitalizada. *Cuid'arte*. Revista de Enfermagem Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. 1 ( Maio,2007) 15-22.

TAVARES, Patrícia – *Acolher Brincando. A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Prof. Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Aguiar Barbieri Figueiredo e apresentada na Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, no mestrado em Ciências de Enfermagem em 2008.

TRIANES, M. - *O Stress na Infância: Prevenção e tratamento*. Lisboa: Edições Asa, 2004.

VALA, J. - A Análise de Conteúdo. In SILVA, A.; PINTO, J. - *Metodologia das ciências Sociais*. 12<sup>a</sup> ed. Porto: Afrontamento, 2003, p.101 - 128.

WALKER, C. Use of art and Play therapy in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 6: 121 (1988).

WINKELSTEIN, M. - Perspectivas da Enfermagem Pediátrica. In HOCKENBERRY, M.; WILSON, D.; WILKELSTEIN, M. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2006, p. 1-21.

WONG, D. - *Whaley & Wong, Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva*. 5<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

---

**ANEXOS**

---

**ANEXO I - ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS**

# 1. ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS DE DIAGNOSTICO

## 1.1 Aplicação dos Questionários

Considerei pertinente aplicar um questionário às enfermeiras do Serviço de Pediatria por forma a perceber como é que estas percepcionam o brincar no seu dia-a-dia, na prática diária do cuidar, qual a pertinência deste projecto e possíveis limitações à implementação/realização do mesmo.

Não tendo este questionário a pretensão de constituir uma investigação, mas sim, de realizar um diagnostico de situação, pretendeu-se aferir qual a opinião dos enfermeiros do Serviço de Pediatria acerca do brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança para posteriormente e consoante o feedback obtido apresentar o projecto ao grupo e realizar formação em serviço por forma a que todos possam estar a par do mesmo.

A população acessível foi constituída pelo grupo de enfermeiros que trabalham no Serviço de Pediatria do Hospital Dr Nélio Mendonça – SESARAM, num total de 29.

Antes da colheita de dados, informei as colegas da finalidade do questionário em si, visto ser um questionário cujo intuito é saber de que modo o brincar influi no dia a dia de cada enfermeiro/a do serviço e de que forma este projecto seria pertinente e poderia trazer ganhos para o serviço.

Este questionário foi constituído por duas questões fechadas e cinco questões abertas, em que se pediu aos enfermeiros para descreverem de que forma o brincar é utilizado na prática profissional diária e em que contextos; pertinência da implementação do projecto e possíveis factores limitadores.

Os dados referentes a este questionário de diagnostico foram colhidos entre os dias 21 de Fevereiro e 11 de Março do ano corrente, no Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça – SESARAM. Escolhi este serviço por ser o serviço específico da área e onde irei aplicar o meu projecto, visto ser representativo do mesmo.

No que concerne aos aspectos éticos a ter em consideração, visto este ser um questionário de diagnóstico para uso interno, no contexto do estágio e não ser possível identificar a pessoa em questão, ficou acordado que não seria necessário pedir o parecer da comissão de ética hospitalar.

### 1.1.2 Análise dos Questionários

Na perspectiva de Harel citado por Fortin, Grenier e Nadeau (1999) o tratamento de dados, ou seja a análise de dados visa englobar valores numéricos utilizando a estatística descritiva, a qual facilitará a descrição das características da amostra, e exporá os valores obtidos pela medida das variáveis. Na perspectiva de Polit e Hungler (1993) o tratamento de dados possibilita ao investigador reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação obtida.

O tratamento de dados neste trabalho dividiu-se em duas partes. Na primeira recorreu-se à utilização da estatística através do programa Excel 2003, e à apresentação dos dados através de tabelas e gráficos de modo a representar a incidência das características dos enfermeiros que responderam ao questionário de diagnóstico, tais como: idade e tempo de exercício profissional. A análise estatística tem como objectivo organizar e clarificar os dados de modo a apresenta-los de maneira lógica e compreensível, como um todo integrado. A segunda parte do tratamento de dados versou identificar e descrever o conteúdo das respostas através da aplicação dos questionários. Para tal utilizámos a análise de conteúdo que segundo Berelson citado por Vala (2003) é uma técnica usada na investigação para determinar uma “descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (p.108).

De acordo com Marconi e Lakatos (2001) a análise de conteúdo “permite a descrição sistemática, objectiva e quantitativa do conteúdo da comunicação” (p. 107). Ainda Bardin (1997), refere que a análise de conteúdo “trabalha a palavra, a prática da língua realizada por emissões identificáveis” (p. 118).

Para o autor supra citado as categorias são “rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) sob um título genérico. Agrupamento esse efectuado em razão de caracteres comuns destes elementos” (p. 117). Vala (2003) documentando-se em Cartwright complementa atribuindo a esta técnica a capacidade de

posteriormente “fazer inferências, válidas e replicáveis dos dados para o seu contexto” (p.109).

Ainda de acordo com Vala (2003), a elaboração de um sistema de categorias pode ser realizado à priori, quando existe suficiente conhecimento sobre o assunto a ser investigado, à posteriori quando existe pouco conhecimento sobre o assunto e também, através da combinação destes dois processos.

De modo a corresponder às referências apresentadas anteriormente foi necessário proceder à definição das categorias, utilizando-se a combinação dos dois processos de categorização (à priori e à posteriori) preconizados por Vala (2003); através das quais analisei as respostas dos enfermeiros. Assim, apresento, no quadro 1 o plano de análise temática de dados resultante do quadro de referências e revisão de literatura, e que contempla quatro grandes categorias: o brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança, contextos de utilização do brincar, pertinência do projecto hospital dos pequeninos e factores limitadores. Estes por sua vez englobam as suas sub-categorias e os respectivos códigos descritivos.

**Quadro 1: Plano de Análise Temática de Dados**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Código Descritivo</b>
<b>A - O Brincar Enquanto Promotor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proximidade com o Profissional</li> <li>• Confiança</li> <li>• Envolvimento nos Cuidados</li> <li>• Expressão de Sentimentos</li> </ul>	<p>A1</p> <p>A2</p> <p>A3</p> <p>A4</p>
<b>B – Contextos de Utilização do Brincar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecimento de uma Relação</li> <li>• Promoção da Adesão e Colaboração nos Procedimentos Invasivos e/ou outros</li> <li>• Expressão de Sentimentos</li> </ul>	<p>B1</p> <p>B2</p> <p>B3</p>
<b>C – Pertinência do Projecto Hospital dos Pequeninos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualidade dos Cuidados</li> <li>• Expressão de Sentimentos</li> <li>• Adesão/Envolvimento nos Cuidados</li> </ul>	<p>C1</p> <p>C2</p> <p>C3</p>
<b>D – Factores Limitadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidade de Tempo</li> <li>• Numero de Profissionais</li> <li>• Local onde Realizar</li> <li>• Material</li> <li>• Nenhum</li> </ul>	<p>D1</p> <p>D2</p> <p>D3</p> <p>D4</p> <p>D5</p>

Torna-se pertinente nesta altura, definir as categorias e as suas sub-categorias, as quais emergiram, como vimos, do quadro conceptual e da revisão de literatura; apresentando assim, um carácter de especificidade para este trabalho.

Passando a explicitar:

- **Categoria A – O Brincar Enquanto Promotor**

Nesta categoria estão presentes todas as áreas em que o brincar pode ser promotor expressas pelos enfermeiros do Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça – SESARAM, sob o imperativo de descrever o brincar como instrumento da relação enfermeiro-criança.

#### **Sub-Categoria A1 – Proximidade com o Profissional**

Esta sub-categoria foi considerada quando os enfermeiros expressaram o quanto o brincar pode ser promotor da proximidade com o profissional de saúde, neste caso com o Enfermeiro.

#### **Sub-Categoria A2 – Confiança**

Esta sub-categoria foi identificada sempre que os enfermeiros referiram o brincar como promotor da confiança entre o profissional de saúde e a criança.

#### **Sub-Categoria A3 – Envolvimento nos Cuidados**

Esta sub-categoria inclui expressões que revelem o brincar como promotor do envolvimento nos cuidados por parte da criança.

#### **Sub-Categoria A4 – Expressão de sentimentos**

Considerarei nesta sub-categoria expressões que denotassem o brincar como promotor da expressão de sentimentos.

- **Categoria B – Contextos de Utilização do Brincar**

Nesta categoria estão presentes todos os contextos de utilização do brincar expressos pelos enfermeiros do Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça – SESARAM, sob o imperativo de descrever o brincar como fundamento da relação enfermeiro-criança.

### **Sub-Categoria B1 – Estabelecimento de uma Relação**

Esta sub-categoria foi considerada quando os enfermeiros expressaram que a utilização do brincar facilitava o estabelecimento de uma relação.

### **Sub-Categoria B2 – Promoção da Adesão e Colaboração nos Procedimentos Invasivos e/ou outros**

Esta sub-categoria inclui expressões que reforcem a utilização do brincar como forma de promover a adesão e colaboração nos procedimentos invasivos e/ou outros.

### **Sub-Categoria B3 – Expressão de Sentimentos**

Considerarei nesta sub-categoria expressões que denotassem a utilização do brincar como forma de expressão de sentimentos por parte das crianças.

- **Categoria C – Pertinência do Projecto Hospital dos Pequeninos**

Nesta categoria estão presentes todos os aspectos expressos pelos enfermeiros do Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça – SESARAM, relativos à pertinência do projecto em si.

### **Sub-Categoria C1 – Qualidade dos Cuidados**

Esta sub-categoria foi considerada quando os enfermeiros expressaram que este projecto era pertinente no sentido em que aumentaria/melhoraria a qualidade dos cuidados prestados.

### **Sub-Categoria C2 – Expressão de Sentimentos**

Nesta sub-categoria foram incluídas expressões que revelem a pertinência do projecto pela expressão de sentimentos que promove.

### **Sub-Categoria C3 – Adesão/Envolvimento nos Cuidados**

Considerarei nesta sub-categoria expressões dos enfermeiros que reforçassem a ideia de que o projecto é pertinente pela promoção da adesão e envolvimento nos cuidados.

- **Categoria D – Factores Limitadores**

Nesta categoria estão presentes todos os aspectos expressos pelos enfermeiros do Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça – SESARAM, relativos aos possíveis factores limitadores da implementação e colocação em prática do projecto.

**Sub-Categoria D1 – Disponibilidade dos Profissionais (Enfermeiros)**

Esta sub-categoria foi considerada no estudo quando os enfermeiros expressaram que um dos possíveis factores limitadores da implementação do projecto seria a disponibilidade dos profissionais.

**Sub-Categoria D2 – Local onde realizar**

Nesta sub-categoria considere todas as expressões que se referiam à não existência de um local/espço adequado para implementar o projecto.

**Sub-Categoria D3 – Material**

Esta sub-categoria inclui todas as expressões que se reportam à falta de material adequado para implementar o projecto como factor limitador.

**Sub-Categoria D4 – Nenhum**

Esta sub-categoria foi considerada no estudo quando os enfermeiros expressaram que não existia nenhum factor limitador à implementação do projecto.

Após terem sido descritas as categorias e as suas sub-categorias com os respectivos códigos descritivos, procedeu-se à identificação das unidades de registo, que na perspectiva de Vala (2003) são uma selecção de uma determinada sequência de conteúdo. De acordo com Bardin (1997) a “categorização é uma operação de classificação de elementos constituintes de um conjunto, por diferenciação e seguidamente por reagrupamento segundo o género, com os critérios previamente definidos” (p. 117).

As unidades de registo estão incluídas na unidade de contexto, que de acordo com Vala (2003) é a parte mais abrangente do conteúdo que o investigador observa quando identifica uma unidade de registo e que por sua vez engloba indirectamente ou directamente, as categorias e sub-categorias determinadas para o trabalho em questão.

De modo a tornar possível a quantificação da frequência das unidades de registo incluídas em cada categoria, determinou-se as unidades de enumeração, que para Vala (2003) ocasionam uma quantificação das unidades de registo, estabelecendo desta forma a frequência de uma categoria e a intensidade a um determinado objecto. Para atingir este objectivo, realizou-se um sistema de codificação, que resultou na atribuição da cor verde à categoria do brincar enquanto promotor, da cor azul à categoria contextos de utilização do brincar, a cor laranja à pertinência do projecto hospital dos pequeninos e por fim a cor rosa à categoria dos factores limitadores.

Passo ao próximo capítulo onde irei apresentar os dados referentes à idade e ao tempo de experiência profissional dos enfermeiros que preencheram o questionário de diagnóstico.

## 2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Uma vez terminada a colheita de dados segue-se a análise e interpretação pormenorizada dos dados obtidos através da categorização das entrevistas. Segundo Fortin (1999), esta permite posteriormente, realizar as discussões de forma a podermos tirar as respectivas conclusões. Ainda segundo a autora anterior a interpretação dos resultados implica tomar em consideração o problema em estudo, os conceitos do quadro conceptual e da revisão de literatura e outras decisões que foram adoptadas no momento da fase empírica.

Na perspectiva de Burns e Grove (2001) a análise dos resultados é efectuada para reduzir, organizar e atribuir significado aos dados. Esta, envolve o uso de procedimentos descritivos e exploratórios para expor as variáveis em estudo na amostra. Também necessita, em segundo lugar, de técnicas de estatística para descrever a correcta ocorrência das situações, testar as relações propostas, para fazer previsões e examinar a causalidade se for caso disso. Por outro lado, referem que esta assegura ao investigador reduzir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação obtida sob uma forma facilmente observável.

De uma forma mais prática, Marconi e Lakatos (2001) referem que na apresentação dos resultados “os dados serão apresentados de acordo com sua análise estatística, incorporando no texto apenas as tabelas, os quadros, os gráficos e outras ilustrações estritamente necessárias à compreensão do desenrolar do raciocínio; os demais deverão vir em apêndice” (p.132).

## 2.1 Dados Relativos à Idade e ao Tempo de Exercício Profissional dos Enfermeiros

Como é perceptível, a apresentação, análise e discussão dos resultados serão efectuadas em simultâneo; nesta parte do trabalho são apontados os dados relativos à idade dos vinte e nove enfermeiros que preencheram este questionário.

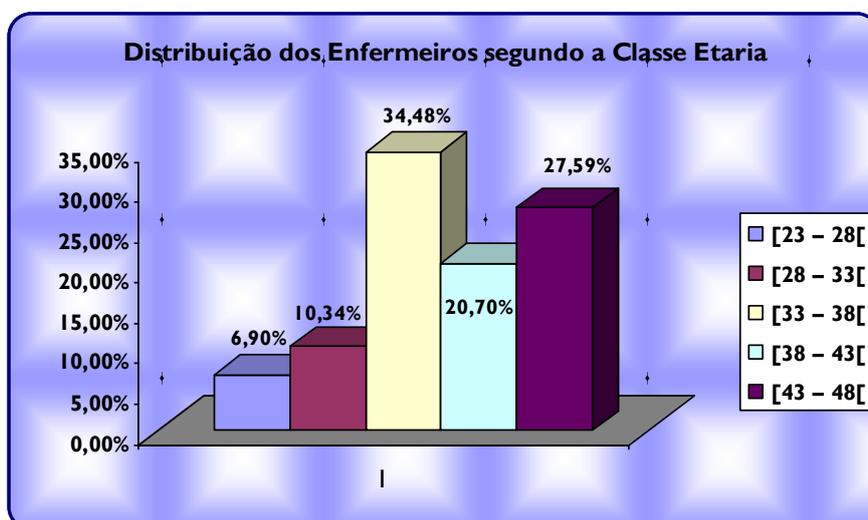
### 2.1.1 Idade

De acordo com os resultados apresentados na tabela e gráfico 1, podemos ver que a faixa etária que tem maior representação é a compreendida entre os 33 e 38 anos com 34,48 %. Por outro lado, as faixas etárias mais novas, entre os 23 – 28 anos e entre os 28 e os 33 anos incluem somente 5 enfermeiros, com um percentual de 6,90 e 10,34 respectivamente.

**Tabela 1: Distribuição dos Enfermeiros pela Classe Etária**

Classes Etárias	Fi	Fr
[23 – 28[	2	6,90 %
[28 – 33[	3	10,34 %
[33 – 38[	10	34,48 %
[38 – 43[	6	20,70 %
[43 – 48[	8	27,59 %
Total	29	100,00 %

**Gráfico 1: Distribuição dos Enfermeiros pela Classe Etária**



### 2.1.2 Tempo de exercício profissional

Analisando a tabela e gráfico 2 constatamos que existe maior número de enfermeiros com tempo de exercício profissional entre 6 e 10 anos, > a 10 anos e > a 20 anos, 31,03%, 34,48% e 27,59 % respectivamente, enquanto que com tempo de exercício profissional compreendido entre 2 – 5 verificámos a existência de dois enfermeiros com um percentual de 6,90.

**Tabela 2: Distribuição dos Enfermeiros pelo Tempo de Experiência Profissional**

Tempo de Exercício Profissional	Fi	Fr
2 – 5 Anos	2	6,90 %
6 – 10 Anos	9	31,03 %
> 10 Anos	10	34,48 %
> 20 Anos	8	27,59 %
Total	29	100,00 %

**Gráfico 2: Distribuição dos Enfermeiros pelo Tempo de Experiência Profissional**



## **2.2 Dados Relativos ao Preenchimento dos Questionários**

Estão descritas no quadro 2 as categorias, as subcategorias e as unidades de enumeração respectivas, o que nos transmite uma perspectiva global dos resultados obtidos. Pela sua análise, observamos que as unidades de registo identificadas relativas ao Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança, totalizaram 129 unidades de enumeração.

**Quadro 2: Distribuição das Unidades de Enumeração por Categorias e Subcategorias alusivas ao Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança**

Categorias	Sub-categorias	Unidades de enumeração	
		Fi	Fr
<b>A - O Brincar Enquanto Promotor</b>	Proximidade com o Profissional	20	15,50 %
	Confiança	8	6,20 %
	Envolvimento nos Cuidados	15	11,63 %
	Expressão de Sentimentos	6	4,65 %
<b>Subtotal</b>		<b>49</b>	<b>37,98 %</b>
<b>B – Contextos de Utilização do Brincar</b>	Estabelecimento de uma Relação	6	4,65%
	Promoção da Adesão e Colaboração nos Procedimentos Invasivos e/ou outros	20	15,50 %
	Expressão de Sentimentos	5	3,88 %
	<b>Subtotal</b>	<b>31</b>	<b>24,03 %</b>
<b>C – Pertinência do Projecto Hospital dos Pequenos</b>	Qualidade dos Cuidados	9	6,98 %
	Expressão de Sentimentos	7	5,43 %
	Adesão/Envolvimento nos Cuidados	9	6,98 %
<b>Subtotal</b>		<b>25</b>	<b>19,39 %</b>
<b>D – Factores Limitadores</b>	Disponibilidade de Tempo	12	9,30 %
	Local onde Realizar	4	3,10 %
	Material	3	2,33 %
	Nenhum	5	3,88 %
<b>Subtotal</b>		<b>24</b>	<b>18,61%</b>
<b>Total</b>		<b>129</b>	<b>100,00</b>

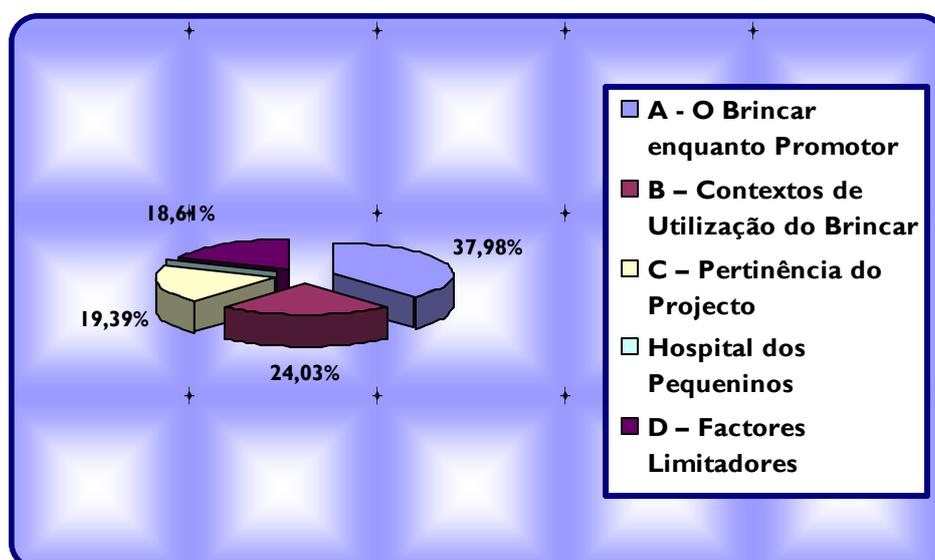
De acordo com a tabela e gráfico 3 apercebemo-nos que a categoria O Brincar Enquanto Promotor foi aquela que obteve maior número de unidades de enumeração, 49, o que em termos percentuais representa 37,98 % do total de referências. A categoria Contextos de

Utilização do Brincar e a categoria Pertinência do Projecto Hospital dos Pequeninos foram as seguintes mais referenciadas com 31 e 25 unidades de enumeração respectivamente, representando 24,03 % e 19,39 % respectivamente do total de referências. E por fim consta a categoria Factores Limitadores, representada por 24 unidades de enumeração, o que em termos percentuais representa 18,61 do total das referências.

**Tabela 3: Distribuição das Unidades de Enumeração por Categorias referentes ao Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança**

Categorias	Unidades de enumeração	
	Fi	Fr
<b>A - O Brincar enquanto Promotor</b>	49	37,98 %
<b>B – Contextos de Utilização do Brincar</b>	31	24,03 %
<b>C – Pertinência do Projecto Hospital dos Pequeninos</b>	25	19,39 %
<b>D – Factores Limitadores</b>	24	18,61%
<b>Total</b>	129	100, 00%

**Gráfico 3: Distribuição das Unidades de Enumeração por Categorias referentes ao Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança**



Começo então por apresentar, analisar e discutir os resultados relativos á categoria O Brincar Enquanto Promotor, seguindo-se a categoria Contextos de Utilização do Brincar, a categoria Pertinência do Projecto Hospital dos Pequeninos e por fim os Factores Limitadores.

### 2.2.1 Distribuição das referências correspondentes à categoria – O Brincar Enquanto Promotor

O brincar constitui-se como uma actividade expressiva e uma oportunidade para a criança expressar as emoções e sentimentos que decorrem da hospitalização.

É ainda pertinente incluir os familiares da criança no brincar, uma vez que estes assumem um papel importante como mediadores da confiança entre a criança e os enfermeiros, visto que se a criança percebe que a sua família confia no profissional de saúde, tenderá a vê-lo como uma pessoa em quem pode confiar, tal como Algren (2006) menciona.

Deste modo o brincar assume um papel enquanto promotor da proximidade com o profissional de saúde, uma relação de confiança, um maior envolvimento nos cuidados e a expressão de sentimentos, tal como Algren (2006) menciona nos seus pressupostos e como consegui aferir pelas respostas dadas pelos enfermeiros mediante a questão: O que pensa enquanto enfermeiro/a a trabalhar no Serviço de Pediatria do brincar como fundamento terapêutico da relação enfermeiro-criança?

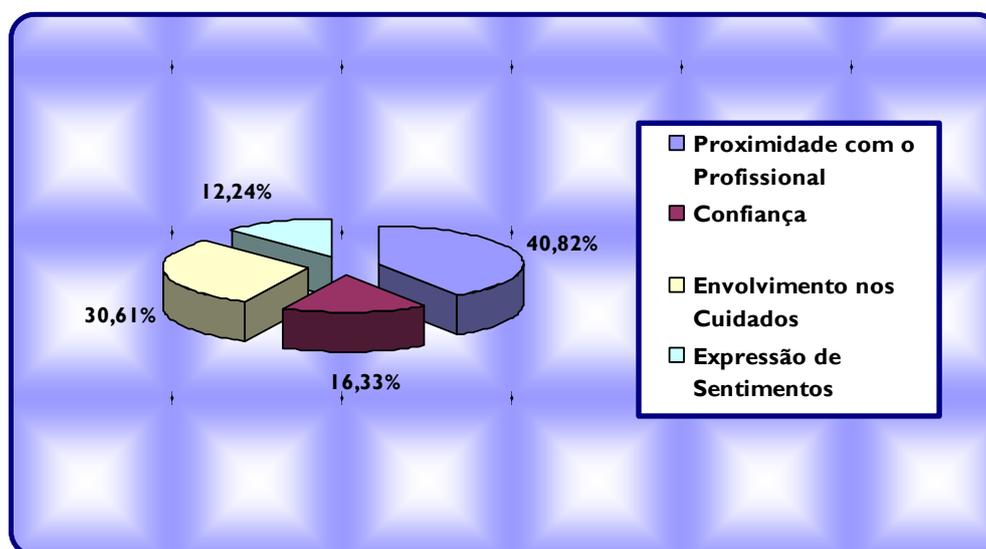
Esta categoria O Brincar enquanto Promotor aparece referenciada na tabela e gráfico 4, com 49 enumerações.

No que se refere às sub-categorias mais referenciadas estas foram: a proximidade com o profissional com 20 unidades de enumeração (40,82 %), e a sub-categoria envolvimento nos cuidados com 15 unidades de enumeração (30,61 %). Verifica-se ainda que a Expressão de Sentimentos foi a sub-categoria menos enumerada com 6 enumerações (12,24 %) do total das unidades de enumeração referentes à categoria Brincar enquanto Promotor.

**Tabela 4: Distribuição das Unidades de Enumeração referentes ao Brincar Enquanto Promotor**

Categorias	Sub-categorias	Unidades de enumeração	
		Fi	Fr
A - O Brincar enquanto Promotor	Proximidade com o Profissional	20	40,82 %
	Confiança	8	16,33 %
	Envolvimento nos Cuidados	15	30,61 %
	Expressão de Sentimentos	6	12,24 %
<b>Subtotal</b>		<b>49</b>	<b>100, 00%</b>

**Gráfico 4: Distribuição das Unidades de Enumeração referentes ao Brincar Enquanto Promotor**



#### 2.2.1.1 Proximidade com o Profissional

Esta sub-categoria obteve um total de 20 unidades de enumeração, como é indicado pela tabela 4.

A Proximidade com o Profissional foi a sub-categoria mais enumerada. Este facto é congruente com a bibliografia e fundamentação teórica deste trabalho, uma vez que a

maioria dos estudos consultados e os autores citados reportam-se ao Brincar Enquanto Promotor da Proximidade com o Profissional.

O enfermeiro ao abordar a criança para brincar, esta normalmente não é renitente como acontece em relação a outras intervenções de enfermagem. Inicialmente a criança pode ficar apreensiva mas normalmente acaba por gostar, sentindo reconhecida a sua necessidade de brincar, e tendo a oportunidade de ao brincar com estabelecer uma relação de confiança e proximidade, tal como refere Algren (2006).

Passo a enumerar algumas das expressões que contextualizam esta sub-categoria:

“É importante, no sentido de promover a aproximação do profissional à criança (...).”

“(...) desde o acolhimento até à alta, o brincar facilita a proximidade com a criança.”

“Constitui um método terapêutico de aproximação (...).”

Deste modo, o brincar promove a proximidade com o profissional, facilitando a adopção de uma relação empática e terapêutica e fomenta uma forma positiva de olhar para a hospitalização.

#### *2.2.1.2 Confiança*

A Confiança obteve um total de 8 unidades de enumeração com um percentual de 16,33 %.

Esta confiança advém da relação de proximidade anteriormente descrita.

O enfermeiro ao utilizar o brincar para estabelecer uma relação com a criança e ao fomentar a proximidade relacional, vai gerar a confiança na criança, pois ela assume que sempre que o enfermeiro lhe for realizar algum procedimento e/ou perante alguma situação desconhecida, este lhe vai esclarecer e explicar como sempre o fez.

Passo a mostrar algumas das expressões dos enfermeiros relativas a esta sub-categoria:

“Permite a melhoria da confiança entre a criança e o enfermeiro (...).”

“(...) sei que terá mais confiança em mim, como parceira no cuidar.”

“(...) através do brincar promovemos uma relação de confiança com a criança.”

#### *2.2.1.3 Envolvimento nos Cuidados*

Esta sub-categoria obteve um total de 15 unidades de enumeração, perfazendo 30,61% do total de referência para a categoria O Brincar Enquanto Promotor.

Esta sub-categoria complementa as anteriores e reforça os pressupostos acima descritos e que fundamentam na perfeição a mesma, na medida em que uma vez que a criança tenha desenvolvido uma relação próxima com o profissional de saúde, o envolvimento nos cuidados será muito maior e melhor.

Algren (2006) e Festas (1994) sublinham que esta parceria enfermeiro-criança vai ajudar a preparar a criança para os procedimentos que poderão ser necessários instituir através do brincar. Estando a criança preparada para tal, a sua reacção e envolvimento nos cuidados será certamente diferente, pois o facto já não lhe é totalmente desconhecido.

Algren (2006) acrescenta ainda que os programas de jogo com bonecos em que a criança pode desempenhar o papel de médico ou enfermeiro que trata do boneco, administrando injeções ou medicamentos ou avaliando a temperatura, permitem dar informação e criar uma experiência de dessensibilização e de aprendizagem de estratégias de confronto.

Algumas das expressões que fundamentam esta sub-categoria são:

“(…) permitindo á criança envolver-se nos cuidados, imitando alguns procedimentos terapêuticos através do faz de conta.”

“(…) desmistifica medos e duvidas relativamente aos métodos mais invasivos.”

“(…) ajuda a criança a tolerar melhor as intervenções de enfermagem, colaborando em algumas delas (…).”

Na prática diária verifico que algumas crianças gostam de pedir seringas para “fingirem” que nos picam. Este faz-de-conta ajuda a criança a lidar com o procedimento doloroso da punção venosa.

#### *2.2.1.4 Expressão de Sentimentos*

Esta subcategoria evidenciou-se com 6 unidades de enumeração correspondentes a 12,24% do total de referências para a categoria O Brincar Enquanto Promotor.

Segundo Festas (1994), as actividades lúdicas devem ser utilizadas pelos profissionais de saúde que se relacionam com a criança como um grande espelho do seu mundo real e imaginário, promovendo o processo de hospitalização. Para esta autora, as diferentes formas de expressão que a criança pode adoptar devem ser valorizadas pelos

enfermeiros já que servem um duplo propósito: satisfazer não só a necessidade normal da criança brincar, mas também ajuda-la a ajustar-se a uma potencial situação de stress, como a doença e o internamento hospitalar.

Algumas das expressões relativas à expressão de sentimentos são:

“O brincar ajuda a criança a comunicar connosco; a criança expressa os seus medos, as suas dúvidas.”

“As brincadeiras são importantes para a expressão de sentimentos, emoções que por vezes são difíceis de expressar de outra forma.”

Os jogos e as brincadeiras, de acordo com Batista (2004), constituem a linguagem universal das crianças e são um dos mais importantes meios de comunicação e de aprendizagem promotores do desenvolvimento intelectual, sensório-motor, social, criativo, de auto-conhecimento e moral.

#### 2.2.2 Distribuição das referências correspondentes aos Contextos de Utilização do Brincar

Uma das formas de colocar em prática o brincar terapêutico é através do jogo simbólico, onde a criança pode experimentar alguns dos procedimentos que vivenciou ou que virá a experimentar no decorrer do internamento, tais como, punção venosa, entre outros, tornando-se como tal e como refere Festas (1994), um campo importante de compreensão e minimização do impacto de experiências indesejáveis. Deste modo estamos a trabalhar o cognitivo e o emocional.

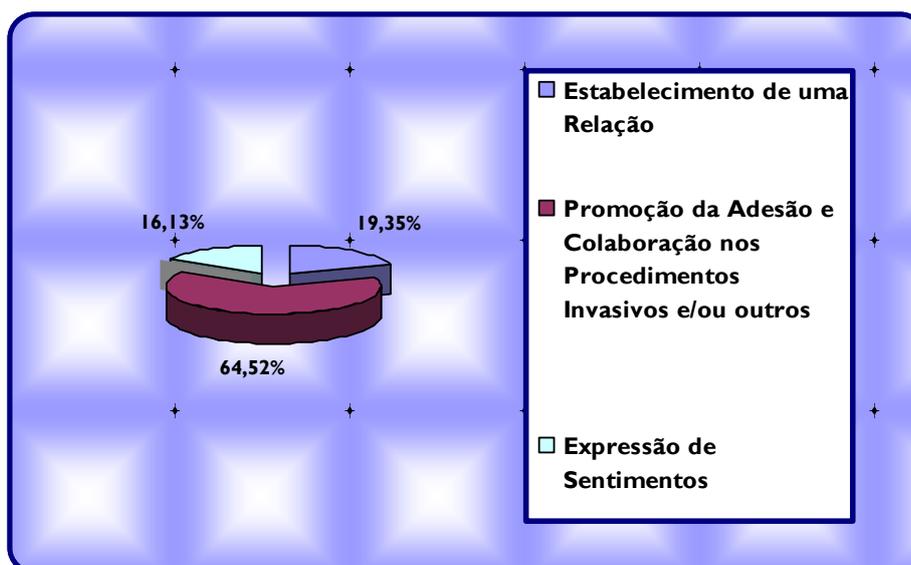
A análise desta categoria e respectivas sub-categorias tem por base as respostas dos enfermeiros à questão: Na sua prática profissional diária utiliza o brincar para se relacionar com a criança? Em que contextos?

Esta categoria aparece referenciada na tabela e gráfico 5, com 31 enumerações. O contexto de utilização do brincar mais referenciado pelos enfermeiros foi a Promoção da Adesão e Colaboração nos Procedimentos Invasivos e/ou outros com 20 citações, o que em termos percentuais representa 64,52 do total das referências para esta categoria. O segundo contexto de utilização do brincar mais expresso foi o estabelecimento de uma relação, com 6 unidades de enumeração, o que equivaleu a 19,35 %.

**Tabela 5: Distribuição das Unidades de Enumeração referentes aos Contextos de Utilização do Brincar**

Categorias	Sub-categorias	Unidades de enumeração	
		Fi	Fr
<b>B – Contextos de Utilização do Brincar</b>	Estabelecimento de uma Relação	6	19,35 %
	Promoção da Adesão e Colaboração nos Procedimentos Invasivos e/ou outros	20	64,52 %
	Expressão de Sentimentos	5	16,13 %
	<b>Subtotal</b>	<b>31</b>	<b>100,00 %</b>

**Gráfico 5: Distribuição das Unidades de Enumeração referentes aos Contextos de Utilização do Brincar**



#### 2.2.2.1 Estabelecimento de uma Relação

Esta sub-categoria obteve um total de 6 unidades de enumeração, perfazendo 19,35 % do total de referência para a categoria Contextos de Utilização do Brincar.

Como já foi referenciado na categoria anterior, o brincar é promotor da criação de uma relação de proximidade e confiança entre enfermeiro-criança.

As vantagens do brincar e pelos estudos consultados são inúmeras, e entre elas podemos sublinhar (neste caso específico) o uso do brincar para iniciar uma relação com a criança.

Algren (2006), assim como outros autores, sublinham a importância do acima descrito.

Algumas das expressões relativas ao estabelecimento de uma relação são:

“(...) é uma maneira de iniciar uma conversa com a criança (...).”

“(...) para iniciar a relação, para me apresentar (...).”

#### *2.2.2.2 Promoção da Adesão e Colaboração nos Procedimentos Invasivos e/ou outros*

Através da análise da tabela 5 podemos aferir que esta sub-categoria obteve 20 unidades de enumeração perfazendo 64,52 % do total das unidades de enumeração referentes à categoria Contextos de Utilização do Brincar.

Russ (1998) sublinha que o brincar terapêutico auxilia a criança a desenvolver mecanismos de coping, com o intuito de ultrapassar a situação de crise que se encontra a viver. Durante o período de internamento hospitalar o brincar terapêutico influi no restabelecimento físico e emocional da criança, permitindo uma vivência mais alegre e menos traumatizante, tal como referem Motta e Enumo (2004), Russ (1998), entre outros.

Oliveira, Dias e Roazzi (2003), referem que podem ser utilizados brinquedos que abordem temas hospitalares, como sendo, instrumentos cirúrgicos, de exames e de procedimentos médicos em miniatura de plástico, roupas idênticas às da equipa de saúde, materiais utilizados pela equipa de enfermagem, livros de histórias com temáticas referentes à hospitalização, entre outros.

Algumas das expressões que fundamentam esta sub-categoria são:

“(...) ver a tensão arterial a uma boneca para depois lhe pedir a sua colaboração; perguntar se ela também é a enfermeira dos seus brinquedos (...).”

“(...) peço ajuda para empurrar o embolo da seringa.”

“(...) para facilitar a adesão da criança aos tratamentos (...) para informar a criança (...).”

“Principalmente durante procedimentos invasivos como pensos, punções administração de terapêutica e sempre que for importante e necessário como forma de distração, facilitando a comunicação.”

### *2.2.2.3 Expressão de Sentimentos*

Mediante a análise da tabela 5 podemos aferir que esta sub-categoria obteve 5 unidades de enumeração perfazendo 16,13 % do total das unidades de enumeração referentes à categoria Contextos de Utilização do Brincar.

Na categoria anterior ficou bem patente a importância do brincar enquanto promotor da expressão de sentimentos. Nesta categoria volta a surgir a expressão de sentimentos enquanto contexto de utilização do brincar.

As expressões que melhor ilustram esta subcategoria são:

“(…) utilizo o brincar como técnica expressiva, pois a criança é capaz de expressar sentimentos, medos, vivências e dificuldades brincando (…).”

“(…) muitas vezes através do brincar, sem ser necessário a criança falar, expressa muitos dos sentimentos, retratando-os nos seus bonecos e/ou pelos gestos que assume.”

Algren (2006) refere que através dos bonecos e da replicação de equipamentos hospitalares e até mesmo material hospitalar desde que devidamente seguro e adequado às crianças, as crianças podem dramatizar as situações que vivenciaram durante a hospitalização. Esta técnica assume uma importância determinante pois faculta a aprendizagem dos procedimentos e técnicas realizados pelos enfermeiros, visto que através da dramatização conseguimos explicar de uma forma facilmente compreensível às crianças os procedimentos a que já foram submetidos e/ou que poderão vir a experienciar.

### **2.2.3 Distribuição das referências correspondentes à Pertinência do Projecto Hospital dos Pequenininos**

O brincar terapêutico é uma excelente forma de auxiliar as crianças a libertar o stress e o medo, evitando os efeitos prejudiciais, quer a curto quer a longo prazo da hospitalização. O brincar terapêutico adaptado ao desenvolvimento da criança, constitui uma forma de a preparar para a hospitalização, mostrando-lhe o que vai acontecer

durante a sua estadia no hospital, desmistificando assim o desconhecido inerente à entrada no mesmo, pelo que deve ser visto como uma ferramenta essencial à enfermagem, fomentando uma relação terapêutica entre ambos, caminhando-se para a essência do cuidar em enfermagem.

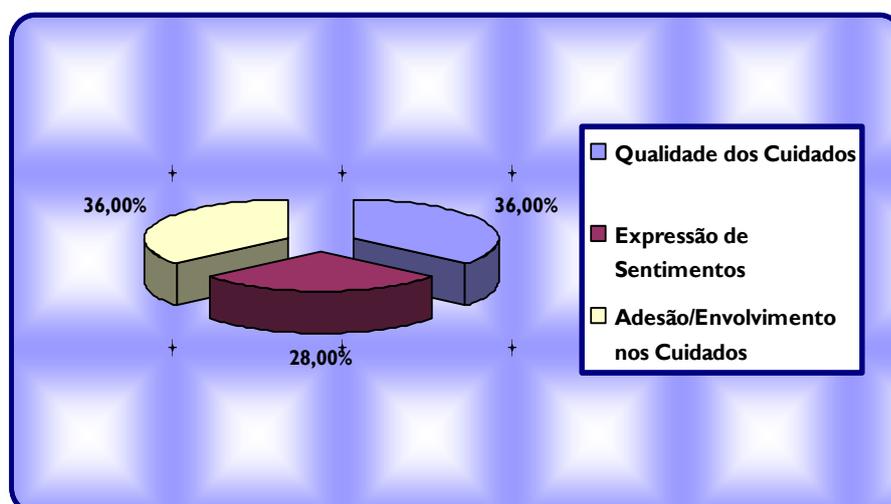
A análise desta categoria e respectivas sub-categorias tem por base as respostas dos enfermeiros à questão: Mediante o acima descrito, qual a pertinência da implementação do Projecto Hospital dos Pequeninos?

Esta categoria aparece referenciada na tabela e gráfico 6, com 25 enumerações. As sub-categorias mais referenciadas pelos enfermeiros foram a Qualidade dos Cuidados e a Adesão/Envolvimento nos Cuidados com 9 citações cada, o que em termos percentuais representa 36,00% do total das referências para esta categoria. A Expressão de Sentimentos volta a ressurgir enquanto fundamento da pertinência da implementação do projecto com 7 unidades de enumeração, com 28,00%.

**Tabela 6: Distribuição das Unidades de Enumeração referentes à Pertinência do Projecto Hospital dos Pequeninos**

Categorias	Sub-categorias	Unidades de enumeração	
		Fi	Fr
<b>C – Pertinência do Projecto Hospital dos Pequeninos</b>	Qualidade dos Cuidados	9	36,00 %
	Expressão de Sentimentos	7	28,00 %
	Adesão/Envolvimento nos Cuidados	9	36,00 %
<b>Subtotal</b>		<b>25</b>	<b>100,00 %</b>

**Gráfico 6: Distribuição das Unidades de Enumeração referentes à Pertinência do Projecto Hospital dos Pequeninos**



### 2.2.3.1 *Qualidade dos Cuidados*

Esta sub-categoria obteve um total de 9 unidades de enumeração, perfazendo 36,00 % do total de referência para a categoria Pertinência do Projecto Hospital dos Pequenos. Tal como acresce Algren (2006), a equipa de enfermagem pela posição que ocupa dentro da equipa de saúde, e que lhes permite uma relação mais estreita e uma melhor compreensão da criança e das suas vivências, pode contribuir para que a experiência da hospitalização seja o menos traumatizante possível. Para que isso aconteça, deverão ter sempre presente a necessidade de cuidar da criança de forma única e adequada ao seu nível de desenvolvimento.

A qualidade dos cuidados materializou-se através das expressões seguintes por parte dos enfermeiros:

“(…) diminuição do tempo gasto em algumas intervenções; crianças mais satisfeitas e mais tolerantes ao internamento.”

“(…) vai proporcionar uma recuperação mais rápida da sua patologia, diminuindo o tempo de internamento.”

“(…) será um passo muito grande no aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem (…).”

### 2.2.3.2 *Expressão de Sentimentos*

Obteve um total de 7 unidades de enumeração, perfazendo 28,00 % do total de referência para a categoria Pertinência do Projecto Hospital dos Pequenos.

Esta sub-categoria volta a ser evidenciada enquanto factor importante na consideração da pertinência do projecto em si, pois tendo por base o brincar terapêutico, a pertinência da implementação deste projecto leva os enfermeiros a visualizar as vantagens do mesmo por forma a justificar a sua pertinência.

Desta forma as expressões que melhor materializam esta sub-categoria são:

“(…) irá ajudar as crianças a expressar os seus sentimentos; diminuir os medos e ansios na execução dos procedimentos.”

“(…) através da brincadeira a criança é capaz de expressar os seus sentimentos e desenvolver estratégias para poder lidar com a situação (…).”

“(…) é uma forma de ajudar as crianças a exprimir o que sentem (…).”

### 2.2.3.3 Adesão/Envolvimento nos Cuidados

Esta sub-categoria obteve 9 unidades de enumeração, com um percentual de 36% do total de referências relativas à categoria Pertinência do Projecto Hospital dos Pequenos.

No que se refere ao brincar terapêutico e no quanto este pode promover a adesão e o envolvimento nos cuidados, Oliveira, Dias e Roazzi (2003), referem que podem ser utilizados brinquedos que abordem temas hospitalares, como sendo, instrumentos cirúrgicos, de exames e de procedimentos médicos em miniatura de plástico, roupas idênticas às da equipa de saúde, materiais utilizados pela equipa de enfermagem, livros de historias com temáticas referentes à hospitalização, entre outros.

Oliveira, Dias e Roazzi (2003), referem que podem ser utilizados brinquedos que abordem temas hospitalares, como sendo, instrumentos cirúrgicos, de exames e de procedimentos médicos em miniatura de plástico, roupas idênticas às da equipa de saúde, materiais utilizados pela equipa de enfermagem, livros de historias com temáticas referentes à hospitalização, entre outros. Quanto mais idêntico à situação que a criança potencialmente irá vivenciar melhor será.

Algumas das expressões que identificam bem esta sub-categoria são:

“(...) este projecto ira contribuir para melhorar a relação enfermeiro-criança, permitindo deste modo a colaboração da criança em algumas intervenções (...)”

“(...) as crianças iram entender que as enfermeiras não dão só picas e iam perceber melhor as “coisas” que nos fazemos (...)”

“(...) vai ensinar as crianças de forma lúdica a importância do tratamento a que está a ser submetida, familiarizar-se com o material usado pela equipa de enfermagem (...)”

### 2.2.4 Distribuição das referências correspondentes aos Factores Limitadores

Todos os projectos têm potenciais factores que podem limitar a aplicabilidade e/ou implementação do mesmo. Estes factores muitas vezes existem e são reais, sendo que o autor do projecto tem muitas vezes de os contornar da melhor forma possível, aceitando que alguns deles são incontornáveis.

Para Leite (1989), é importante ter presente que para a concepção do projecto, o seu encadeamento lógico e sequencial, a identificação dos seus objectivos e recursos envolvidos nas diferentes etapas, o seu autor necessita de um conhecimento profundo dos procedimentos, técnicas e tecnologias que envolvem a realização do projecto. Aquando da aplicabilidade prática do projecto deve de existir criatividade e experiência que permitam prever e superar as dificuldades que possam surgir.

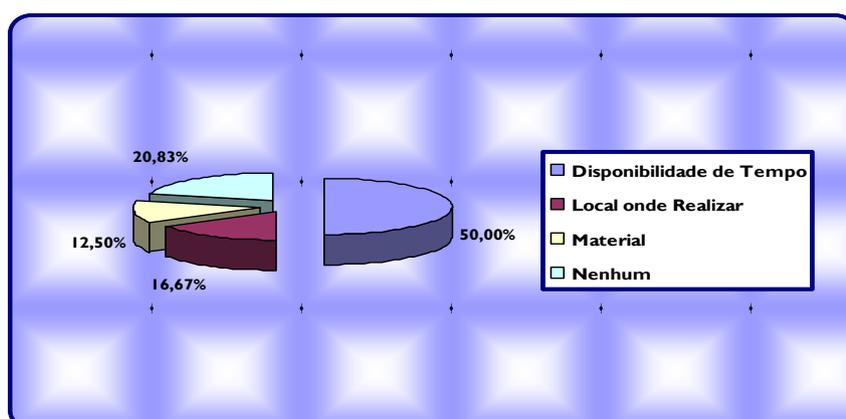
A análise desta categoria e respectivas sub-categorias tem por base as respostas dos enfermeiros à questão: Que aspectos poderiam limitar a implementação do Projecto Hospital dos Pequeninos?

Esta categoria aparece referenciada na tabela e gráfico 7, com 24 enumerações. As sub-categorias mais referenciadas pelos enfermeiros foram a Disponibilidade de Tempo. A sub-categoria Nenhum e Local onde Realizar surgem com 5 e 4 citações respectivamente, o que em termos percentuais representa 20,83 % e 16,67% do total das referências para esta categoria.

**Tabela 7: Distribuição das Unidades de Enumeração referentes aos Factores Limitadores**

Categorias	Sub-categorias	Unidades de enumeração	
		Fi	Fr
<b>D – Factores Limitadores</b>	Disponibilidade de Tempo	12	50,00 %
	Local onde Realizar	4	16,67 %
	Material	3	12,50 %
	Nenhum	5	20,83 %
<b>Subtotal</b>		<b>24</b>	<b>100,00%</b>

**Gráfico 7: Distribuição das Unidades de Enumeração referentes aos Factores Limitadores**



#### *2.2.4.1 Disponibilidade de Tempo*

Esta sub-categoria obteve um total de 12 unidades de enumeração, perfazendo 50,00 % do total de referência para a categoria Factores Limitadores.

A verdade é que com a multiplicidade de coisas que temos de fazer (enfermeiros) na nossa prática diária, as exigências que sobre nós se acrescem e a redução de pessoal que começa a denotar-se nas unidades faz-nos considerar a disponibilidade de tempo um factor limitador da implementação do Projecto.

Deste modo, algumas das expressões que ilustram esta sub-categoria são:

“(...) pouca disponibilidade quando o numero de crianças é elevado (...).”

“(...) tempo disponível dos enfermeiros para colaborar no projecto (...).”

“Por vezes a falta de disponibilidade por parte da equipa, atendendo ao numero de crianças internadas e necessidade de cuidados especializados (...).”

#### *2.2.4.2 Local onde Realizar*

Obteve um total de 4 unidades de enumeração, perfazendo 16,67 % do total de referência para a categoria Factores Limitadores.

O ambiente onde esta sessão decorre deverá ser seguro e aconchegante e que facilite a presença de um adulto que encoraje a criança a expressar os seus sentimentos, como refere Cintra, Silva e Ribeiro (2006).

Com a remodelação do nosso serviço, surgiram novas salas que embora direccionadas para outras dinâmicas podem ser adaptadas sempre que necessário.

Não obstante, a sala de actividades parece-me ser o local ideal, visto ser uma sala colorida e adaptada, que as crianças já conhecem, permite algum isolamento em termos de som e ainda posso contar com o apoio imprescindível das educadoras do serviço.

As expressões que melhoram conceptualizam esta sub-categoria são:

“(...) falta de espaço apropriado (...).”

“(...) falta de espaço (...).”

#### *2.2.4.3 Material*

Esta sub-categoria obteve um total de 3 unidades de enumeração, perfazendo 12,50 % do total de referência para a categoria Factores Limitadores.

Algren (2006) refere que para além de uma assistência multidisciplinar que está atenta às características de cada criança e à sua circunstância patológica, é necessário continuar a proporcionar actividades lúdicas e recreativas durante o internamento, como os jogos, o desenho e a pintura, ou tão somente brincar só por brincar. Alias, todo o brincar da criança deve ser entendido pelo adulto como um direito universal e soberano. Para este brincar terapêutico estruturado – Hospital dos Pequenininhos, é necessário um conjunto de materiais, nomeadamente materiais de plástico que constituem o kit “to be...+ doctor” do Imaginário, que contempla um otoscópio, um termómetro, uma seringa, uma tesoura, uma pinça, um estetoscópio, dois frascos de medicação, uma pulseira de identificação, um lápis e um bloco de anotações, tudo em plástico e em miniatura. Para além deste material estarão na mesa, ligaduras, termómetros, pensos rápidos, tubos de colheita de análises sanguíneas e de urina, sistemas de colheita de sangue (sem condutor), abocath (sem condutor), prolongamentos e sistemas de soro, seringas, adesivo branco, sondas nasogástricas, frascos de soro de 100 ml, embalagem de emla e xylocaina spray (vazias), entre outros, adequados às crianças e de forma a que estas possam manipula-los.

Ora tudo isto acresce custos, e os enfermeiros como bons gestores conseguem perceber este aspecto como um potencial factor limitador do projecto.

Não obstante, para a realização deste projecto foi conseguido um patrocínio no que concerne aos kits de material de plástico e no que se refere ao restante, foi utilizado o que estava fora de prazo e/ou que não pudesse ser utilizado, tendo sempre como máxima o bem-estar da criança.

Deste modo, algumas das expressões que revelam esta sub-categoria são:

“(...) falta de material adequado.”

“(...) apenas o material (...)”

#### *2.2.4.4 Nenhum*

A sub-categoria Nenhum obteve um total de 5 unidades de enumeração, com 20,83 % do total de referência para a categoria Factores Limitadores.

Nesta sub-categoria foram consideradas as respostas dos enfermeiros que revelam não existir nenhum factor que pudesse limitar a implementação do projecto.

Desta forma as expressões que melhor justificam esta sub-categoria são:

“(…) não vejo nenhum factor que possa limitar a implementação do projecto.”

“Nenhum, as pessoas conhecedoras da Infância e da Enfermagem Pediátrica só o podem querer.”

“Na minha opinião, se todos colaborarem não vão haver limitações.”.

Deste modo, o brincar terapêutico é uma excelente forma de auxiliar as crianças a libertar o stress e o medo, evitando os efeitos prejudiciais, quer a curto quer a longo prazo da hospitalização. O brincar terapêutico adaptado ao desenvolvimento da criança, constitui uma forma de a preparar para a hospitalização, mostrando-lhe o que vai acontecer durante a sua estadia no hospital, desmistificando assim o desconhecido inerente à entrada no mesmo, pelo que deve ser visto como uma ferramenta essencial à enfermagem, fomentando uma relação terapêutica entre ambos, caminhando-se para a essência do cuidar em enfermagem.

Seguidamente passo a apresentar a Tabela Mestre relativa ao Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança por sub-categorias.

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registro	Total de Unidades de Enumeração
<p align="center"><b>A - O Brincar Enquanto Promotor</b></p>	<p align="center">A1 - Proximidade com o Profissional</p>	<p>“É importante, no sentido de promover a aproximação do profissional à criança (...).”</p> <p>“(...) permite uma melhor aproximação, reduzindo o seu sofrimento e ansiedade.”</p> <p>“(...) através da brincadeira estamos a comunicar com a criança, promovendo uma proximidade (...).”</p> <p>“(...) o brincar vai promover um vínculo afectivo entre o enfermeiro-criança.”</p> <p>“Considero essencial o brincar como fundamento, já que é através dele que conseguimos estabelecer uma relação empática e terapêutica com a criança (...).”</p> <p>“(...) desde o acolhimento até à alta, o brincar facilita a proximidade com a criança.”</p> <p>“(...) sempre que me aproximo de uma criança tento conquista-la com uma brincadeira (...).”</p> <p>“Usar as brincadeiras facilita a comunicação enfermeiro-criança, promove a interacção e envolvimento, criando um ambiente mais descontraído.”</p> <p>“(...) cria-se uma linguagem muito própria entre nós (enfermeiro-criança).”</p> <p>“Estreita as relações, aproxima.”</p> <p>“É sem duvida uma ferramenta imprescindível no</p>	<p align="center"><b>20</b></p>

		<p>estabelecimento de uma relação terapêutica, que se quer o mais saudável e terapêutica possível (...).”</p> <p>“Muitas vezes é o ponto de partida para uma boa relação terapêutica.”</p> <p>“(...) maior proximidade com criança (...).”</p> <p>“ (...) através de brincadeiras consigo uma relação mais próxima com a criança.”</p> <p>“Constitui um método terapêutico de aproximação (...).”</p> <p>“(...) é um recurso da relação terapêutica enfermeiro-criança.”</p> <p>“(...) ao brincar com as crianças internadas (...) vou promover o estabelecimento de uma relação empática.”</p> <p>“(...) para poder interagir com a criança.”</p> <p>“(...) o brincar entra como facilitador dessa relação.”</p> <p>“Acho fundamental o brincar terapêutico para fortalecer a relação que se estabelece entre o enfermeiro-criança (...).”</p>	
	<p>A2 - Confiança</p>	<p>“Permite a melhoria da confiança entre a criança e o enfermeiro (...).”</p> <p>“(...) sei que terá mais confiança em mim, como parceira no cuidar.”</p> <p>“(...) podendo aumentar a confiança da criança.”</p> <p>“(...) através de brincadeiras consigo uma relação de mais</p>	<p>8</p>

		<p>confiança (...).”</p> <p>“(...) a criança sente-se mais segura e confia mais no enfermeiro.”</p> <p>“(...) através do brincar promovemos uma relação de confiança com a criança.”</p> <p>“(...) promove uma relação de confiança entre ambos (...).”</p> <p>“A criança ganha mais confiança na equipa, fica menos ansiosa (...).”</p>	
	<p>A3 – Envolvimento nos Cuidados</p>	<p>“(...) permitindo á criança envolver-se nos cuidados, imitando alguns procedimentos terapêuticos através do faz de conta.”</p> <p>“(...) colaborando na prestação de cuidados.”</p> <p>“(...) usar o brincar para explicar o tratamento ajuda a superar angustias e a aceitar de forma mais natural o internamento.”</p> <p>“(...) o brincar ajuda a disfarçar o dia a nível hospitalar, ajuda a desmistificar o desconhecido inerente à hospitalização.”</p> <p>“(...) o pedir a ajuda da criança fã-la sentir-se importante.”</p> <p>“O brincar distrai, descontra; é uma forma da criança se esquecer que está no hospital.”</p> <p>“(...) importante ferramenta de enfrentamento da hospitalização (...).”</p> <p>“Facilita o processo terapêutico da criança (...).”</p> <p>“(...) desmistifica medos e duvidas relativamente aos métodos mais invasivos.”</p>	<p>15</p>

		<p>“(…) facilita a compreensão dos procedimentos dolorosos, cuidados e tratamentos.”</p> <p>“(…) como forma de atenuar o stress da criança (…).”</p> <p>“(…) estamos a criar um clima de colaboração mútua (…).”</p> <p>“(…) a sua colaboração e envolvimento nos cuidados será maior (…).”</p> <p>“(…) ajuda a criança a tolerar melhor as intervenções de enfermagem, colaborando em algumas delas (…).”</p> <p>“(…) contribui para minimizar o sofrimento da criança durante a hospitalização.”</p>	
	A4 – Expressão de Sentimentos	<p>“(…) favorecer a expressão de sentimentos e emoções (…).”</p> <p>“O brincar ajuda a criança a comunicar connosco; a criança expressa os seus medos, as suas dúvidas.”</p> <p>“(…) através do brincar a criança muitas vezes exprime o que sente (…).”</p> <p>“É uma forma de comunicar com o meio em que vive, expressar os seus sentimentos, ansiedades e frustrações.”</p> <p>“(…) permite à criança exprimir o que sente face aos cuidados prestados.”</p> <p>“As brincadeiras são importantes para a expressão de sentimentos, emoções que por vezes são difíceis de expressar de outra forma.”</p>	6
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>	<b>Total de Unidades de Enumeração</b>

<p><b>B – Contextos de Utilização do Brincar</b></p>	<p>B1 – Estabelecimento de uma Relação</p>	<p>“(…) relacionamento com a criança (…).”  “(…) é uma maneira de iniciar uma conversa com a criança (…).”  “(…) para iniciar a relação, para me apresentar (…).”  “Numa primeira abordagem (…).”  “‘No inicio de cada turno, para apresentar-me à criança (…).”  “‘Uso sempre que estou com a criança (…).”</p>	<p><b>6</b></p>
	<p>B2 - Promoção da Adesão e Colaboração nos Procedimentos Invasivos e/ou outros</p>	<p>“Por vezes durante a execução de pensos, durante os cuidados de higiene; em algumas colheitas de sangue/colocação de cateteres para medicação; na avaliação dos sinais vitais.”  “(…) ver a tensão arterial a uma boneca para depois lhe pedir a sua colaboração; perguntar se ela também é a enfermeira dos seus brinquedos (…).”  “(…) sempre que lhe tenho de fazer procedimentos dolorosos ou que impliquem colaboração da mesma, exemplo: punção, entubação nasogastrica, pensos (…).”  “(…) peço ajuda para empurrar o embolo da seringa.”  “‘Antes de realizar um procedimento, de forma a explicar o mesmo e após os procedimentos para premiar e reforçar positivamente.”  “(…) para facilitar a adesão da criança aos tratamentos (…) para informar a criança (…).”  “‘Nos cuidados específicos (banho, massagem, administração</p>	<p><b>20</b></p>

		<p>de terapêutica e na preparação psicológica para um procedimento (...).”</p> <p>“(...) aquando da realização de algum procedimento mais invasivo (...).”</p> <p>“Quando é necessário a criança aderir a determinados tratamentos dolorosos: pensos, punções, ficar imobilizado, mobilizar-se, tossir, fazer exercícios respiratórios e articulares, aderir a dietas, etc (...).”</p> <p>“(...) nas diversas actividades de vida e nos procedimentos de enfermagem.”</p> <p>“(...) posso mostrar-lhe o material e brincar com este e explicar os procedimentos de uma forma lúdica.”</p> <p>“(...) na prestação de cuidados a todos os níveis (técnicas invasivas e não invasivas) (...).”</p> <p>“(...) antes de um procedimento, ou seja, tento exemplificar o procedimento.”</p> <p>“Uso o brincar para explicar procedimentos; como distração durante alguns procedimentos (...).”</p> <p>“(...) dar seringas, adesivos e outros materiais à criança para ela fingir ser enfermeira com os bonecos ou comigo (...).”</p> <p>“Na prestação de cuidados directos e indirectos (nos cuidados de higiene, administração de terapêutica, durante a alimentação, mobilização, nos momentos de distração, na preparação de um cuidado invasivo e doloroso, etc (...).”</p>	
--	--	--	--

		<p>“(…) nos cuidados que presto (…).”</p> <p>“Durante os cuidados de enfermagem e sempre que consigo (…).”</p> <p>“Principalmente durante procedimentos invasivos como pensos, punções administração de terapêutica e sempre que for importante e necessário como forma de distração, facilitando a comunicação.”</p> <p>“Na execução de penso operatório, punções venosas, por vezes na administração de terapêutica, monitorização de sinais vitais.”</p>	
	B3 - Expressão de Sentimentos	<p>“(…) ajudando a criança a expressar os seus medos perante o desconhecido (…).”</p> <p>“(…) a criança parece ficar menos receosa do procedimento e expressa isso (…).”</p> <p>“(…) utilizo o brincar como técnica expressiva, pois a criança é capaz de expressar sentimentos, medos, vivências e dificuldades brincando (…).”</p> <p>“(…) a criança adquire confiança e expressa os seus medos acerca de determinados procedimentos (…).”</p> <p>“(…) muitas vezes através do brincar, sem ser necessário a criança falar, expressa muitos dos sentimentos, retratando-os nos seus bonecos e/ou pelos gestos que assume.”</p>	5
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>	<b>Total de Unidades de Enumeração</b>

<p><b>C – Pertinência do Projecto Hospital dos Pequenos</b></p>	<p>C1 - Qualidade dos Cuidados</p>	<p>“(...) diminuição do tempo gasto em algumas intervenções; crianças mais satisfeitas e mais tolerantes ao internamento.”</p> <p>“(...) facilita a prestação de cuidados com mais qualidade e confiança, atendendo ao desenvolvimento da criança e às suas necessidades (...)”</p> <p>“(...) arrisco-me a dizer que um projecto destes pode vir a diminuir o recurso a analgésicos; aumento da qualidade dos cuidados visto atender todas as dimensões (...)”</p> <p>“O uso de brinquedos e de brincadeiras com finalidade terapêutica, tem efeito positivo no alívio da dor, do tratamento e na relação do profissional-criança.”</p> <p>“Fundamental para a melhoria e promoção do bem-estar da criança (...)”</p> <p>“(...) vai proporcionar uma recuperação mais rápida da sua patologia, diminuindo o tempo de internamento.”</p> <p>“(...) vai minimizar traumas futuros aos técnicos e instituições de saúde (...)”</p> <p>“(...) será um passo muito grande no aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem (...)”</p> <p>“(...) é uma forma excelente para humanizar o cuidado de enfermagem em Pediatria, tornando assim o enfermeiro um parceiro na vivência d criança/família no seu dia-a-dia a nível hospitalar.”</p>	<p>9</p>
---	------------------------------------	---	----------

	C2 - Expressão de Sentimentos	<p>“(…) irá ajudar as crianças a expressar os seus sentimentos; diminuir os medos e anseios na execução dos procedimentos.”</p> <p>“(…) ajuda a criança a integrar positivamente as contingências diárias, promovendo o seu auto-controle e expressão de sentimentos.”</p> <p>“(…) é elementar como método de escape á dor; factor de consciencialização da criança e da sua doença; projecção de vivências (….) ajuda o profissional a se aperceber dos sentimentos e envolvimento dos cuidados na criança (….)”</p> <p>“(…) ajuda a desmistificar alguns medos e a criança mais facilmente expressa-os (….)”</p> <p>“(…) através da brincadeira a criança é capaz de expressar os seus sentimentos e desenvolver estratégias para poder lidar com a situação (….)”</p> <p>“(…) ajuda as crianças a se desenvolverem, a crescerem, a serem mais autónomos e a terem um maior autocontrolo.”</p> <p>“(…) é uma forma de ajudar as crianças a exprimir o que sentem (….)”</p>	7
	C3 - Adesão/Envolvimento nos Cuidados	<p>“(…) este projecto ira contribuir para melhorar a relação enfermeiro-criança, permitindo deste modo a colaboração da criança em algumas intervenções (….)”</p> <p>“(…) crianças menos assustadas e com medo das intervenções (….)”</p>	9

		<p>“(…) as crianças iram entender que as enfermeiras não dão só picas e iam perceber melhor as “coisas” que nos fazemos (…).”</p> <p>“(…) vai ensinar as crianças de forma lúdica a importância do tratamento a que está a ser submetida, familiarizar-se com o material usado pela equipa de enfermagem (…).”</p> <p>“(…) as crianças iram perceber melhor os cuidados, desmistificando-se os medos perante os tratamentos e cuidados.”</p> <p>“Vai diminuir o medo e a ansiedade e permitir a aceitação dos tratamentos.”</p> <p>“(…) para proporcionar uma melhor adesão aos cuidados.”</p> <p>“Ensinar às crianças através de jogos e brincadeiras a importância dos tratamentos, teria toda a pertinência permitindo que estas interpretem os tratamento e internamento de forma mais calma, diminuindo os receios e permitindo um maior envolvimento (…).”</p> <p>“(…) na diminuição do “sofrimento” que a hospitalização e os procedimentos executados causam ou poderão causar, facilitando a sua envolvência nos mesmos.”</p>	
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>	<b>Total de Unidades de Enumeração</b>

<p><b>D – Factores Limitadores</b></p>	<p>D1 - Disponibilidade dos Profissionais (Enfermeiros)</p>	<p>“(…) pouca disponibilidade quando o numero de crianças é elevado (…).”  “(…) falta de profissionais (numero de horas de cuidados elevado) (…).”  “(…) enfermeiros disponíveis (…).”  “(…) tempo disponível dos enfermeiros para colaborar no projecto (…).”  “(…) poucos enfermeiros por turno para o numero de crianças que temos (…).”  “(…) falta de recursos humanos (…).”  “Falta de tempo (…) de profissionais (…).”  “(…) recursos humanos? (…).”  “Falta de tempo por parte dos profissionais (…).”  “Falta de tempo dos profissionais (…).”  “Falta de tempo.”  “Por vezes a falta de disponibilidade por parte da equipa, atendendo ao numero de crianças internadas e necessidade de cuidados especializados (…).”</p>	<p><b>12</b></p>
	<p>D2 - Local onde Realizar</p>	<p>“(…) falta de espaço apropriado (…).”  “(…) falta de espaço (…).”  “(…) espaço? (…).”  “(…) espaço próprio.”</p>	<p><b>4</b></p>
	<p>D3 - Material</p>	<p>“(…) material.”</p>	

		<p>“(…) material adequado.”</p> <p>“(…) apenas o material (…).”</p>	<b>3</b>
	D4 - Nenhum	<p>“(…) nenhum!”</p> <p>“(…) não vejo nenhum factor que possa limitar a implementação do projecto.”</p> <p>“Nenhum, as pessoas conhecedoras da Infância e da Enfermagem Pediátrica só o podem querer.”</p> <p>“Na minha opinião, se todos colaborarem não vão haver limitações.”</p> <p>“Não considero que haja grandes obstáculos à concretização deste projecto.”</p>	<b>5</b>

---

**QUESTIONÁRIO REALIZADO AOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE PEDIATRIA DO  
HOSPITAL DR NÉLIO MENDONÇA**

No âmbito do **Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**, eu, Tânia Rubina de Sousa Henriques, encontro-me a desenvolver um Projecto Individual subordinado à temática **“O Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro – Criança”**. Deste modo, peço a colaboração de todas os Enfermeiros deste serviço, para o preenchimento deste breve questionário com o intuito de servir de diagnóstico de situação, de forma a dar o melhor seguimento possível ao meu projecto.

Sem outro assunto de momento, agradeço deste já a vossa colaboração, garantindo a confidencialidade dos dados obtidos.

1 - Idade  Anos

2 - Tempo de Exercício Profissional

<input type="checkbox"/>	2 - 5 anos
<input type="checkbox"/>	6 - 10 anos
<input type="checkbox"/>	> 10 anos
<input type="checkbox"/>	> 20 anos

3 - O que pensa enquanto Enfermeira a trabalhar no Serviço de Pediatria do brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro - criança?

---

---

---

---

---

---

---

---

4 - Na sua prática profissional diária utiliza o brincar para se relacionar com a criança?

---

---

---

---

---

---

---

---

5 - Em que contextos?

---

---

---

---

---

6 - Mediante o acima descrito, qual a pertinência da implementação do Projecto Hospital dos Pequeninos?

---

---

---

---

---

7 - Que aspectos poderiam limitar a implementação do Projecto Hospital dos Pequeninos?

---

---

---

---

---

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

---

**ANEXO II - CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO**

HOSPITAL DR. NÉLIO MENDONÇA  
SERVIÇO DE PEDIATRIA - 5º PISO



PROJECTO:

Brincar Como Instrumento Terapêutico da  
Relação Enfermeiro - Criança

Prelectora: Tânia Rubina de Sousa Henriques

Orientadora: Prof. Elisabete Nunes

Tutora: Enfra Bernardete Fernandes

Dias: 14, 15 e 16 de Março de 2011/14.30H

Gabinete Médico

---

**ANEXO III - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

SERVIÇO DE PEDIATRIA 5º PISO – HOSPITAL DR NELIO MENDONÇA

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**Data/Hora:** 14,15 e 16 de Março/14.30 h    **Local:** Gabinete Médico    **Formador:** Tânia Henriques

<b>Tema</b>	<b>Objectivos</b>	<b>Conteúdo Programático</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>	<b>Participantes</b>
<b>O Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro - Criança</b>	- Enquadramento do tema;	- <b>Apresentação do formador;</b>	- Método expositivo e interactivo	- Data show	5 minutos	- Equipe de Enfermagem do Serviço de Pediatria
	- Abordar a Hospitalização, os cuidados centrados na família e os cuidados atraumáticos;	<b>enquadramento do tema; objectivos; estrutura da sessão.</b>			10 minutos	
	- Explicar à Equipa de Enfermagem quais os factores de stress da hospitalização e como podemos fazer destes potenciais geradores de crescimento e desenvolvimento nas crianças hospitalizadas;	- <b>Hospitalização:</b> - <u>Cuidados Centrados na Família;</u> - <u>Cuidados Atraumáticos:</u> • Cuidar terapêutico - <u>Factores de Stress da Hospitalização</u> • Intervenções de Enfermagem			10 minutos	
	- Informar a Equipa de Enfermagem sobre o brincar terapêutico, os seus benefícios e princípios orientadores;	- <b>Brincar Terapêutico:</b> - <u>Finalidades do Brincar no Hospital</u>			15 minutos	
	- Explicar à Equipa de Enfermagem o Projecto Hospital dos Pequeninos por forma a fornecer bases, esclarecer duvidas e a capacitar a Equipa de Enfermagem para uma colaboração na implementação do mesmo.	- <b>Projecto:</b> - Objectivos Gerais e Específicos; - População Alvo; - Critérios de Selecção; - Guião da Intervenção; - Indicadores de Avaliação;			5 minutos	
		<b>Conclusões</b>				

---

**ANEXO IV - FORMAÇÃO ENFERMEIROS SERVIÇO**

HOSPITAL Dr. HÉLIO MENDONÇA  
SERVIÇO DE PEDIATRIA - IPMSO

Brincar Como Instrumento Terapêutico  
da Relação Enfermeiro - Criança

### HOSPITAL DOS PEQUENINOS



Proletora: Tânia Toubina de Sousa Henriques  
Orientadora: Prof. Elizabeth Nunes  
Tutor: Sofia Bernardete Fernandes

Março de 2011

## A HOSPITALIZAÇÃO

Os Cuidados de Enfermagem  
na área da Pediatria



Cuidados Centrados Na Família



O RESPEITO  
A COLABORAÇÃO  
O APOIO



Algren (2006)

## CUIDADOS ATRAUMÁTICOS



CUIDAR TERAPEUTICO



- evitar ou suavizar o afastamento da criança da sua família;
- estimular um sentido de controle;
- evitar ou minimizar a dor corporal.



NÃO CAUSAR NENHUM MAL

Winkler (2006)

A doença e a hospitalização são as  
primeiras crises que a criança tem de  
enfrentar



### Fatores de Stress da Hospitalização:

- a separação, perda de controle,  
as lesões corporais e dor.

As crianças reagem a estas  
adversidades de acordo com o seu  
estádio de desenvolvimento, com  
as suas experiências anteriores de  
hospitalização e doença e com os  
seus próprios mecanismos de  
defesa adquiridos.



Algren (2006)

## OS PRINCIPAIS FACTORES DE STRESS NA CRIANÇA HOSPITALIZADA

- Stressores Físicos
- Stressores Psicológicos
- Stressores Ambientais

Whaley & Wong (1999)

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Método de trabalho por enfermeiro responsável;
- Promover um ambiente hospitalar onde haja cor, alegria, espaço para brincar;
- Colocar, sempre que possível os cateteres endovenosos permeáveis nos períodos de abertura da sala de actividades (na impossibilidade de permeabilizar o cateter, acompanhar a criança com a bomba perfusora até à sala de actividades); se a criança estiver restrita à enfermaria providenciar brinquedos;
- Os cateteres endovenosos periféricos devem ser colocados, quando possível, no membro superior esquerdo ou direito (dependendo da mão dominante da criança; com a qual ela escreve), facilitando o brincar, a escrita e a autonomia da criança em geral;

Mendes e Cortigosa citados por Metta e Giussani (2004)

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Promover o acompanhamento escolar, encaminhando para a professora do serviço;
- Promover o convívio entre crianças da mesma faixa etária;
- Incentivar a presença constante de uma pessoa significativa;
- Estimular a presença dos pais durante as intervenções;
- Orientar os pais para a necessidade da criança estar acompanhada dos seus objectos pessoais, tais como, a chucha, a "naninha", chocalhos ou o seu brinquedo preferido
- Programar os cuidados à criança de modo a não interromper os seus momentos recreativos.

Mendes e Cortigosa citados por Metta e Giussani (2004)

## Políticas de Saúde Antigas VS Políticas de Saúde Actuais

Barros (2008)

## HOSPITALIZAÇÃO → BENÉFICA



- Constituir uma oportunidade para a criança aprender a lidar com o stress e desenvolver mecanismos de defesa;
- A socialização;
- Relações positivas com os elementos da equipa de saúde;
- Uma relação mais próxima com os seus pais e familiares;
- Capacidade para lidar com a dor, estar num sítio estranho e longe de casa;
- Fornecer mecanismos para poder lidar eficazmente com os agentes stressores com os quais se depara.

Algra (2004); Barros (2004)

MEDIANTE A IDADE DA CRIANÇA AS REACÇÕES À HOSPITALIZAÇÃO SERÃO EVENTUALMENTE DIFERENTES E ADEQUADAS AO SEU ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO.

Barros (2004)

## HOSPITALIZAÇÃO/DOENÇA VS IDADE DA CRIANÇA E ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO

- CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR
- CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR

Algra (2004)

O fornecimento de informação objectiva sobre as situações potenciais geradoras de stress facilita o confronto com as mesmas, dado que se formam esquemas cognitivos que aumentam o grau de previsibilidade, diminuem a discrepância entre o esperado e o concreto e aumentam a capacidade para compreender e interpretar a experiência para enriquecimento futuro.

Barros (2004)

## BRINCAR TERAPÊUTICO

- Século XX → Declaração da International Play Association (1962)
- Convenção dos Direitos da Criança (1989)
- Declaração dos Direitos da Criança das Nações Unidas

O brincar terapêutico auxilia a criança a desenvolver mecanismos de coping, com o intuito de ultrapassar a situação de crise que se encontra a viver.

Durante o período de internamento hospitalar o brincar terapêutico influi no restabelecimento físico e emocional da criança, permitindo uma vivência mais alegre e menos traumatizante.

Motta e Enumo (2004), Russ (1998)

O brincar no hospital pode ser dirigido ou livre

↓

O primeiro exige uma estruturação e organização específicas onde a criança pode manipular e explorar o material com o qual se depara durante o internamento e o segundo é espontâneo e não exige nenhuma estruturação, permitindo que a criança brinque com todos os materiais disponíveis para o efeito.

Oliveira, Elias e Morozzi (2008) e Algren (2006).

A necessidade de adaptar o brincar à idade e desenvolvimento da criança, a necessidade de reconhecimento e valorização do brincar por parte dos enfermeiros e a necessidade de enquadrar o brincar no plano de cuidados de enfermagem

Leiteux-Anglais Sawyer (1993)

É importante que os enfermeiros consigam ajudar a criança a ultrapassar a crise do internamento, bem como ajuda-la a obter um crescimento positivo com esta experiência.

Neste sentido torna-se fundamental que os enfermeiros saibam valorizar e incrementar formas de expressão na criança hospitalizada, pois assim é possível conhecer e compreender melhor o mundo da criança internada.

Os jogos e as brincadeiras constituem a linguagem universal das crianças e são um dos mais importantes meios de comunicação e de aprendizagem, promotores do desenvolvimento intelectual, sensório-motor, social, criativo, de auto-conhecimento e moral.

Batista (2004)

As actividades lúdicas devem ser utilizadas pelos profissionais de saúde que se relacionam com a criança como um grande espelho do seu mundo real e imaginário, promovendo o processo de hospitalização.

Festas (1994)

### Finalidades do Brincar no Hospital

- Ajudar a criança a sentir-se mais segura num ambiente que para ela é estranho e desconhecido;
- Proporcionar diversão e relaxamento;
- Minimizar a ansiedade de separação;
- Facilitar a expressão de sentimentos;
- Estimular a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos profissionais de saúde e às outras crianças internadas;
- Actuar com a finalidade de atingir metas terapêuticas e oferecer à criança a possibilidade de fazer escolhas.

Batista (2004) e Festas (1994)

Podem ser utilizados brinquedos que abordem temas hospitalares, como sendo, instrumentos cirúrgicos, de exames e de procedimentos médicos em miniatura de plástico, roupas idênticas às da equipa de saúde, materiais utilizados pela equipa de enfermagem, livros de histórias com temáticas referentes à hospitalização, entre outros.

Oliveira, Dias e Roazzi (2003)

O ambiente onde esta sessão decorre deverá ser seguro e acolhedor e que facilite a presença de um adulto que encoraje a criança a expressar os seus sentimentos.

Cintra, Silva e Ribeiro (2006)

Podem ser utilizados bonecos vestidos de enfermeiros, médicos e/ou outros profissionais de saúde; podem ser usados ursos de peluche, bonecas com cateteres endovenosos, com sondas nasogástricas para a criança poder manipular, atendendo-se ao facto de ser mais vantajoso quanto mais semelhante ao estado actual da criança for.

Manabeira, Fúrril, Jorge e Pereira (2007)

## OBJECTIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

### Objectivo Geral:

- promover o brincar como fundamento terapéutico da relação enfermeiro-criança.



### Objectivos Específicos

## POPULAÇÃO ALVO

Desenvolvimento Intelectual – Piaget  
Desenvolvimento Psicossocial – Erikson  
Algren (2006)



3 aos 12 anos

## CRITÉRIOS DE SELECÇÃO

- Têm de ter idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos de idade;
- Têm de estar estáveis do ponto de vista hemodinâmico para poderem ir à sala de actividades;
- Não possuírem algum tipo de restrição referente à patologia pela qual estão internados, exemplo: repouso absoluto, isolamento e/ou outro que os impeça de se poderem deslocar até à sala de actividades;
- Ter autorização do acompanhante (pai/mãe) e/ou pessoa significativa para o mesmo e estarem dispostas a participar.

O horário será preferencialmente no turno da tarde - pelas 17 horas

Podrá ser realizada no turno da manhã ao fim de semana, pelas 11h

Colocar em prática este projecto pelo menos 2 vezes por mês e sempre que for necessário, atendendo à grande mobilidade de crianças do Serviço, ao número de crianças internadas e ao tempo médio de internamento das mesmas, seguindo-se o guião em anexo.

## ACTIVIDADE A DESENVOLVER

### HOSPITAL DOS PEQUENINOS

## INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Análise das grelhas de observação e das observações feitas em campo pela enfermeira (no caso das crianças dos 3 aos 6 anos), assim como, pelo feedback dado pelos pais e/ou familiares significativos das mesmas.

Nas crianças dos 7 aos 12 anos para além da análise das grelhas de observação e das observações feitas em campo pela enfermeira, será ainda aplicado um questionário às crianças dos 10 aos 12 anos com a finalidade de perceber de que forma esta actividade ajuda a lidar com os factores potenciais geradores de stress nestas crianças, promovendo uma capacidade de ajustamento à hospitalização e a expressão de sentimentos.

## CONCLUSÃO

As consequências da inclusão do brincar na prática diária dos cuidados de enfermagem e pelo que a bibliografia afirma, são sugestivas de resultados terapêuticos nas crianças, pois o brincar auxilia a construção de uma relação de confiança entre ambos os parceiros (profissionais de saúde, no caso, enfermeiros, e crianças), promovendo a adaptação e aprendizagem de determinadas dinâmicas e procedimentos de forma positiva e enriquecedora, fazendo da hospitalização uma oportunidade para o crescimento e desenvolvimento emocional e cognitivo, constituindo-se numa experiência positiva.

## BIBLIOGRAFIA

- Abravanel, M., & Leitão, M. (2000). *Psicologia*. Ana Líbion Avesal Editor.
- Algras, C. (2006). Cuidado Central da Família de Criança durante a Doença e Hospitalização. In Hochstedler, M., Wilcox, D., & Willstedler, M. (eds.), *Handbook of Pediatric Psychology* (2nd ed.) (p. 407-408). Rio de Janeiro: Macky Editora.
- Articis et al. (2004). A Criança, o Hospital e o Trabalho: revisão de investigação em enfermagem. *3*(1), 8-13.
- Barros, L. (2000). *Psicologia Psiquiátrica: Perspectiva Psicanalítica* (2ª ed.). Líbion Ciências Editoras.
- Cleary, S., Silva, C., & Willcox, C. (2006). O ensino de brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem na cidade de São Paulo: revisão integrativa de enfermagem. *39* (4), 437-404.
- Dowdy, M. (1994). Use Therapeutic Interventions in Hospital. *Nursing*, *17*(3), 12-16.
- Ferlin, C. (1994). Valorizar as Expressões de Criança durante a Hospitalização. *Revista* 4(2), 320-329.
- International Play Association - [www.ipaonline.org](http://www.ipaonline.org) [Consulted 17 February 2011].

## BIBLIOGRAFIA

- Marcolino, A., Furlan, A., Jorge, A., & Ferlin, C. (1997). O Jogo no desenvolvimento infantil. *Nursing - revista Brasileira de Enfermagem*, *1*(1), 29-32.
- Motta, A., & Guana, S. (2004). Brincar no Hospital: estratégias de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo* 9 (1), 19-28.
- Leider-Anglin, L., Simons, E. (Sep/Oct 1998). Incorporating play interventions into nursing care. *Pediatric Nursing*, *12* (8), 469-480.
- Cleary, S., Diaz, M., & Vozzati, A. (2006). O Lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 19 (1), 1-13.
- Katz, S. (1998). Play, creativity, and adaptive functioning: implications for play interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27* (4), 469-480.
- Walker, C. (1988). Use of art and play therapy in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, *3* (1), 1-10.
- Willstedler, M. (2006). Perspectivas de Enfermagem Psiquiátrica. In Hochstedler, M., Wilcox, D., & Willstedler, M. (eds.), *Handbook of Pediatric Psychology* (2nd ed.) (p. 2-23). Rio de Janeiro: Macky Editora.
- Wong, D. (1998). *Whately's Young Children's Psychology: concepts and applications*. *Intervention* (2nd ed.). Rio de Janeiro: Quaterna Koenig.

---

**ANEXO V - FOLHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO**

**SERVIÇO DE PEDIATRIA 5ª PISO – HOSPITAL DR NELIO MENDONÇA**

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO – AVALIAÇÃO DA ACÇÃO**

Tema \_\_\_\_\_

Formador(es) \_\_\_\_\_

Duração \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

<b>APRECIACÃO GLOBAL</b>	<b>Discorda Totalmente</b>	<b>Discorda</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda Totalmente</b>
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
2. Os objectivos da acção foram atingidos				
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil				
4. Favoreceu a aquisição/consolidação de conhecimentos				
5. A teoria foi relacionada com a prática				
6. A formação apresentou elevado nível técnico-científico				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes				

<b>ORGANIZAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO</b>	<b>Discorda Totalmente</b>	<b>Discorda</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda Totalmente</b>
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida				
10. As instalações foram adequadas				
11. A duração da formação foi adequada				
12. O horário da formação foi adequado				
13. A divulgação da formação foi suficiente				

Classifique o(os) **formador(es)** utilizando a seguinte escala:

A - Insuficiente    B - Suficiente    C - Bom    D - Muito Bom    E - Excelente

<b>FORMADOR (ES) E METODOLOGIA</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
14. Domínio dos conteúdos apresentados					
15. Facilidade da transmissão de conhecimentos					
16. Clareza na transmissão de conhecimentos					
17. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos					
18. Interação com o grupo					
19. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas					
20. Gestão de tempo					
21. Pontualidade					

22. Comentários e sugestões de melhoria:

--

**Obrigado Pela Sua Colaboração!**

---

**ANEXO VI - AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO**

## **1. AVALIAÇÃO DAS ACCÇÕES DE FORMAÇÃO**

Mediante a análise da folha de avaliação da acção do Serviço, preenchida pelos 29 enfermeiros que assistiram às formações nos dias 14, 15 e 16 de Março de 2011 pude aferir que o balanço geral, no que concerne aos itens apreciação global, organização da acção de formação e formador e metodologia utilizada, foi muito positivo.

Passo seguidamente a apresentar os dados obtidos através da análise estatística com recurso ao programa Excel 2003 e à apresentação dos mesmos em tabelas e gráficos.

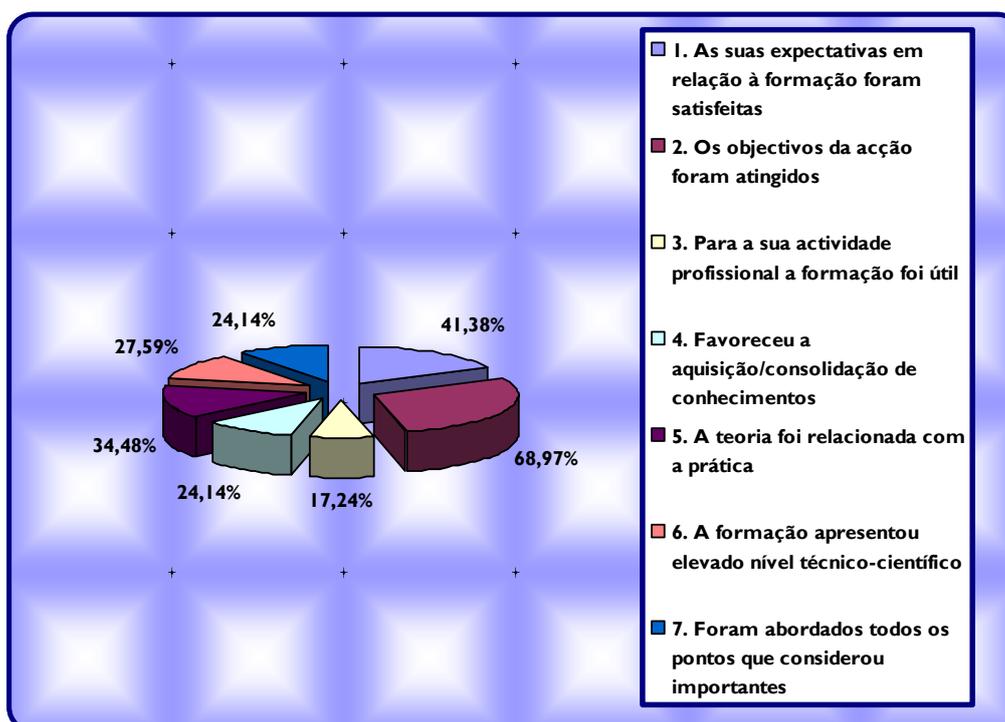
### **1.1 Apreciação Global**

No que se refere ao item apreciação global e como podemos constatar na tabela 8 e gráficos 8 e 9, as avaliações feitas pelos enfermeiros, neste item, referiram-se apenas aos itens concorda e concorda totalmente, pelo que os itens discorda totalmente e discorda não foram assinalados. Podemos deste modo aferir que apenas no ponto 2 da apreciação global (os objectivos da acção foram atingidos) é que o item concorda teve uma incidência maior do que o item concorda totalmente, com 68,97% e 31,03% respectivamente. Nos restantes pontos da apreciação global o item concorda totalmente foi sempre superior ao concorda, tal como podemos aferir pelos dados abaixo descritos.

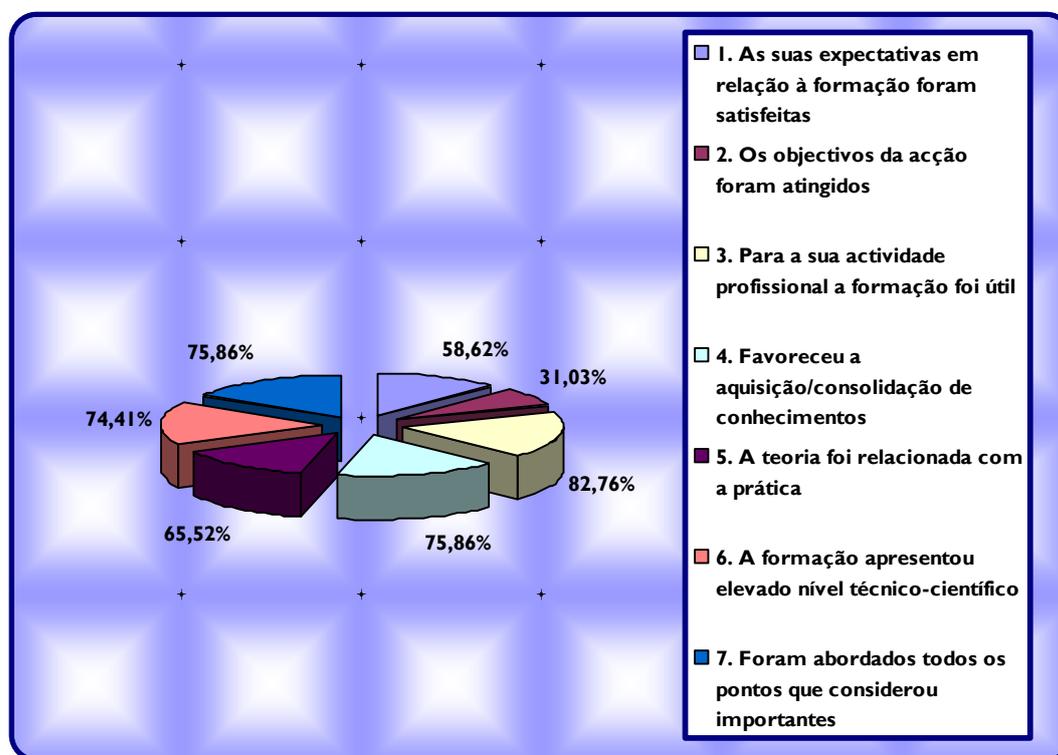
**Tabela 8: Distribuição dos itens Concorda e Concorda Totalmente da Apreciação Global da Formação**

APRECIÇÃO GLOBAL	Concorda (Fi)	Fr (%)	Concorda Totalmente (Fi)	Fr (%)	Total	
					Fi	Fr (%)
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas	12	41,38%	17	58,62%	29	100%
2. Os objectivos da acção foram atingidos	20	68,97%	9	31,03%	29	100%
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil	5	17,24%	24	82,76%	29	100%
4. Favoreceu a aquisição/consolidação de conhecimentos	7	24,14%	22	75,86%	29	100%
5. A teoria foi relacionada com a prática	10	34,48%	19	65,52%	29	100%
6. A formação apresentou elevado nível técnico-científico	8	27,59%	21	74,41%	29	100%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes	7	24,14%	22	75,86%	29	100%

**Gráfico 8: Distribuição do item Concorda da Apreciação Global da Formação**



**Gráfico 9: Distribuição do item Concorda Totalmente da Apreciação Global da Formação**



Desta forma, no que se refere à apreciação global da formação realizada, podemos aferir que os formandos, neste caso os enfermeiros do Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça, consideraram que esta formação em termos globais foi de encontro às suas expectativas, sendo útil para a prática diária favorecendo a aquisição e consolidação de conhecimentos.

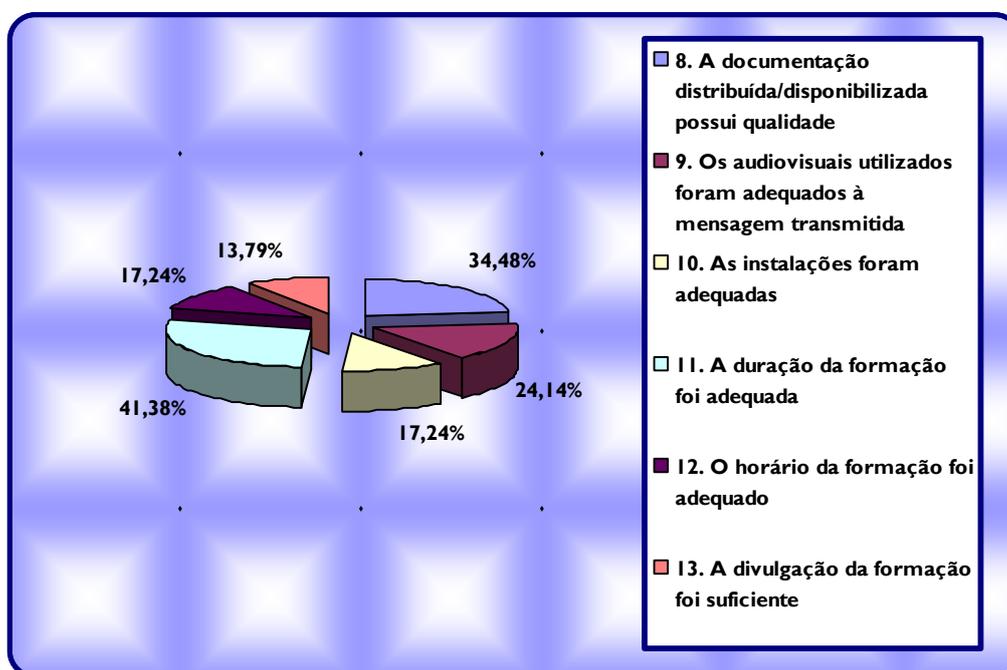
## 1.2 Organização Da Acção De Formação

Relativamente ao item organização da acção de formação, e como podemos verificar na tabela 9 e gráficos 10 e 11 abaixo apresentados, as avaliações feitas pelos enfermeiros referiram-se apenas aos itens concorda e concorda totalmente, pelo que os itens discorda totalmente e discorda não foram assinalados, não constando como tal na tabela. Podemos assim verificar que o item concorda totalmente foi superior ao item concorda em todos os pontos da avaliação da organização da acção de formação.

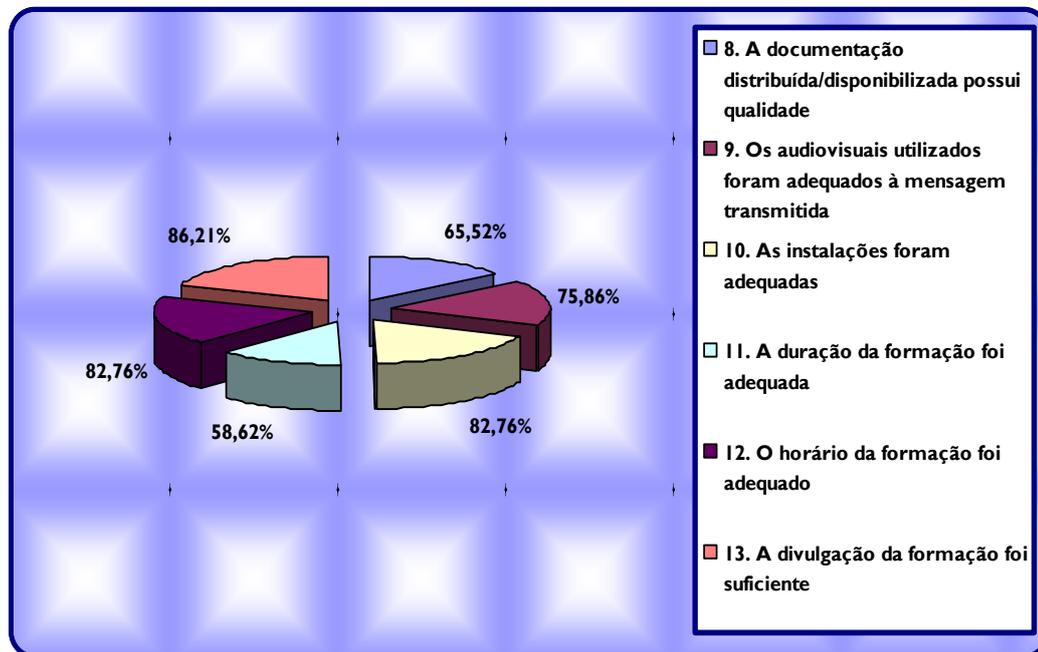
**Tabela 9: Distribuição dos itens Concorda e Concorda Totalmente da Organização da Acção de Formação**

ORGANIZAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO	Concorda (Fi)	Fr (%)	Concorda Totalmente (Fi)	Fr (%)	Total	
					Fi	Fr (%)
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade	10	34,48%	19	65,52%	29	100 %
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida	7	24,14%	22	75,86%	29	100 %
10. As instalações foram adequadas	5	17,24%	24	82,76%	29	100 %
11. A duração da formação foi adequada	12	41,38%	17	58,62%	29	100 %
12. O horário da formação foi adequado	5	17,24%	24	82,76%	29	100 %
13. A divulgação da formação foi suficiente	4	13,79%	25	86,21%	29	100 %

**Gráfico 10: Distribuição do item Concorda da Organização da Acção de Formação**



**Gráfico 11: Distribuição do item Concorda Totalmente da Organização da Acção de Formação**



Assim, podemos concluir que a avaliação que os enfermeiros realizaram relativamente à organização da acção de formação foi muito positiva, pois estes consideraram que os meios audiovisuais utilizados foram adequados, assim como as instalações, a duração da formação, o horário da mesma e a sua divulgação.

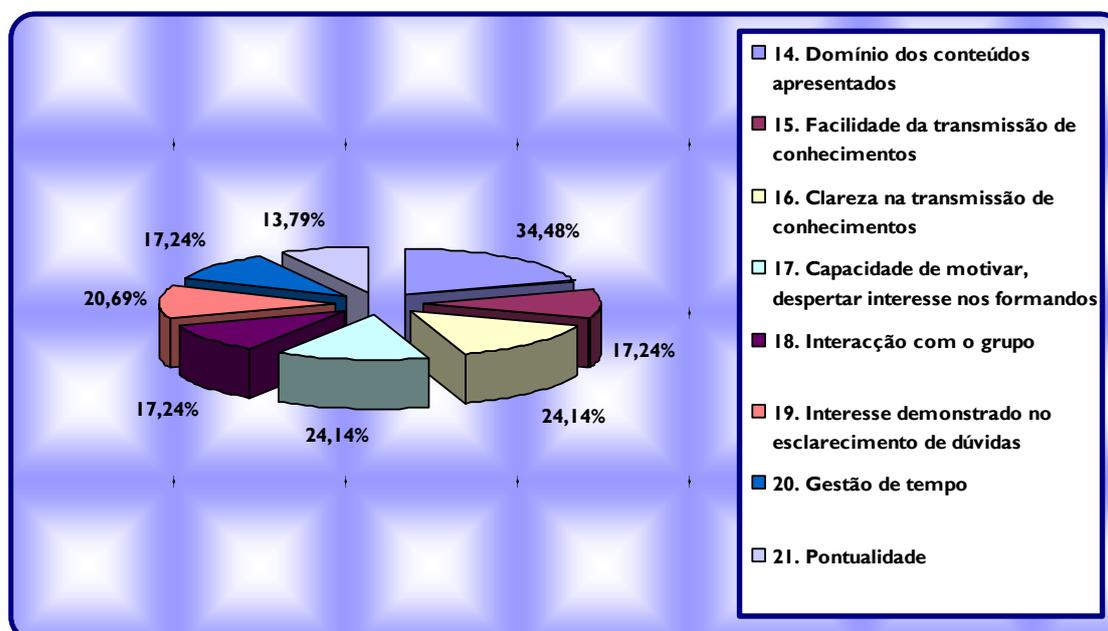
### 1.3 Formador (Es) E Metodologia

No que concerne ao item formador (es) e metodologia, as avaliações feitas pelos enfermeiros referiram-se apenas aos itens C – Bom e D – Muito Bom, pelo que os itens A – Insuficiente, B – Suficiente e E – Excelente não foram assinalados, não constando como tal na tabela. Tal como apresentado na tabela 10 e gráficos 12 e 13, podemos aferir que o item D – Muito Bom foi superior ao item C - Bom em todos os pontos da avaliação do formador (es) e metodologia.

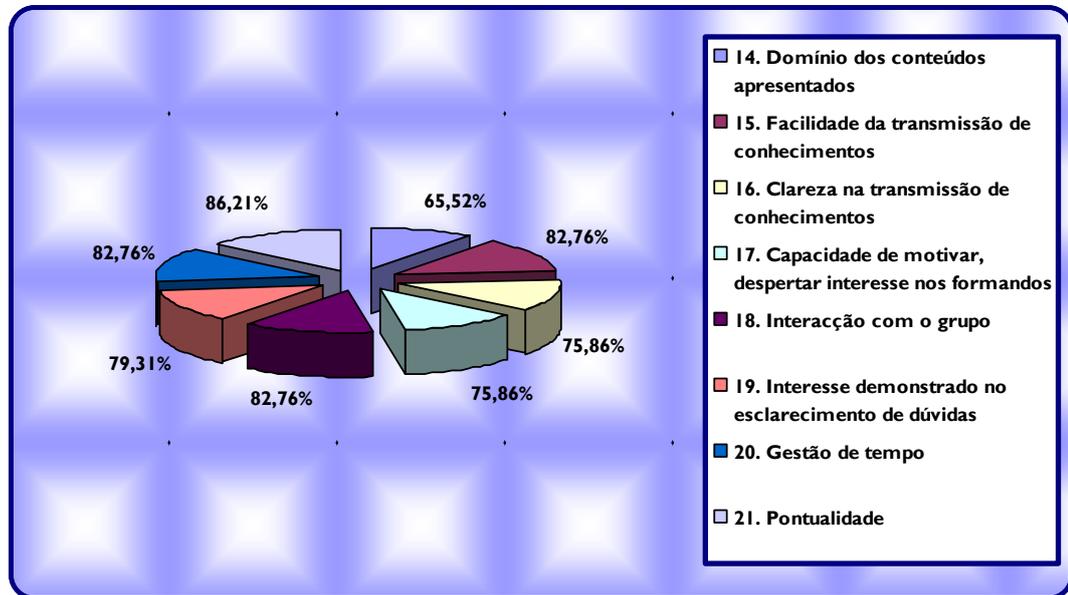
**Tabela 10: Distribuição do item C – Bom da Avaliação do Formador (es) e Metodologia**

FORMADOR (ES) E METODOLOGIA	C (Bom) (Fi)	Fr (%)	D (Muito Bom) (Fi)	Fr (%)	Total	
					Fi	Fr (%)
14. Domínio dos conteúdos apresentados	10	34,48%	19	65,52%	29	100%
15. Facilidade da transmissão de conhecimentos	5	17,24%	24	82,76%	29	100%
16. Clareza na transmissão de conhecimentos	7	24,14%	22	75,86%	29	100%
17. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos	7	24,14%	22	75,86%	29	100%
18. Interação com o grupo	5	17,24%	24	82,76%	29	100%
19. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	6	20,69%	23	79,31%	29	100%
20. Gestão de tempo	5	17,24%	24	82,76%	29	100%
21. Pontualidade	4	13,79%	25	86,21%	29	100%

**Gráfico 12: Distribuição do item C – Bom da Avaliação do Formador (es) e Metodologia**



**Gráfico 13: Distribuição do item D – Muito Bom da Avaliação do Formador (es) e Metodologia**



No que se refere à avaliação do formador e metodologia, os enfermeiros consideraram-na boa e muito boa (maioritariamente), assinalando que houve domínio dos conteúdos apresentados, facilidade e clareza na transmissão de conhecimentos, capacidade de motivar e despertar interesse nos formandos, esclarecimento de dúvidas e pontualidade.

No que concerne aos comentários e sugestões de melhoria, os enfermeiros que assistiram às formações e realizaram a sua avaliação relativamente às mesmas, não colocaram nada neste espaço.

Em suma a avaliação global destas sessões de formação é muito positiva, o que me leva a concluir que os enfermeiros gostaram da mesma e que estão muito motivados para a implementação deste projecto no serviço, estando agora muito mais “por dentro” do mesmo, sabendo quais os seus pressupostos, a sua dinâmica e de que forma podem e devem colaborar, pois afinal este será um projecto do serviço.

---

**ANEXO VII - PROYECTO**

HOSPITAL Dr. NÉLIO MENDONÇA

SERVIÇO DE PEDIATRIA – 5º PISO

PROJECTO

**O BRINCAR COMO INSTRUMENTO  
TERAPÊUTICO DA RELAÇÃO ENFERMEIRO-CRIANÇA**

**HOSPITAL DOS PEQUENINOS**



**Aluno: Tânia Rubina de Sousa Henriques**

**Sob Orientação da Prof. Elisabete Nunes**

**Tutora: Enfra Bernardete Fernandes**

**Funchal, Março de 2011**

## ÍNDICE

Págs.:

<b>0. INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>1. A HOSPITALIZAÇÃO E O BRINCAR TERAPÊUTICO</b> .....	6
<b>2. OBJECTIVOS GERAIS E ESPECIFICOS</b> .....	17
<b>3. POPULAÇÃO ALVO</b> .....	18
<b>4. CRITÉRIOS DE SELECÇÃO</b> .....	24
<b>5. ACTIVIDADES A DESENVOLVER</b> .....	25
<b>6. INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b> .....	29
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	30
<b>8. BIBLIOGRAFIA</b> .....	31
<b>9. ANEXOS</b> .....	33
<b>ANEXO I – Guião da Actividade – Hospital dos Pequeninos</b> .....	34
<b>ANEXO II – Grelha de Observação – Crianças dos 3 aos 6 anos de Idade</b> .....	39
<b>ANEXO III – Grelha de Observação – Crianças dos 7 aos 12 anos de Idade</b> .....	42
<b>ANEXO IV – Questionário a Aplicar às Crianças dos 10 aos 12 anos</b> .....	45

*Se eu pudesse roubava sorrisos  
para distribuí-los pelas crianças internadas...*

*Empunhava a minha varinha de condão  
e fazia-as melhorarem...*

*Se eu pudesse faria com que as crianças  
não tivessem de ser hospitalizadas...*

*Não tivessem de ficar doentes...*

*(Anónimo, 2011)*

## 0. INTRODUÇÃO

Enquanto profissão, a enfermagem tem-se mantido ao longo dos tempos em constante mutação. Na verdade, cada vez mais o enfermeiro procura ganhar a sua autonomia e liberdade de acção.

O trabalho do enfermeiro engloba a função de cuidar tanto na saúde como na doença, desde a concepção até a morte. Cuidar é de facto uma das características mais valiosas e importantes que a enfermagem tem para oferecer aos utentes.

Cuidar em enfermagem, tem por objectivo a protecção, a promoção e a preservação da dignidade humana, reunindo valores, conhecimentos e intervenções, visando atender às necessidades de cada indivíduo ajudando, educando e informando.

Os cuidados de Enfermagem têm como foco, ao longo de todo o ciclo vital, promover a saúde e os processos de readaptação após a doença e prevenir a mesma. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a máxima independência na realização das actividades de vida diária, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores - frequentemente através do cuidado centrado na família.

Para melhor compreender toda a dinâmica da saúde infantil e pediatria, sobretudo no que se refere às crianças hospitalizadas e encontrar resposta às concretas necessidades das mesmas, decidi desenvolver um projecto subordinado à temática “O Brincar Como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança”.

Ser Enfermeiro é um desafio muito exigente, uma vez que não é suficiente atender ao corpo doente, é também preciso atender às outras dimensões do ser humano, de forma a prestar um cuidado holístico.

Algren (2006), refere que a criança ao ser hospitalizada corre o risco de ficar afectada perante as adversidades da hospitalização, nomeadamente, por ter de lidar permanentemente com um ambiente desconhecido, com os tratamentos, estabelecer relações com diferentes profissionais de saúde e ainda encontrar um sentido para a doença. Todos estes aspectos constituem exigências para as quais necessita de mobilizar recursos.

A mesma autora acrescenta que criança hospitalizada pode sofrer alterações a nível do desenvolvimento cognitivo, pelo bloqueio temporário desse processo, manifestando-se por dificuldades de adaptação e percepção distorcida da realidade.

Os conhecimentos e as competências desenvolvidos pelos enfermeiros que prestam cuidados à criança são importantes para minimizar os efeitos da hospitalização.

Na sequência destes conhecimentos considera-se importante atender a todos estes aspectos como potenciais factores geradores de stress, tentando optimiza-los de forma a promover para a qualidade dos cuidados prestados.

É na interacção pais-filhos que se constroem os primeiros mecanismos psicológicos, que favorecem as estratégias de auto-protecção do indivíduo. Assim, a capacidade da criança dar respostas adequadas face às adversidades da hospitalização, sem que estas interfiram no seu desenvolvimento depende em grande parte da qualidade das relações interpessoais. Aqui emerge o papel do enfermeiro enquanto promotor da capacidade de ajuste da criança ao internamento.

Durante a hospitalização o brincar facilita a adaptação ao ambiente hospitalar, às rotinas do serviço, aos procedimentos técnicos e aos diferentes técnicos que lidam com a criança, tal como menciona Algren (2006).

Brincar facilita a comunicação enfermeiro/criança pois permite-lhe adoptar uma atitude descontraída e natural, contribuindo para o ambiente informal tão desejado no internamento da criança num Serviço de Pediatria. As actividades lúdicas são importantes nesta comunicação como forma de enfrentar uma situação de crise como é a hospitalização, pois as brincadeiras são uma forma de expressão de sentimentos, de emoções e de ansiedades que dificilmente teriam oportunidade de serem expressas de outra forma.

Através dos desenhos, pinturas e do faz-de-conta, a criança pode explorar as suas fantasias acerca de equipamentos hospitalares e procedimentos que assustam, de uma forma que não poderia exprimir verbalmente. As brincadeiras simbólicas, como fazer uma caneta de seringa e brincar com as bonecas, é uma forma de desmistificar os medos de determinados procedimentos, ajudando na compreensão dos procedimentos realizados e minimizando as experiências desagradáveis vivenciadas.

As crianças que demonstram interesse em brincar superam mais facilmente as dificuldades e angústias sentidas durante a hospitalização. Ao encorajarmos as brincadeiras, há uma partilha de sentimentos, e as crianças têm a oportunidade de se envolverem nos cuidados e sentem-se mais capazes, havendo também uma aproximação da família com os profissionais de saúde.

No nosso serviço, existe uma sala de actividades, existem educadoras e uma professora que dão apoio e ajudam as crianças nas suas brincadeiras. Mas eu sentia que faltava algo...um brincar terapêutico. Todos os enfermeiros deste serviço brincam e muito com as crianças, mas refiro-me à necessidade do contacto com alguns dos materiais que utilizamos em alguns procedimentos, o uso dos bonecos como recurso para o faz-de-conta, o paralelo que as crianças fazem ao poder manipulá-los, etc.

Foi durante a prática clínica que tenho vindo a desenvolver no Serviço de Pediatria que se foi desenhando a vontade de implementar o brincar terapêutico...o Hospital dos Pequeninos, onde as crianças pudessem cuidar elas próprias dos seus bonecos doentinhos, mexer nos materiais que utilizamos para realizar alguns dos procedimentos mais comuns, tais como, seringas de brincar, prolongamentos, soros, ligaduras, realizar pensos aos bonecos, avaliar a temperatura, dar de comer, etc, de forma a exprimirem os seus sentimentos e transporem para o brincar todas as dificuldades e advertências que surgiram durante o internamento.

Foi desta vontade sentida que no ano passado, com o intuito de comemorar o Dia Mundial da Criança, e com a colaboração de outros enfermeiros de serviços que também cuidam de crianças do Hospital Dr. Nélio Mendonça, elaborou-se um programa de actividades alusivos à criança, que promovesse a interacção entre crianças, pais e profissionais de saúde de uma forma divertida e educativa.

Integrado nesse programa estava o Hospital dos Pequeninos. Esta foi uma “brincadeira” muito bem recebida pelas crianças e seus pais. Foi deveras enriquecedor perceber que as crianças transpunham para os seus bonecos os tratamentos e procedimentos a que elas próprias havia sido submetidas, referindo-se, por exemplo, à pomada mágica utilizada antes das punções venosas (emla), entre outros. Senti naquela hora em que as crianças estiveram a cuidar dos seus bonecos, que o faz-de-conta é determinante para minimizar os efeitos da hospitalização e de alguma forma permitir que as crianças façam a paz com o serviço, promovendo um melhor ajuste à mesma.

Foi então que parti para a realização do mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria tendo por base o ideal de realizar um estágio com o intuito de implementar o Hospital dos Pequeninos como uma pratica constante no nosso serviço.

Assim sendo, passo a apresentar o projecto “O Brincar Como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro-Criança. Hospital dos Pequeninos”.

Este projecto está organizado da seguinte forma: primeiro abordarei a hospitalização e o brincar terapêutico, seguidamente apresentarei os meus objectivos gerais e específicos, a população alvo, os critérios de selecção, a actividade a desenvolver, os indicadores de avaliação e finalmente o guião do projecto, de forma a posteriormente ser apresentado a todos os enfermeiros deste Serviço, podendo dar-se continuidade ao mesmo.

## **I. A HOSPITALIZAÇÃO E O BRINCAR TERAPÊUTICO**

Cuidar em Pediatria, não é tarefa fácil! É uma arte, tal como pintar, cantar, criar. É preciso sentir-se “um pouco” criança para cuidar de crianças; é preciso perceber “um pouco” de Pediatria para cuidar de crianças; é preciso entrar no seu mundo e perceber toda a dinâmica envolvente. Trabalhar em Pediatria tem muito a ver com uma motivação pessoal, com características específicas da personalidade, permitindo cuidar da criança e da família, colocando-se ao seu lado e trabalhando em parceria, de forma a conquistar a confiança das mesmas. Os cuidados de Enfermagem na área da Pediatria estão intimamente relacionados com os cuidados centrados na família, potenciando-a como prestadora de cuidados e fomentando os cuidados antecipatórios. Estes reconhecem a família como uma constante na vida da criança. Segundo Winkelstein (2006), os três componentes do cuidado centrado na família são: o respeito, a colaboração e o apoio. As famílias são apoiadas na prestação de cuidados e na tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, se estes lhes reconhecerem essas habilidades quer no ambiente hospitalar quer em casa. A filosofia do cuidado centrado na família reconhece a diversidade de estruturas e culturas, os objectivos, os sonhos, as estratégias e os comportamentos, assim como, as necessidades de apoio e informação por parte das famílias. Deste modo cabe-nos a nós, profissionais de saúde, criar oportunidades para que todos os membros da família demonstrem as suas competências e adquiram novas de forma a dar resposta às necessidades expressas pela família e pela criança. O período de internamento hospitalar constitui uma excelente oportunidade para colocar esta máxima em curso.

Winkelstein (2006) fala-nos ainda dos cuidados atraumáticos como complemento dos anteriormente descritos. Estes cuidados subscrevem-se ao cuidar terapêutico, cujas intervenções eliminam ou diminuem o sofrimento físico ou psicológico decorrente dos mesmos, visando ao máximo reduzir os agentes stressores da criança e da família, com o objectivo prioritário de não lhe causar nenhum mal. Podemos desta forma, considerar cuidados atraumáticos, a preparação da criança para procedimentos desconhecidos, explicando o procedimento, atenuando a dor e promovendo brincadeiras e jogos de modo a que a criança possa escolher a melhor forma de expressar os seus medos e angústias. A meta prioritária na prestação de cuidados atraumáticos é não causar nenhum mal. Os três princípios que fornecem a estrutura para alcançar esta meta são: evitar ou suavizar o afastamento da criança da sua família; estimular um sentido de controlo e evitar ou minimizar a dor corporal. Os exemplos de cuidados sem traumas são aqueles em que é estimulada a presença e relação entre pais e filhos, em que a criança é preparada antes de qualquer procedimento desconhecido ou doloroso, em que a dor é controlada, em que é consentida a privacidade e

são providenciadas brincadeiras e jogos de forma a que as crianças possam expressar os seus medos, possibilitando a escolha e respeitando as diferenças culturais.

A hospitalização é, sem margem para dúvidas, um situação muitas vezes geradora de stress quer para a criança quer para a sua família, pois esta implica a saída do seu meio ambiente que lhe é familiar para um ambiente desconhecido; a separação dos irmãos e de outros familiares e a permanência muitas vezes morosa num ambiente com pessoas que lhe são estranhas e que a “invadem” com procedimentos muitas vezes dolorosos e para os quais não teve qualquer preparação previa. Algren (2006), refere que a doença e a hospitalização são efectivamente as primeiras crises que a criança tem de enfrentar, sublinhando que sobretudo nos primeiros anos de vida, as crianças são especialmente vulneráveis à doença e à hospitalização visto possuírem um número limitado de mecanismos para lidar com estas situações potenciais geradoras de stress. Acrescenta ainda que os principais factores de stress da hospitalização confinam-se à separação, à perda do controlo, às lesões corporais e à dor. As crianças reagem a estas adversidades de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, com as suas experiências anteriores de hospitalização e doença e com os seus próprios mecanismos de defesa adquiridos.

Neste sentido, Algren (2006), define que as principais metas para a criança hospitalizada são: a criança será preparada para a hospitalização; sofrerá pouca ou nenhuma separação; manterá uma sensação de controlo da situação; manifestará redução do medo de lesões corporais; sentirá uma redução na dor que seja suportável para ela; terá oportunidades de participar em actividades recreativas apropriadas ao seu desenvolvimento e terá o máximo de benefícios da hospitalização (p. 651).

Seguindo estes pressupostos, Whaley e Wong (1999), agruparam os principais factores de stress na criança hospitalizada em três aspectos essenciais: stressores físicos (dor e desconforto decorrentes de procedimentos invasivos; imobilidade decorrente da doença, podendo ser imposta ou necessária; privação de sono; impossibilidade de comer ou beber e alterações dos hábitos de eliminação), stressores psicológicos (falta de privacidade; incapacidade para comunicar decorrente da doença; inadequado conhecimento ou compreensão da situação e gravidade da doença) e os stressores ambientais (ambiente pouco familiar e estranho; sons, luzes e odores característicos do ambiente hospitalar; pessoas estranhas, entre outros).

Como foi referido anteriormente, o internamento hospitalar pode fazer com que a criança fique emocionalmente traumatizada, em maior grau do que a própria debilidade física provocada pela doença.

Mendez e Ortigosa citados por Motta e Enumo (2004), referem que este facto deve-se aos factores de stress inerentes ao internamento e que passo a referir: o ambiente hospitalar

em si; a quebra do ritmo quotidiano da vida, com as ausências à escola, a inactividade e o desviar da atenção para questões médicas referentes à doença; a perda da autonomia e intimidade (este factor de stress é o mais sentido nas crianças em idade escolar e por adolescentes) e o medo da separação dos pais (é o agente de stress mais importante nas crianças mais pequenas).

Um estudo de Crocker referenciado por Doverty (1994) indica que uma criança pode ser confrontada em média com 52 caras diferentes logo no primeiro dia de internamento. Torna-se portanto necessário reduzir o número de pessoas em contacto com cada criança, sendo o método de trabalho por enfermeiro responsável, um promotor do estabelecimento de relações terapêuticas com as crianças e seus pais.

Atendendo a este estudo e aos factores de stress referidos por Mendez e Ortigosa citados por Motta e Enumo (2004), emerge a necessidade de promover as seguintes intervenções de enfermagem: método de trabalho por enfermeiro responsável; promover um ambiente hospitalar onde haja cor, alegria, espaço para brincar; colocar, sempre que possível os cateteres endovenosos permeáveis nos períodos de abertura da sala de actividades (na impossibilidade de permeabilizar o cateter, acompanhar a criança com a bomba perfusora até à sala de actividades); se a criança estiver restrita à enfermaria providenciar brinquedos; os cateteres endovenosos periféricos devem ser colocados, quando possível, no membro superior esquerdo ou direito (atendendo à mão dominante na criança; com a qual ela escreve), facilitando o brincar, a escrita e a autonomia da criança em geral; promover o acompanhamento escolar, encaminhando para a professora do serviço; promover o convívio entre crianças da mesma faixa etária; incentivar a presença constante de uma pessoa significativa; estimular a presença dos pais durante as intervenções; orientar os pais para a necessidade da criança estar acompanhada dos seus objectos pessoais, tais como, a chucha, a “naninha”, chocalhos ou o seu brinquedo preferido e programar os cuidados à criança de modo a não interromper os seus momentos recreativos.

Barros (2003), sublinha que as políticas de saúde mais actualizadas organizam-se de forma a diminuir o número e o tempo de internamentos hospitalares, dado o reconhecimento das vantagens económicas desta atitude, assim como, os benefícios psicológicos e de saúde para os utentes. Na área pediátrica esta preocupação assume extrema relevância.

Actualmente, a criação de serviços especializados em Pediatria, as novas formas de tratamento, a preocupação acrescida com a dor na criança, a preocupação em reduzir ao mínimo os períodos de isolamento e de imobilidade, a redução do tempo de internamento e o melhoramento nas condições dos serviços, atendendo-se à especificidade dos mesmos, adequando-os às actividades habituais da criança, a presença de educadoras e professoras e sobretudo a possibilidade de acompanhamento por um familiar, contribuíram para uma

mudança muito importante na experiência da hospitalização por parte das crianças, segundo refere Barros (2003).

Reconhece-se que muitas das consequências problemáticas da hospitalização podem não ser muito evidentes durante a mesma, e começam a surgir no período pós-alta, no regresso a casa, quando a criança tem de retomar os hábitos e rotinas quotidianas, sendo necessários os pais estarem alerta para estas situações e saberem como lidar.

Apesar de tudo isto, a hospitalização pode ser também benéfica. O benefício mais claro é sem dúvida a recuperação do seu estado de saúde. Para além deste efeito, a hospitalização pode ainda constituir uma oportunidade para a criança aprender a lidar com o stress e desenvolver mecanismos de defesa adequados para confrontar os mesmos. A socialização é também um benefício, podendo a criança alargar a sua rede social e partilhar experiências e conhecimentos com as outras crianças hospitalizadas, tal como refere Algren (2006). Barros (2003) acrescenta ainda que a hospitalização pode ser uma ocasião propícia para a aprendizagem e desenvolvimento, visto que a criança pode beneficiar de relações positivas com os elementos da equipa de saúde e de uma relação mais próxima com os seus pais e familiares. A criança pode ainda aprender que tem capacidade para lidar com a dor, estar num sítio estranho e longe de casa e que a equipa multidisciplinar de saúde a pode ajudar a ficar boa e a diminuir o seu sofrimento, para além do que, esta experiência lhe pode fornecer mecanismos para poder lidar eficazmente com os agentes stressores com os quais se depara. Esta autora sublinha ainda que “(...) uma experiência hospitalar positiva é a melhor preparação para experiências posteriores do mesmo tipo.” (p. 75).

Certamente que todos concordamos que mediante a idade da criança as reacções à hospitalização serão eventualmente diferentes e adequadas ao seu estágio de desenvolvimento. Muitos estudos têm demonstrado que a hospitalização é uma experiência que afecta mais a primeira infância e o período pré-escolar, entre os 6 meses e os 4 anos de idade. Estes estudos referem este período como o mais problemático, visto tratar-se de um período em que a separação dos pais e a descontinuidade dos cuidados educativos é mais inquietante, tal como os cuidados prestados são percebidos como mais assustadores, como menciona Barros (2003). Deste modo os bebés mais pequenos estão em menor risco visto ainda não terem estabelecido relações de vinculação bastante fortes e que pudessem ser colocadas em risco com uma separação ainda que breve. Por seu lado, as crianças mais velhas estão mais preparadas devido às suas capacidades cognitivas, para conseguirem perceber a importância dos tratamentos, da separação e poderem controlar alguns dos seus medos e ansiedades.

Todos estes medos e ansiedades dependem de experiências anteriores de hospitalização, do nível de desenvolvimento da criança e também da patologia pela qual foi internada e dos tratamentos e cuidados que esta requer.

Parece-me então pertinente nesta altura sublinhar como as crianças em idade pré-escolar e escolar enfrentam a hospitalização, atendendo ao seu nível de desenvolvimento e ao cariz organizativo do meu projecto, que contempla as crianças destas idades.

Os conceitos de doença iniciam-se durante o período pré-escolar e são influenciados pelas capacidades cognitivas do estágio de desenvolvimento pré-operacional, tal como refere Algren (2006). Deste modo, as crianças em idade pré-escolar fazem pouca diferenciação entre eles e o mundo exterior, pois o seu pensamento é centrado nos eventos percebidos externamente e a causalidade baseia-se na proximidade de dois eventos. Assim, as crianças definem a doença de acordo com o que lhes é dito e a sua causa é vista como uma acção concreta que a criança faz ou deixa de fazer, o que implica um grau de responsabilidade e de auto-punição, como menciona a autora supracitada. Os conflitos psicosexuais das crianças nesta idade torna-as vulneráveis a ameaças de lesão corporal, ou seja, os procedimentos dolorosos, invasivos e outros, representam uma ameaça para as crianças em idade pré-escolar, uma vez que, o conceito de integridade corporal é ainda pouco desenvolvido. Podem desta forma reagir mediante uma injeção demonstrando mais preocupação com a retirada da agulha do que propriamente com a dor do procedimento, temendo que o local de punção não feche e que as suas “partes internas” saíam, tal como sublinha Algren (2006). O medo da mutilação é muito evidente nesta faixa etária, pelo que a perda de qualquer parte do corpo é ameaçadora. Por exemplo no caso dos meninos, o medo de castração dificulta e muito a compreensão de procedimentos cirúrgicos ou clínicos relativos à área genital, tais como a fimose, hipospádias, entre outros. Assim, deve evitar-se dizer palavras como “tirar”, “cortar”, entre outras, que podem levar à confusão e ao medo, visto que a sua compreensão em relação ao funcionamento do corpo é limitada. Esta autora sublinha ainda que as crianças em idade pré-escolar respondem mais favoravelmente a intervenções preparatórias perante determinados procedimentos, do que as crianças mais pequenas. A expressão verbal destas crianças evidencia o seu desenvolvimento em resposta ao factor stressante, pelo que podem gritar e dizer “sai daqui”, “deixa-me”, entre outras expressões. Por outro lado, podem ainda tentar persuadir o enfermeiro, pedindo para não dar a injeção que vão ser bonzinhos, etc. Algumas destas afirmações demonstram tentativas de evitar o procedimento, tal como, evidencia das percepções das crianças a respeito da experiência.

No que se refere às crianças em idade escolar, Algren (2006), refere que os medos em relação à natureza física da doença surgem nesta fase. Preocupam-se mais com a incapacidade, recuperação e/ou a possível morte do que com a dor. As crianças com doença crónica identificam os procedimentos invasivos como stressantes, enquanto por seu lado, as crianças com doenças agudas identificam mais os sintomas físicos. O facto das suas capacidades cognitivas estarem em desenvolvimento, faz com que estes tenham consciência do significado

das diferentes doenças, da importância vital de determinadas partes do corpo, dos possíveis riscos dos tratamentos, das consequências a médio e a longo prazo das lesões ou perda de função permanente e do significado da morte. Esta autora sublinha ainda que uma das preocupações da criança em idade escolar aquando da hospitalização é perceber e escutar que algo está mal, pois geralmente interessam-se pela sua saúde e doença e mesmo aquelas crianças que raramente fazem perguntas, demonstram conhecer em detalhe a sua patologia por estarem atentas ao que é dito ao seu redor ou ao seu familiar. A procura de informações constitui uma forma de lidar com o stress e manter uma sensação de controlo, apesar da incerteza relativa à doença. Deste modo, definem doença como “(...) uma série de múltiplos sintomas concretos, como os sinais de um resfriado, e vêem a causa principal como germes ou bactérias.” (Algren 2006, p. 644). Acreditam que podem evitar a doença se evitarem as pessoas com germes ou que a doença ocorre devido ao contacto físico e foi contaminada. Como tal, os sentimentos de culpa podem estar associados ao facto de ter ficado doente. É nesta idade e ainda segundo a mesma autora, que surgem as preocupações com os efeitos benéficos e prejudiciais dos tratamentos e procedimentos. Além de procurarem saber se um determinado procedimento lhes irá causar dor, querem saber para que serve, quais os seus benefícios e possíveis efeitos prejudiciais. Um exemplo destas atitudes é muito concreto e é o medo destas crianças da anestesia. Enquanto que as crianças em idade pré-escolar temem a máscara e o ambiente estranho, estas têm medo do que lhes poderá acontecer quando estiverem sob o efeito da anestesia, se vão acordar e se podem morrer. A preocupação com a privacidade e o pudor vão sendo cada vez mais evidentes e importantes. Esta autora acrescenta ainda que as crianças entre os 9 e os 10 anos demonstram menos medo da dor do que as crianças menores, pois aprendem métodos de lidar com o desconforto. Nesta idade existem crianças que preferem participar no procedimento e outras que optam por distanciar-se do mesmo, demonstrando não querer olhar. A maioria aprecia activamente uma explicação prévia do procedimento e preparação para tal, parecendo estar menos receosa por saber do que se irá tratar. As crianças em idade escolar raramente iniciam uma conversa onde expõem os seus sentimentos, sendo especialmente importante estar atento aos indícios não verbais, como a postura corporal, fâcias, silêncio, entre outros. Quando alguém identifica estas mensagens não verbais e evidencia vontade de ajudar, geralmente aceitam e agradecem.

Deste modo, o fornecimento de informação objectiva sobre as situações potenciais geradoras de stress facilita o confronto com as mesmas, dado que se formam esquemas cognitivos que aumentam o grau de previsibilidade, diminuem a discrepância entre o esperado e o concreto e aumentam a capacidade para compreender e interpretar a experiência para enriquecimento futuro, como afere Barros (2003).

A preparação para a hospitalização e os seus efeitos positivos tem vindo a ser estudados e cada vez mais está comprovada a sua eficácia e eficiência na redução do tempo de hospitalização e na diminuição dos efeitos negativos da mesma. Algren (2006) acrescenta ainda que os programas de jogo com bonecos em que a criança pode desempenhar o papel de médico ou enfermeiro que trata do boneco, administrando injeções ou medicamentos ou avaliando a temperatura, permitem dar informação e criar uma experiência de dessensibilização e de aprendizagem de estratégias de confronto. Este tipo de programa de intervenção tem a grande vantagem de permitir uma actuação individualizada, em que o enfermeiro vai necessariamente adaptando as suas acções às atitudes que observa por parte da criança. Aqui emerge a questão do brincar terapêutico.

Foi durante o século XX que a importância do brincar começou a ser reconhecida, nomeadamente através da Declaração da International Play Association (1961) e da Convenção dos Direitos da Criança (1989).

A Declaração dos Direitos da Criança das Nações Unidas (Fontes, 2008) é clara no artigo 7.º, ao mencionar que: “ A criança deve ter todas as possibilidades de se entregar a jogos e a actividades recreativas, que devem ser orientados para os fins visados pela educação; a sociedade e os poderes públicos devem esforçar-se por favorecer o exercício desse direito.”

Também a IPA – Associação Internacional para o Direito da Criança Brincar (criada na Dinamarca em 1961 e que actualmente conta com quase 50 países membros) refere que:

“ As crianças são a base que assenta o futuro do mundo. Ao longo da história e em todas as culturas, as crianças sempre brincaram. Brincar, a par da satisfação das necessidades básicas da nutrição, saúde, habitação e educação, é uma actividade fundamental para o desenvolvimento das capacidades potenciais de todas as crianças. Brincar é um acto instintivo voluntário e espontâneo. É uma actividade natural e exploratória. Brincar é comunicação e expressão, associando pensamento e acção; dá prazer e sentido de realização. Brincar abarca todos os aspectos da vida. Brincar ajuda as crianças no seu desenvolvimento físico, mental, emocional e social. Brincar é um meio de aprender a viver e não um mero passatempo”.

Deste modo o brincar assume-se como uma necessidade humana básica, e como tal, uma experiência rica e complexa, essencial ao desenvolvimento. Brincar ajuda a criança na sua adaptação à realidade pois para além de aprimorar o desenvolvimento intelectual, sensório-motor, social, criativo e de auto-consciência, pode também ser um instrumento terapêutico nos cuidados de enfermagem.

Walker (1988), refere que existem dois tipos de brincar em cuidados de saúde, a terapia pelo brincar e o brincar terapêutico. Ambos têm como benefícios o estabelecimento de uma relação entre o profissional e a criança e a possibilidade de permitir que a criança expresse os seus sentimentos, medos e receios relativos à sua vivência. No entanto o que

distingue a terapia pelo brincar do brincar terapêutico é que a primeira é utilizada pelos psicoterapeutas para diagnosticar um problema psicológico da criança e facilitar a libertação de tensões e o brincar terapêutico ajuda a criança a desenvolver e construir mecanismos de coping para enfrentar determinadas situações adversas, facilitando a expressão de sentimentos.

Russ (1998) sublinha que o brincar terapêutico auxilia a criança a desenvolver mecanismos de coping, com o intuito de ultrapassar a situação de crise que se encontra a viver. Durante o período de internamento hospitalar o brincar terapêutico influi no restabelecimento físico e emocional da criança, permitindo uma vivência mais alegre e menos traumatizante, tal como referem Motta e Enumo (2004), Russ (1998), entre outros.

O brincar no hospital, segundo Oliveira, Dias e Roazzi (2003) e Algren (2006), pode ser dirigido ou livre, ou seja, o primeiro exige uma estruturação e organização específicas onde a criança pode manipular e explorar o material com o qual se depara durante o internamento e o segundo é espontâneo e não exige nenhuma estruturação, permitindo que a criança brinque com todos os materiais disponíveis para o efeito.

Ainda segundo Algren (2006), existem algumas técnicas de comunicação criativa que podem ser utilizadas nas crianças durante o brincar, tais como: a técnica da terceira pessoa, que envolve a adopção de termos na terceira pessoa com recurso a fantoches, ursos ou bonecos – nesta situação as crianças sentem-se menos ameaçadas quando não se fala directamente delas, embora permita paradoxalmente que elas falem sobre si através dos bonecos; contar histórias de livros infantis, o que funciona como uma actividade de distração; contar histórias mutuamente, o que envolve a narração de histórias que se assemelham à situação particular que a criança está a viver, ainda que com algumas diferenças que a ajudam com os seus problemas; jogo de associação de palavras, em que é pedido à criança que diga a primeira palavra que lhe surge na mente, após ter ouvido uma palavra-chave; prós e contras, que consiste em seleccionar um tópico, tal como, “estar no hospital” e permite que a criança relacione, por exemplo, num desenho “cinco coisas boas e cinco coisas más” relativas a esse tópico. Estas actividades são expressivas e constituem uma oportunidade para a criança expressar as emoções e sentimentos que decorrem da hospitalização. É ainda pertinente incluir os familiares da criança no brincar, uma vez que estes assumem um papel importante como mediadores da confiança entre a criança e os enfermeiros, visto que se a criança percebe que a sua família confia no profissional de saúde, tenderá a vê-lo como uma pessoa em quem pode confiar, tal como Algren (2006) menciona. Esta autora sublinha ainda que uma boa relação com os profissionais de saúde é uma necessidade expressa pelas crianças hospitalizadas.

Não obstante, é importante sublinhar que para o brincar fazer parte integrante dos cuidados de enfermagem, e adquirir assim um importante e determinante valor terapêutico é

necessário ter em consideração: a necessidade de adaptar o brincar à idade e desenvolvimento da criança, a necessidade de reconhecimento e valorização do brincar por parte dos enfermeiros e a necessidade de enquadrar o brincar no plano de cuidados de enfermagem, tal como menciona Levieux-Anglin e Sawyer (1993). Assim, esta actividade deve de ser percebida como um objectivo dos cuidados e incluída nas intervenções de enfermagem, visto que possibilita à criança perceber e aprender sobre o ambiente hospitalar que a rodeia e deste modo desenvolver habilidades de relacionamento com o mesmo.

É importante que os enfermeiros, consigam ajudar a criança a ultrapassar a crise do internamento, bem como ajuda-la a obter um crescimento positivo com esta experiência. Neste sentido torna-se fundamental que os enfermeiros saibam valorizar e incrementar formas de expressão na criança hospitalizada, pois assim é possível conhecer e compreender melhor o mundo da criança internada.

Para além de uma assistência multidisciplinar que está atenta às características de cada criança e à sua circunstância patológica, é necessário continuar a proporcionar actividades lúdicas e recreativas durante o internamento, como os jogos, o desenho e a pintura, ou tão somente brincar só por brincar. Alias, todo o brincar da criança deve ser entendido pelo adulto como um direito universal e soberano.

Brincar é um direito de todas as crianças!

Os jogos e as brincadeiras, de acordo com Batista (2004), constituem a linguagem universal das crianças e são um dos mais importantes meios de comunicação e de aprendizagem promotores do desenvolvimento intelectual, sensório-motor, social, criativo, de auto-conhecimento e moral.

Segundo Festas (1994), as actividades lúdicas devem ser utilizadas pelos profissionais de saúde que se relacionam com a criança como um grande espelho do seu mundo real e imaginário, promovendo o processo de hospitalização. Para esta autora, as diferentes formas de expressão que a criança pode adoptar devem ser valorizadas pelos enfermeiros já que servem um duplo propósito: satisfazer não só a necessidade normal da criança brincar, mas também ajuda-la a ajustar-se a uma potencial situação de stress, como a doença e o internamento hospitalar.

O enfermeiro ao abordar a criança para brincar, esta normalmente não é renitente como acontece em relação a outras intervenções de enfermagem. Inicialmente a criança pode ficar apreensiva mas normalmente acaba por gostar, sentindo reconhecida a sua necessidade de brincar, e tendo a oportunidade de ao brincar com o enfermeiro exteriorizar os sentimentos negativos associados à sua vivência hospitalar, a que estamos muitas vezes relacionados. Algumas crianças gostam de pedir seringas para “fingirem” que nos picam. Este faz-de-conta ajuda a criança a lidar com o procedimento doloroso da punção venosa.

Em suma, os autores supracitados destacam as finalidades que o brincar no hospital pode constituir. Estas subscrevem-se a: ajudar a criança a sentir-se mais segura num ambiente que para ela é estranho e desconhecido; proporcionar diversão e relaxamento; minimizar a ansiedade de separação; expressar sentimentos; estimular a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos profissionais de saúde e às outras crianças internadas; actuar com a finalidade de atingir metas terapêuticas e oferecer à criança a possibilidade de fazer escolhas. Desta forma o brinquedo normal evidencia-se como terapêutico ao promover o bem-estar psicológico da criança.

Uma das formas de colocar em prática o brincar terapêutico é através do jogo simbólico, onde a criança pode experimentar alguns dos procedimentos que vivenciou ou que virá a experimentar no decorrer do internamento, tais como, punção venosa, entre outros, tornando-se como tal e como refere Festas (1994), um campo importante de compreensão e minimização do impacto de experiências indesejáveis. Deste modo estamos a trabalhar o cognitivo e o emocional.

Oliveira, Dias e Roazzi (2003), referem que podem ser utilizados brinquedos que abordem temas hospitalares, como sendo, instrumentos cirúrgicos, de exames e de procedimentos médicos em miniatura de plástico, roupas idênticas às da equipa de saúde, materiais utilizados pela equipa de enfermagem, livros de histórias com temáticas referentes à hospitalização, entre outros. O ambiente onde esta sessão decorre deverá ser seguro e acolhedor e que facilite a presença de um adulto que encoraje a criança a expressar os seus sentimentos, como refere Cintra, Silva e Ribeiro (2006). Algren (2006) reforça ainda que através da dramatização a criança pode representar os medos e fantasias decorrentes da hospitalização. Através dos bonecos e da replicação de equipamentos hospitalares e até mesmo material hospitalar desde que devidamente seguro e adequado às crianças, as crianças podem dramatizar as situações que vivenciaram durante a hospitalização. Esta técnica assume uma importância determinante pois facilita a aprendizagem dos procedimentos e técnicas realizados pelos enfermeiros, visto que através da dramatização conseguimos explicar de uma forma facilmente compreensível às crianças os procedimentos a que já foram submetidos e/ou que poderão vir a experimentar. Desta forma podem ser utilizados bonecos vestidos de enfermeiros, médicos e/ou outros profissionais de saúde; podem ser usados ursos de peluche, bonecas com cateteres endovenosos, com sondas nasogástricas para a criança poder manipular, atendendo-se ao facto de ser mais vantajoso quanto mais semelhante ao estado actual da criança for, tal como sublinha Marralheiro, Furriel, Jorge e Ferreira (1997).

Deste modo, a equipa multidisciplinar terá necessariamente que organizar o seu cuidar de modo a ajudar quer a criança quer a sua família a lidar com esta situação de crise. A equipa de enfermagem pela posição que ocupa dentro da equipa de saúde, e que lhes permite uma

relação mais estreita e uma melhor compreensão da criança e das suas vivências, pode contribuir para que a experiência da hospitalização seja o menos traumatizante possível. Para que isso aconteça, deverão ter sempre presente a necessidade de cuidar da criança de forma única e adequada ao seu nível de desenvolvimento.

Deste modo, e de encontro ao acima descrito, a preparação para a hospitalização e para os procedimentos a ela inerentes é fundamental, de forma a clarificar o medo do desconhecido e assim diminuir o medo do mesmo. Quando as crianças sabem e conhecem as coisas, o medo desaparece e elas conseguem direccionar as suas energias e beneficiam com a experiência que a hospitalização lhes proporciona.

Nesta situação, o brincar terapêutico é uma excelente forma de auxiliar as crianças a libertar o stress e o medo, evitando os efeitos prejudiciais, quer a curto quer a longo prazo da hospitalização. O brincar terapêutico adaptado ao desenvolvimento da criança, constitui uma forma de a preparar para a hospitalização, mostrando-lhe o que vai acontecer durante a sua estadia no hospital, desmistificando assim o desconhecido inerente à entrada no mesmo, pelo que deve ser visto como uma ferramenta essencial à enfermagem, fomentando uma relação terapêutica entre ambos, caminhando-se para a essência do cuidar em enfermagem.

## **2. OBJECTIVOS GERAIS E ESPECIFICOS**

Este projecto tem como objectivo geral: promover o brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança. Os objectivos específicos subscrevem-se a: obter o reconhecimento e valorização do brincar por parte dos enfermeiros deste Serviço; enquadrar o brincar no plano de cuidados de enfermagem, promovendo a identificação dos stressores que possam causar desequilíbrio no sistema, fortalecendo a defesa e promovendo alguns objectivos como informar, apoiar, motivar, integrar e educar, para que a criança possa manter ou atingir o seu bem-estar; elaborar e implementar estratégias que permitam, com base no suporte teórico consultado, colocar em prática o Hospital dos Pequeninos contribuindo para melhorar a vivência da hospitalização e mitigar alguns dos potenciais efeitos negativos da mesma e promover a formação e a investigação em Serviço nesta área.

Julgo não serem objectivos muito pretensiosos e que com a colaboração de todos, como é já uma característica da nossa equipa, estou certa que serão largamente alcançados.

### 3. POPULAÇÃO ALVO

A criança quando hospitalizada, continua a ter as mesmas necessidades que manifestava em casa, acrescidas das que estão inerentes à doença e hospitalização. O brincar é uma delas. No contexto hospitalar, as brincadeiras podem ser classificadas de duas formas: a brincadeira recreativa, na qual a criança brinca com o objectivo de obter prazer e a terapêutica, na qual são realizadas actividades especializadas e direccionadas por profissionais de forma a promover o bem-estar físico e emocional da criança que experimenta uma situação pouco comum na sua idade – a hospitalização.

De acordo com a idade e o estágio de desenvolvimento da criança, o enfermeiro adapta a sua forma de brincar com a criança, mostrando-lhe que está ao seu nível, que a compreende, que não é só alguém detentor de técnicas e procedimentos dolorosos, mas alguém que a quer ajudar, numa fase em que a própria criança /família está fragilizada.

De forma a dar resposta a esta necessidade sentida, procurou-se, seguindo os pressupostos do desenvolvimento intelectual (Piaget) e psicossocial (Erikson) da criança e o que Algren (2006) refere quanto à reacção perante a doença/hospitalização por parte das crianças, organizar metodicamente esta “brincadeira” – Hospital dos Pequenininhos, de modo promover o bem-estar físico e emocional durante a hospitalização, atenuando os factores potenciais geradores de stress e fazendo com a hospitalização seja uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento para as crianças.

Jean Piaget, segundo referem Abrunhosa e Leitão (2002), elaborou uma teoria de desenvolvimento a partir do estudo da inteligência da criança e do adolescente. Este afere que a inteligência precede o pensamento e desenvolve-se por etapas progressivas que exigem processos de adaptação ao meio. O desenvolvimento pressupõe, por um lado, a maturação do organismo e, por outro, a influência do meio físico e social. A adaptação conduz à organização do pensamento e o pensamento organizado estrutura melhor os objectos do meio.

Assim, para além dos assuntos acima descritos, Piaget distingue fundamentalmente quatro estádios de desenvolvimento: estágio sensório-motor, estágio pré-operatório, estágio das operações concretas e estágio das operações formais.

Abrunhosa e Leitão (2002), mencionam que Erikson determinou então as oito idades do ciclo de vida: 1ª idade: bebé (do nascimento aos 18 meses); 2ª idade: criança de tenra idade (dos 18 meses aos 3 anos); 3ª idade: criança em idade pré-escolar (dos 3 aos 6 anos); 4ª idade: criança em idade escolar (dos 6 aos 12 anos); 5ª idade: adolescente (dos 12 aos 20 anos); 6ª idade: jovem adulto (dos 20 aos 35 anos); 7ª idade: adulto (dos 35 aos 65 anos); 8ª idade: idoso (dos 65 anos em diante).

Os conceitos de doença iniciam-se durante o período pré-escolar e são influenciados pelas capacidades cognitivas do estágio de desenvolvimento pré-operacional, tal como refere Algren (2006).

Deste modo, vou apenas me cingir à 3ª e 4ª idades referidas por Erikson e ao estágio pré-operatório e das operações concretas referido por Piaget.

### Crianças em Idade Pré-Escolar

Segundo Piaget, o estágio pré-operatório, contempla as crianças dos 2 aos 7 anos. O que marca a entrada no período pré-operatório é o aparecimento da função simbólica, acontecimento que assinala o início do pensamento.

Abrunhosa e Leitão (2002) mencionam que a função simbólica refere-se à capacidade de criar símbolos para substituir ou representar os objectos e de lidar mentalmente com eles. Entre as principais manifestações da função simbólica temos a linguagem, a imagem mental e o jogo simbólico. Neste período, os esquemas de acção começam, pois, a ser substituídos por esquemas de representação, o que significa o início da inteligência representativa ou pensamento. O pensamento que agora começa apresenta, neste período, as seguintes características: antropomorfismo (a criança concebe as coisas como vivas e dotadas de intenção e sentimentos), finalismo (a causalidade que atribui aos objectos é de natureza finalista), raciocínio analógico (analogia associativa) e raciocínio intuitivo (o pensamento da criança está submetido aos dados perceptivos, intuitivamente captados).

No que se refere à 3ª idade de Erikson, segundo referem Abrunhosa e Leitão (2002): criança em idade pré-escolar, o conflito típico é iniciativa versus sentimento de culpa. O desejo de experimentar mantém-se e amplia-se com a aquisição de novas capacidades intelectuais, como o pensamento e a linguagem, que usa como outras formas de explorar a realidade. Com elas tem iniciativa, idealiza façanhas, realiza tarefas e exhibe-se. Se os pais compreendem e aceitam o jogo activo das crianças, estas sentem que o seu sentido de iniciativa é valorizado. Se, por outro lado, os pais ficam impacientes e consideram disparatadas as suas perguntas, brincadeiras e actividades, as crianças sentem-se culpadas e inseguras, evitando agir de acordo com os seus próprios desejos. A virtude própria desta idade é a tenacidade. Nesta idade o núcleo de relações significativas é a família e os comportamentos psicossociais. o fazer, o reproduzir, o fazer de conta e o brincar.

Segundo Algren (2006) as crianças em idade pré-escolar fazem pouca diferenciação entre eles e o mundo exterior, pois o seu pensamento é centrado nos eventos percebidos externamente e a causalidade baseia-se na proximidade de dois eventos.

Assim, as crianças definem a doença de acordo com o que lhes é dito e a sua causa é vista como uma acção concreta que a criança faz ou deixa de fazer, o que implica um grau de responsabilidade e de auto-punição, como menciona a autora supracitada.

Os conflitos psicossociais das crianças nesta idade torna-as vulneráveis a ameaças de lesão corporal, ou seja, os procedimentos dolorosos, invasivos e outros, representam uma ameaça para as crianças em idade pré-escolar, uma vez que, o conceito de integridade corporal é ainda pouco desenvolvido. Podem desta forma reagir mediante uma injeção demonstrando mais preocupação com a retirada da agulha do que propriamente com a dor do procedimento, temendo que o local de punção não feche e que as suas “partes internas” saiam, tal como sublinha Algren (2006). O medo da mutilação é muito evidente nesta faixa etária, pelo que a perda de qualquer parte do corpo é ameaçadora. Por exemplo no caso dos meninos, o medo de castração dificulta e muito a compreensão de procedimentos cirúrgicos ou clínicos relativos à área genital, tais como a fimose, hipospádias, entre outros.

Assim, deve evitar-se dizer palavras como “tirar”, “cortar”, entre outras, que podem levar à confusão e ao medo, visto que a sua compreensão em relação ao funcionamento do corpo é limitada. Esta autora sublinha ainda que as crianças em idade pré-escolar respondem mais favoravelmente a intervenções preparatórias perante determinados procedimentos, do que as crianças mais pequenas. A expressão verbal destas crianças evidencia o seu desenvolvimento em resposta ao factor stressante, pelo que podem gritar e dizer “sai daqui”, “deixa-me”, entre outras expressões. Por outro lado, podem ainda tentar persuadir o enfermeiro, pedindo para não dar a injeção que vão ser bonzinhos, etc. Algumas destas afirmações demonstram tentativas de evitar o procedimento, tal como, evidencia das percepções das crianças a respeito da experiência.

### *Crianças em Idade Escolar*

No estágio das operações concretas de Piaget tal como mencionam Abrunhos e Leitão (2002), encontramos as crianças dos 7 aos 11 anos. Neste estágio, as estruturas intuitivas transformam-se agora num sistema de relações de tipo operatório. Neste estágio importa sublinhar a importância da percepção da conservação (da quantidade de algo) e da classificação (inclusão de determinados animais em classes próprias).

A ênfase nos aspectos psicossociais é o que caracteriza a perspectiva de Erikson. De entre os pressupostos que este defende, importa salientar que: em cada estágio existe uma

crise que é vivida em função de aspectos biológicos, individuais e sociais. A crise consiste num conflito ou dilema que tem de ser enfrentado e resolvido, havendo uma solução positiva e uma negativa para cada um deles. Os conflitos estão, desde o nascimento, latentes no indivíduo, só se tornando patentes e predominantes em fases específicas do ciclo de vida. O ajustamento ou desajustamento não são situações ou estados definitivos, em fases subsequentes, o indivíduo pode passar por experiências positivas e negativas que contrariem as vivências tidas em estados anteriores.

De acordo com os autores supracitados, relativamente à 4ª idade de Erikson: criança em idade escolar, o conflito típico desta idade é a diligência versus sentimento de inferioridade. Ao frequentar a escola a criança sonha com o sucesso, desenvolvendo esquemas cognitivos para se tornar excelente nas tarefas desempenhadas. Quando as crianças se sentem menos capazes do que os seus pares, passam pela vivência de sentimentos de inferioridade. No caso de serem bem sucedidas e acreditarem nas suas capacidades e no seu valor pessoal, empenham-se com prazer no trabalho, desenvolvendo a diligência. A virtude própria desta idade é a competência ou perícia. Nesta idade o núcleo de relações significativas são os vizinhos e a escola e os comportamentos psicossociais: o fazer coisas, o competir e o fazer coisas em conjunto.

No que se refere às crianças em idade escolar, Algren (2006), refere que os medos em relação à natureza física da doença surgem nesta fase. Preocupam-se mais com a incapacidade, recuperação e/ou a possível morte do que com a dor.

As crianças com doença crónica identificam os procedimentos invasivos como stressantes, enquanto por seu lado, as crianças com doenças agudas identificam mais os sintomas físicos.

O facto das suas capacidades cognitivas estarem em desenvolvimento, faz com que estes tenham consciência do significado das diferentes doenças, da importância vital de determinadas partes do corpo, dos possíveis riscos dos tratamentos, das consequências a médio e a longo prazo das lesões ou perda de função permanente e do significado da morte.

Esta autora sublinha ainda que uma das preocupações da criança em idade escolar aquando da hospitalização é perceber e escutar que algo está mal, pois geralmente interessam-se pela sua saúde e doença e mesmo aquelas crianças que raramente fazem perguntas, demonstram conhecer em detalhe a sua patologia por estarem atentas ao que é dito ao seu redor ou ao seu familiar.

A procura de informações constitui uma forma de lidar com o stress e manter uma sensação de controlo, apesar da incerteza relativa à doença. Deste modo, definem doença

como “(...) uma série de múltiplos sintomas concretos, como os sinais de um resfriado, e vêem a causa principal como germes ou bactérias.” (Algren 2006, p. 644). Acreditam que podem evitar a doença se evitarem as pessoas com germes ou que a doença ocorre devido ao contacto físico e foi contaminada. Como tal, os sentimentos de culpa podem estar associados ao facto de ter ficado doente.

É nesta idade e ainda segundo a mesma autora, que surgem as preocupações com os efeitos benéficos e prejudiciais dos tratamentos e procedimentos. Além de procurarem saber se um determinado procedimento lhes irá causar dor, querem saber para que serve, quais os seus benefícios e possíveis efeitos prejudiciais. Um exemplo destas atitudes e muito concreto é o medo destas crianças da anestesia.

Enquanto que as crianças em idade pré-escolar temem a máscara e o ambiente estranho, estas têm medo do que lhes poderá acontecer quando estiverem sob o efeito da anestesia, se vão acordar e se podem morrer. A preocupação com a privacidade e o pudor vão sendo cada vez mais evidentes e importantes. Esta autora acrescenta ainda que as crianças entre os 9 e os 10 anos demonstram menos medo da dor do que as crianças menores, pois aprendem métodos de lidar com o desconforto.

Nesta idade existem crianças que preferem participar no procedimento e outras que optam por distanciar-se do mesmo, demonstrando não querer olhar. A maioria aprecia activamente uma explicação prévia do procedimento e preparação para tal, parecendo estar menos receosa por saber do que se irá tratar.

As crianças em idade escolar raramente iniciam uma conversa onde expõem os seus sentimentos, sendo especialmente importante estar atento aos indícios não verbais, como a postura corporal, fâcias, silêncio, entre outros. Quando alguém identifica estas mensagens não verbais e evidencia vontade de ajudar, geralmente aceitam e agradecem.

Deste modo, o fornecimento de informação objectiva sobre as situações potenciais geradoras de stress facilita o confronto com as mesmas, dado que se formam esquemas cognitivos que aumentam o grau de previsibilidade, diminuem a discrepância entre o esperado e o concreto e aumentam a capacidade para compreender e interpretar a experiência para enriquecimento futuro, como afere Barros (2003).

Visto que o Serviço de Pediatria acolhe crianças desde os 0 anos até aos 15 anos exclusive, e tendo por base estes estádios de desenvolvimento e a pertinência do objectivo central do meu projecto, o uso terapêutico do brincar com recurso a materiais didácticos, como por exemplo: estetoscópios, termómetros, otoscópios, ligaduras, frascos de soro vazios e prolongamentos, adesivo, abocath sem agulha, seringas, etc, (algum deste material consta de

uma mala existente no Imaginarium – material de brincar), a população alvo constitui-se pelas crianças dos 3 aos 12 anos.

#### **4. CRITÉRIOS DE SELECÇÃO**

Os critérios de selecção das crianças a participar neste projecto serão: têm de ter idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos de idade; têm de estar estáveis do ponto de vista hemodinâmico para poderem ir à sala de actividades; não possuírem algum tipo de restrição referente à patologia pela qual estão internados, exemplo: repouso absoluto, isolamento e/ou outro que as impeça de se poderem deslocar até à sala de actividades; ter autorização do acompanhante (pai/mãe) e/ou pessoa significativa para o mesmo e estarem dispostas a participar.

Sempre que possível e de acordo com o acima descrito, tentaremos colocar em prática este projecto, atendendo à grande mobilidade de crianças do Serviço, ao número de crianças internadas e ao tempo médio de internamento das mesmas, seguindo-se o guião em anexo.

## 5. ACTIVIDADES A DESENVOLVER

Seguindo os pressupostos anteriormente descritos e com base na teoria evidenciada sobre a hospitalização e a importância do brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança, passo a referir a estrutura do Projecto.

O horário será preferencialmente no turno da tarde, pois usualmente existem neste turno menos procedimentos, logo há uma maior possibilidade de conseguir que as crianças possam ir à sala de actividades sem serem interrompidas. O melhor horário será pelas 17 horas, pois as crianças já lancharam, a medicação já foi dada e os sinais vitais avaliados, logo haverá uma maior disponibilidade. Sempre que o serviço o permita, poderá ser realizada no turno da manhã ao fim de semana, pelas 11h por ser um horário igualmente viável, visto que temos de atender às crianças que temos internadas e às suas idades, podemos ter de ser flexíveis nestes horários, procurando dar resposta e bom curso ao projecto.

Assim sendo achei por bem estruturar o Hospital dos Pequeninos da seguinte forma:

-primeiramente questionar os pais e/ou pessoa significativa sobre os hábitos da criança; se é uma criança que gosta de brincar; se brinca só ou gosta de brincar com outras crianças; se é uma criança que consegue expressar os seus sentimentos/emoções ou se é uma criança “muito” calada, por forma a perceber qual será a melhor abordagem a assumir com aquela criança em específico e de modo único;

- questionar se querem participar na actividade (pais e criança);

- organizar grupos de crianças internadas, com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos de idade, e agrupa-las na sala de actividades em pequenos grupos de 3 ou 5 crianças (atendendo ao número de crianças internadas);

- pedir aos pais para colaborar nesta actividade, trazendo um boneco e no caso de não possuírem disponibilizarmos um;

- pedir a presença dos pais na actividade sempre que possível (sobretudo nas crianças mais pequenas);

- haverá um período inicial de cerca de 10 minutos em que os materiais utilizados nos procedimentos invasivos/dolorosos estarão expostos na mesa e vou perguntando às crianças se sabem o que é e para que é usado, permitindo a sua manipulação;

- os materiais dispostos na mesa serão: materiais de plástico que constituem o kit “to be...+ doctor” do Imaginário, que contempla um otoscópio, um termómetro, uma seringa, uma tesoura, uma pinça, um estetoscópio, dois frascos de medicação, uma pulseira de identificação, um lápis e um bloco de anotações, tudo em plástico e em miniatura. Para além deste material estarão na mesa, ligaduras, termómetros, pensos rápidos, tubos de colheita de análises sanguíneas e de urina, sistemas de colheita de sangue (sem condutor), abocath (sem

condutor), prolongamentos e sistemas de soro, seringas, adesivo branco, sondas nasogástricas, frascos de soro de 100 ml, embalagem de emla e xylocaina spray (vazias), entre outros, adequados às crianças e de forma a que estas possam manipula-los;

- posteriormente a enfermeira realizará uma consulta ao boneco doente de cada criança, perguntando o que é que ele tem e mediante o que a criança disser ela vai actuar e pedir a colaboração da criança para ajudar, por exemplo a fazer um penso, a colocar uma ligadura, a ver a temperatura, etc. O objectivo é obter o máximo de feedback e colaboração da criança (atendendo à idade da mesma);

- assim que o boneco esteja “curado”, incumbimos a criança de cuidar dele e passamos para a “cura” de outro boneco de outra criança da mesma mesa e assim sucessivamente até termos visto todos os bonecos; após o término desta fase fazemos uma avaliação dos bonecos que vimos e damos “alta”. No final da sessão deverá existir um tempo livre para as crianças manipularem e brincarem com os materiais com os quais ainda não tiveram contacto;

- estas sessões não deveram demorar mais de 30’ no caso desta faixa etária (3-5 anos);

- não deverão ser realizadas no 1º dia de internamento. Idealmente seriam realizadas ao 2-3º dia, dia a partir do qual as rotinas diárias do serviço já estão interiorizadas, para que haja tempo de se estabelecer uma relação terapêutica com a criança e para que dependente do tipo de patologia pela qual foi internada, seja possível a ida à sala de actividades;

- deverão ser realizadas duas sessões por criança (atendendo à patologia pela qual foi internada e ao tempo médio de internamento), uma ao 2-3º dia de internamento e uma na véspera de alta ou dia da alta (se possível), por forma a avaliar as repercussões da 1ª sessão e a reacção da criança quando questionada sobre se o seu boneco ainda está doente, se já está melhor e como manipula e reage aos materiais;

- durante estas sessões será preenchida uma grelha de observação onde serão registados itens que facilitaram a obtenção de indicadores de avaliação da actividade realizada, procurando fazer-se um paralelo entre a primeira e a segunda sessão (anexo II).

No que se refere às crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos:

- primeiramente questionar os pais e/ou pessoa significativa e a criança sobre os hábitos da criança; se é uma criança que gosta de brincar; se brinca só ou gosta de brincar com outras crianças; se é uma criança que consegue expressar os seus sentimentos/emoções ou se é uma criança “muito” calada, por forma a perceber qual será a melhor abordagem a assumir com aquela criança em específico e de modo único;

- questionar se querem participar na actividade (pais e criança);

- haverá um período inicial de cerca de 10 minutos em que os materiais utilizados nos procedimentos invasivos/dolorosos estarão expostos na mesa e vou perguntando às crianças se sabem o que é e para que é usado, permitindo a sua manipulação;

- os materiais dispostos na mesa serão: materiais de plástico que constituem o kit “to be...+ doctor” do Imaginário, que contempla um otoscópio, um termómetro, uma seringa, uma tesoura, uma pinça, um estetoscópio, dois frascos de medicação, uma pulseira de identificação, um lápis e um bloco de anotações, tudo em plástico e em miniatura. Para além deste material estarão na mesa, ligaduras, termómetro, pensos rápidos, tubos de colheita de análises sanguíneas e de urina, sistemas de colheita de sangue (sem condutor), abocath (sem condutor), prolongamentos e sistemas de soro, seringas, adesivo branco, sondas nasogástricas, frascos de soro de 100 ml, embalagem de emla e xylocaina spray (vazias), entre outros, adequados às crianças e de forma a que estas possam manipula-los;

- a enfermeira vai organizar um gabinete de consulta de enfermagem, utilizando a sala de actividades quando disponível ou outra sala e agrupar as crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos de idade (atendendo ao número de crianças internadas). Neste caso, os grupos seriam mais restritos de forma a simular uma consulta de enfermagem (dois intervenientes: a criança que tem o boneco doente e leva-o à consulta (criança mais nova) e a criança mais velha que faz a consulta, ou seja, que é o/a enfermeiro/a);

- pedir aos pais para colaborar nesta actividade, trazendo um boneco e no caso de não possuírem disponibilizarmos um;

- não é necessária a presença dos pais, apenas em casos excepcionais (a definir na hora);

- a criança mais velha (poderá, se assim o quiser, vestir uma bata de enfermeira que compõe o kit “to be...nurse suit” do Imaginário) realizará uma consulta ao boneco doente da outra criança, perguntando o que é que ele tem e mediante o que a criança disser, vai actuar e pedir a colaboração da criança para ajudar, por exemplo a fazer um penso, a colocar uma ligadura, a ver a temperatura, etc. O objectivo é obter o máximo de feedback e colaboração de ambas as crianças (atendendo à idade das mesmas);

- é necessária a monitorização desta consulta por uma enfermeira;

- assim que o boneco esteja “curado”, incumbimos a criança de cuidar dele e passamos para a “cura” de outro boneco de outra criança, dando por terminada essa consulta. Progredimos nas consultas até termos visto todos os bonecos; após o término desta fase fazemos uma avaliação dos bonecos que vimos e damos “alta”. Deverá existir um tempo livre para as crianças manipularem e brincarem com os materiais com os quais ainda não tiveram contacto;

- estas sessões podem demorar mais de 30' (atendendo às necessidades específicas de cada criança);

- não deverão ser realizadas no 1º dia de internamento. Idealmente seriam realizadas ao 2-3º dia, dia a partir do qual as rotinas diárias do serviço já estão interiorizadas, para que haja tempo de se estabelecer uma relação terapêutica com a criança e para que dependente do tipo de patologia pela qual foi internada, seja possível a ida à sala de actividades;

- deverão ser realizadas duas sessões por criança (atendendo à patologia pela qual foi internada e ao tempo médio de internamento), uma ao 2-3º dia de internamento e uma na véspera de alta ou dia da alta (se possível), por forma a avaliar as repercussões da 1ª sessão e a reacção da criança quando questionada sobre se o seu boneco ainda está doente, se já está melhor e como manipula e reage aos materiais;

- durante estas sessões será preenchida uma grelha de observação onde serão registados itens que facilitaram a obtenção de indicadores de avaliação da actividade realizada, procurando fazer-se um paralelo entre a primeira e a segunda sessão (anexo III).

Será ainda aplicado um questionário às crianças entre os 10 – 12 anos onde se procura questionar as crianças sobre como se sentiram ao realizar as consultas e o que aprenderam com isso (anexo IV). Este questionário será apenas aplicado às crianças desta idade visto o grau de compreensão necessário para a resposta às questões do mesmo estar mais ajustado a estas idades.

Estas escalas de observação foram construídas tendo por base o desenvolvimento específico de cada grupo de idades segundo Piaget e Erikson, assim como, os pressupostos defendidos por Algren (2006), no que se refere à atitude das crianças das diferentes idades face à hospitalização.

## **6. INDICADORES DE AVALIAÇÃO**

No que se refere aos indicadores de avaliação estes serão obtidos através da análise das grelhas de observação e das observações feitas em campo pela enfermeira (no caso das crianças dos 3 aos 6 anos), assim como, pelo feedback dado pelos pais e/ou familiares significativos das mesmas, que será registado nas notas de enfermagem e em folha anexada à grelha de observação de cada criança.

No caso das crianças dos 7 aos 12 anos para além da análise das grelhas de observação e das observações feitas em campo pela enfermeira, será ainda aplicado um questionário às crianças dos 10 aos 12 anos com a finalidade de perceber de que forma esta actividade ajuda a lidar com os factores potenciais geradores de stress nestas crianças, promovendo uma capacidade de ajustamento à hospitalização e a expressão de sentimentos, fazendo com que a hospitalização seja também uma oportunidade de aprendizagem e aquisição de competências cognitivas e emocionais.

As grelhas de observação preenchidas serão arquivadas em capa própria para posterior análise e avaliação do projecto (anual) de forma a averiguar os benefícios concretos da implementação do mesmo e a sua continuidade. Será ainda elaborado um relatório anual e apresentado à equipa.

## **7. CONCLUSÃO**

A intervenção de enfermagem especializada em Saúde Infantil e Pediatria assenta na articulação eficaz entre as necessidades encontradas quer na criança quer na família onde está inserida e nas intervenções ajustadas.

A execução deste projecto foi um instrumento de apoio de extrema importância, na medida em que, proporcionou momentos de reflexão, de forma a conciliar a teoria com a prática.

Desta forma, o brincar como instrumento terapêutico da relação enfermeiro-criança constitui-se uma máxima a adquirir. Esta actividade deverá ser operacionalizada tendo por objectivos a aquisição de um conjunto de estratégias que visão promover o desenvolvimento de estratégias de coping facilitadoras no processo de hospitalização; a promoção do sentimento de controlo e segurança; facilitar a aproximação entre os profissionais de saúde e a criança; promover a expressão de sentimentos; promover a distração durante os procedimentos a efectuar e explicar previamente os mesmos, desmistificando medos e ansiedades e obtendo por parte das crianças uma melhor colaboração e aceitação dos mesmos.

As consequências da inclusão do brincar na prática diária dos cuidados de enfermagem e pelo que a bibliografia afirma, são sugestivas de resultados terapêuticos nas crianças, pois o brincar auxilia a construção de uma relação de confiança entre ambos os parceiros (profissionais de saúde, no caso, enfermeiros, e crianças), promovendo a adaptação e aprendizagem de determinadas dinâmicas e procedimentos de forma positiva e enriquecedora, fazendo da hospitalização uma oportunidade para o crescimento e desenvolvimento emocional e cognitivo, constituindo-se uma experiência positiva.

## 8. BIBLIOGRAFIA

Abrunhosa, M., & Leitão, M. (2002). *Psicologia 12º Ano*. Lisboa: Areal Editores.

Algren, C. (2006). Cuidado Centrado da Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização. In Hockenberry, M., Wilson, D. & Wilkelstein, M., Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.) (p. 637-705). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.

Batista et al (2004). A Criança, o Hospital e o Brincar. *Revista de Investigação em Enfermagem*, (9), 3-13.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentalista* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

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

Doverly, N. (1994). Uso Terapêutico da Brincadeira no Hospital. *Nursing*, (77), 12-15.

Festas, C. (1994). Valorizar as Expressões da Criança Durante a Hospitalização. *Servir*, 42 (6), 323-327.

Fontes, C. - *Formação para a cidadania, declaração dos direitos da Criança*. <http://afilosofia.no.sapo.pt/cidadania1.htm>. 17-05-2008 10:30.

International Play Association – [www.ipaworld.org](http://www.ipaworld.org) [Consulta: 17 Fevereiro 2011].

Marralheiro, A., Furriel, A., Jorge, A. & Ferreira, C. (1997). O jogo no desenvolvimento infantil. *Nursing – Revista Técnica de Enfermagem*, (110), 29-32.

Motta, A., & Enumo, S. (2004). Brincar no Hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 19-28.

Levieux-Anglin, L., Sawyer, E. (Sep./Oct.1993). Incorporating play interventions into nursing care. *Pediatric Nursing*, 19 (5), 459-462.

Oliveira, S., Dias, M. & Roazzi, A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), 1-13.

Russ, S. (1998). Play, creativity, and adaptive functioning: implications for Play interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27 (4), 469-480.

Walker, C. (1988). Use of art and Play therapy in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 6 (121).

Winkelstein, M. (2006). Perspectivas da Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M., Wilson, D. & Winkelstein, M., *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.) (p. 1-21). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.

Wong, D. (1999). *Whaley & Wong, Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

## **ANEXOS**

**ANEXO I**  
**(Guião da Actividade – Hospital dos Pequeninos)**

## GUIAO DO HOSPITAL DOS PEQUENINOS

Primeiramente será necessário questionar os pais e/ou pessoa significativa sobre os hábitos da criança; se é uma criança que gosta de brincar; se brinca só ou gosta de brincar com outras crianças; se é uma criança que consegue expressar os seus sentimentos/emoções ou se é uma criança “muito” calada, por forma a perceber qual será a melhor abordagem a assumir com aquela criança em específico e de modo único;

- questionar se querem participar na actividade (pais e criança);

- organizar grupos de crianças internadas, com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos de idade, e agrupa-las na sala de actividades em pequenos grupos de 3 ou 5 crianças (atendendo ao numero de crianças internadas);

- pedir aos pais para colaborar nesta actividade, trazendo um boneco e no caso de não possuírem disponibilizarmos um;

- pedir a presença dos pais na actividade sempre que possível (sobretudo nas crianças mais pequenas);

- haverá um período inicial de cerca de 10 minutos em que os materiais utilizados nos procedimentos invasivos/dolorosos estarão expostos na mesa e vou perguntando às crianças se sabem o que é e para que é usado, permitindo a sua manipulação;

- os materiais dispostos na mesa serão: materiais de plástico que constituem o kit “to be...+ doctor” do Imaginário, que contempla um otoscópio, um termómetro, uma seringa, uma tesoura, uma pinça, um estetoscópio, dois frascos de medicação, uma pulseira de identificação, um lápis e um bloco de anotações, tudo em plástico e em miniatura. Para além deste material estarão na mesa, ligaduras, termómetro, pensos rápidos, tubos de colheita de análises sanguíneas e de urina, sistemas de colheita de sangue (sem condutor), abocath (sem condutor), prolongamentos e sistemas de soro, seringas, adesivo branco, sondas nasogástricas, frascos de soro de 100 ml, embalagem de emla e xylocaina spray (vazias), entre outros, adequados às crianças e de forma a que estas possam manipula-los;

- posteriormente a enfermeira realizará uma consulta ao boneco doente de cada criança, perguntando o que é que ele tem e mediante o que a criança disser ela vai actuar e pedir a colaboração da criança para ajudar, por exemplo a fazer um penso, a colocar uma ligadura, a ver a temperatura, etc. O objectivo é obter o máximo de feedback e colaboração da criança (atendendo à idade da mesma);

- assim que o boneco esteja “curado”, incumbimos a criança de cuidar dele e passamos para a “cura” de outro boneco de outra criança da mesma mesa e assim sucessivamente até termos visto todos os bonecos; após o término desta fase fazemos uma avaliação dos bonecos

que vimos e damos alta. No final da sessão deverá existir um tempo livre para as crianças manipularem e brincarem com os materiais com os quais ainda não tiveram contacto;

- estas sessões não deveram demorar mais de 30' no caso desta faixa etária (3-5 anos);
- não deverão ser realizadas no 1º dia de internamento. Idealmente seriam realizadas ao 2-3º dia, dia a partir do qual as rotinas diárias do serviço já estão interiorizadas, para que haja tempo de se estabelecer uma relação terapêutica com a criança e para que dependente do tipo de patologia pela qual foi internada, seja possível a ida à sala de actividades;

- deverão ser realizadas duas sessões por criança (atendendo à patologia pela qual foi internada e ao tempo médio de internamento), uma ao 2-3º dia de internamento e uma na véspera de alta ou dia da alta (se possível), por forma a avaliar as repercussões da 1ª sessão e a reacção da criança quando questionada sobre se o seu boneco ainda está doente, se já está melhor e como manipula e reage aos materiais;

- durante estas sessões será preenchida uma grelha de observação onde serão registados itens que facilitaram a obtenção de indicadores de avaliação da actividade realizada, procurando fazer-se um paralelo entre a primeira e a segunda sessão (anexo II).

No que se refere às crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos:

- primeiramente questionar os pais e/ou pessoa significativa e a criança sobre os hábitos da criança; se é uma criança que gosta de brincar; se brinca só ou gosta de brincar com outras crianças; se é uma criança que consegue expressar os seus sentimentos/emoções ou se é uma criança “muito” calada, por forma a perceber qual será a melhor abordagem a assumir com aquela criança em específico e de modo único;

- questionar se querem participar na actividade (pais e criança);

- haverá um período inicial de cerca de 10 minutos em que os materiais utilizados nos procedimentos invasivos/dolorosos estarão expostos na mesa e vou perguntando às crianças se sabem o que é e para que é usado, permitindo a sua manipulação;

- os materiais dispostos na mesa serão: materiais de plástico que constituem o kit “to be...+ doctor” do Imaginário, que contempla um otoscópio, um termómetro, uma seringa, uma tesoura, uma pinça, um estetoscópio, dois frascos de medicação, uma pulseira de identificação, um lápis e um bloco de anotações, tudo em plástico e em miniatura. Para além deste material estarão na mesa, ligaduras, termómetro, pensos rápidos, tubos de colheita de análises sanguíneas e de urina, sistemas de colheita de sangue (sem condutor), abocath (sem condutor), prolongamentos e sistemas de soro, seringas, adesivo branco, sondas nasogástricas, frascos de soro de 100 ml, embalagem de emla e xylocaina spray (vazias), entre outros, adequados às crianças e de forma a que estas possam manipula-los;

- a enfermeira vai organizar um gabinete de consulta de enfermagem, utilizando a sala de actividades quando disponível ou outra sala e agrupar as crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos de idade (atendendo ao número de crianças internadas). Neste caso, os grupos seriam mais restritos de forma a simular uma consulta de enfermagem (dois intervenientes: a criança que tem o boneco doente e leva-o à consulta (criança mais nova) e a criança mais velha que faz a consulta, ou seja, que é o/a enfermeiro/a);

- pedir aos pais para colaborar nesta actividade, trazendo um boneco e no caso de não possuírem disponibilizarmos um;

- não é necessária a presença dos pais, apenas em casos excepcionais (a definir na hora);

- a criança mais velha (poderá, se assim o quiser, vestir uma bata de enfermeira que compõe o kit “to be...nurse suit” do Imaginário) realizará uma consulta ao boneco doente da outra criança, perguntando o que é que ele tem e mediante o que a criança disser, vai actuar e pedir a colaboração da criança para ajudar, por exemplo a fazer um penso, a colocar uma ligadura, a ver a temperatura, etc. O objectivo é obter o máximo de feedback e colaboração de ambas as crianças (atendendo à idade da mesma);

- é necessária a monitorização desta consulta por uma enfermeira;

- assim que o boneco esteja “curado”, incumbimos a criança de cuidar dele e passamos para a “cura” de outro boneco de outra criança, dando por terminada essa consulta. Progredimos nas consultas até termos visto todos os bonecos; após o término desta fase fazemos uma avaliação dos bonecos que vimos e damos alta. Deverá existir um tempo livre para as crianças manipularem e brincarem com os materiais com os quais ainda não tiveram contacto;

- estas sessões podem demorar mais de 30’ (atendendo às necessidades específicas de cada criança);

- não deverão ser realizadas no 1º dia de internamento. Idealmente seriam realizadas ao 2-3º dia, dia a partir do qual as rotinas diárias do serviço já estão interiorizadas, para que haja tempo de se estabelecer uma relação terapêutica com a criança e para que dependente do tipo de patologia pela qual foi internada, seja possível a ida à sala de actividades;

- deverão ser realizadas duas sessões por criança (atendendo à patologia pela qual foi internada e ao tempo médio de internamento), uma ao 2-3º dia de internamento e uma na véspera de alta ou dia da alta (se possível), por forma a avaliar as repercussões da 1ª sessão e a reacção da criança quando questionada sobre se o seu boneco ainda está doente, se já está melhor e como manipula e reage aos materiais;

- durante estas sessões será preenchida uma grelha de observação onde serão registados itens que facilitaram a obtenção de indicadores de avaliação da actividade realizada, procurando fazer-se um paralelo entre a primeira e a segunda sessão (anexo II).

Será ainda aplicado um questionário às crianças entre os 10 – 12 anos onde se procura questionar as crianças mais velhas sobre como se sentiram ao realizar as consultas e o que aprenderam com isso (anexo III). Este questionário será apenas aplicado às crianças desta idade visto o grau de compreensão necessário para a resposta às questões do mesmo estar mais ajustado a estas idades.

## **ANEXO II**

**(Grelha de Observação – Crianças dos 3 aos 6 anos de Idade-1ª e 2ª Sessão)**

**GRELHA DE OBSERVAÇÃO – CRIANÇAS DOS 3 – 6 ANOS DE IDADE – ACTIVIDADE: HOSPITAL DOS PEQUENINOS**

	<b>1ª Sessão</b>	<b>2ª Sessão</b>
<b>Data Actividade</b>		
<b>Idade da Criança</b>		
<b>Tempo de Internamento</b>		
<b>Internamentos Anteriores</b>		
<b>A criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para a actividade</b>		
<b>A criança interage com as outras crianças</b>		
<b>A criança está atenta às orientações que a enfermeira lhe dá para os cuidados ao seu boneco</b>		
<b>A criança toma iniciativa e aceita sugestões</b>		
<b>A criança toma iniciativa, modifica e introduz novos elementos no decorrer da actividade ao seu boneco</b>		
<b>A criança não tem iniciativa; espera por orientações da enfermeira</b>		

<b>A criança cria inúmeras situações de brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares</b>		
<b>A criança cria inúmeras situações de brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares e reelabora-as de forma compreensiva ao seu nível de desenvolvimento</b>		
<b>A criança expressa os seus sentimentos, transpondo-os para o seu boneco</b>		
<b>A criança está atenta ao que as outras crianças estão a fazer com os seus bonecos</b>		
<b>A criança está atenta ao que a enfermeira está fazendo com os bonecos das outras crianças e está sempre pronta a intervir</b>		
<b>No final da sessão a criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para actividade e demonstra no seu boneco como utiliza-los</b>		
<b>OBSERVAÇÕES</b>		

**Nas observações colocar: presença de acompanhante na actividade; patologia da criança e/ou outros dados considerados relevantes para esta observação**

**ANEXO III**

**(Grelha de Observação – Crianças dos 7 – 12 anos-1ª e 2ª Sessão)**

**GRELHA DE OBSERVAÇÃO – CRIANÇAS DOS 7 – 12 ANOS DE IDADE – ACTIVIDADE: HOSPITAL DOS PEQUENINOS: 1ª e 2ª SESSÃO**

	<b>1ª Sessão</b>	<b>2ª Sessão</b>
<b>Data Actividade</b>		
<b>Idade da Criança</b>		
<b>Tempo de Internamento</b>		
<b>Internamentos Anteriores</b>		
<b>A criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para a actividade</b>		
<b>A Criança “veste” o papel de Enfermeiro/a e inicia a consulta ao boneco da outra criança</b>		
<b>A criança interage com a outra criança</b>		
<b>A criança está atenta às orientações que a enfermeira dá para os cuidados ao boneco da outra criança</b>		
<b>A criança toma iniciativa e aceita sugestões</b>		
<b>A criança toma iniciativa, modifica e introduz novos elementos no decorrer da actividade ao boneco da outra criança</b>		

<b>A criança não tem iniciativa; espera por orientações da enfermeira</b>		
<b>A criança cria inúmeras situações de brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares</b>		
<b>A criança cria inúmeras situações de brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares e reelabora-as de forma compreensiva ao seu nível de desenvolvimento</b>		
<b>A criança expressa os seus sentimentos, transpondo-os para os cuidados que presta ao boneco da outra criança</b>		
<b>A criança está atenta ao que a outra criança está a fazer com o seu boneco</b>		
<b>A criança está atenta ao que a enfermeira está fazendo com o boneco da outra criança e está sempre pronta a intervir</b>		
<b>No final da sessão a criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para a actividade e demonstra como utiliza-los</b>		
<b>OBSERVAÇÕES</b>		

Nas observações colocar: patologia da criança e/ou outros dados considerados relevantes para esta observação.

#### **ANEXO IV**

**(Questionário a Aplicar às Crianças dos 10-12 anos após a 2ª Sessão)**

**QUESTIONÁRIO A APLICAR AS CRIANÇAS ENTRE OS 10 – 12 ANOS**  
**APÓS A REALIZAÇÃO DA 2ª SESSÃO DO HOSPITAL DOS PEQUENINOS**

**1 – Como te sentiste ao “vestir” o papel de Enfermeiro?**

---

---

---

---

**2 – Achas que conseguiste ajudar os bonecos dos outros meninos a ficarem melhores? Como?**

---

---

---

---

**3 – Que sentiste quando pudeste mexer nos materiais que diariamente, nós enfermeiros, utilizamos para realizar cuidados?**

---

---

---

---

**4 – Achas que com esta actividade conseguiste esclarecer algumas das dúvidas que tinhas sobre alguns dos materiais e técnicas que utilizamos para cuidar de crianças?**

---

---

---

---

**5 – Tens alguma sugestão a fazer no sentido de te ajudar a ultrapassar as dificuldades do internamento hospitalar?**

---

---

---

---

---

**ANEXO VIII – PREENCHIMENTO DAS GRELHAS DE OBSERVAÇÃO**

**CAROLINA****GRELHA DE OBSERVAÇÃO – CRIANÇAS DOS 3 – 6 ANOS DE IDADE – ACTIVIDADE: HOSPITAL DOS PEQUENINOS**

	<b>1ª Sessão</b>	<b>2ª Sessão</b>
<b>Data Actividade</b>	2011/03/20	2011/03/24
<b>Idade da Criança</b>	5 anos	5 anos
<b>Tempo de Internamento</b>	3º dia de internamento	7º dia de internamento
<b>Internamentos Anteriores</b>	Não	Não
<b>A criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para a actividade</b>	Sim. Manipulou e explorou os materiais quando solicitada. Sabe para que servem alguns destes, demonstrando a sua utilização, nomeadamente com as seringas, kit de aerossol, termómetro, sistema de soroterapia e material de pensos.	Sim por iniciativa própria. Lembra-se para que são utilizados os materiais (aqueles que sabia demonstrar a sua utilização e os que aprendeu para que servem). Necessita de ajuda para demonstrar para que servem.
<b>A criança interage com as outras crianças</b>	Sim, muito comunicativa. Fez esta sessão com outras duas crianças e interagiu com elas permanentemente.	Sim. Fez esta sessão com as duas crianças da 1ª sessão e interagiu muito com elas.
<b>A criança está atenta às orientações que a enfermeira lhe dá para os cuidados ao seu boneco</b>	Sim e cumpre o que lhe peço.	Sim e acrescenta detalhes às orientações que lhe dou. Por exemplo: a boneca tem um penso (na barriga porque foi operada tal como a Carolina) e eu digo que vamos lhe fazer o penso. Ela responde que é preciso primeiro molhar para não magoar.
<b>A criança toma iniciativa e aceita sugestões</b>	Sim, criança com muita iniciativa, aceitando as sugestões dadas.	Manteve atitude da 1ª sessão.
<b>A criança toma iniciativa, modifica e introduz novos elementos no decorrer da actividade ao seu boneco</b>	Criança atenta e que manipula os objectos explorando-os por iniciativa própria. Está sempre a introduzir novos elementos no decorrer da actividade. Inicia os procedimentos antes mesmo das minhas orientações.	Manteve atitude da 1ª sessão.
<b>A criança não tem iniciativa; espera por orientações da enfermeira</b>	—	—
<b>A criança cria inúmeras situações de brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares</b>	Associou a necessidade de cuidados da sua boneca aos que ela própria necessitava. Tudo o que realizou foi em tudo semelhante à sua situação patológica.	Criou situações na boneca que remetiam para a sua situação patológica.

<p><b>A criança cria inúmeras situações de brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares e reelabora-as de forma compreensiva ao seu nível de desenvolvimento</b></p>	<p>Sim. Além de projectar na boneca a maioria dos cuidados a que ela própria havia sido submetida, acrescentava sempre algum diferente, exemplo: estávamos a falar que a boneca dela tinha dói-dói e então eu perguntei-lhe o que ela ia fazer? Ela disse que ia dar o remédio. E eu disse muito bem. Ela disse, o vermelho e não o laranja.</p>	<p>Sim. Projectou na boneca a maioria dos cuidados a que ela própria havia sido submetida.</p>
<p><b>A criança expressa os seus sentimentos, transpondo-os para o seu boneco</b></p>	<p>Sim. Foi fácil perceber este aspecto nesta criança, pois o fôlego dela quando lhe perguntava se achava que estava a doer na boneca era triste quando estava a doer e chegou mesmo a dizer: “quando fiz também doeu”.</p>	<p>Manteve a atitude da 1ª sessão.</p>
<p><b>A criança está atenta ao que as outras crianças estão a fazer com os seus bonecos</b></p>	<p>Sim. Muito atenta e interveniente.</p>	<p>Manteve a atitude da 1ª sessão. Criança muito participativa.</p>
<p><b>A criança está atenta ao que a enfermeira está fazendo com os bonecos das outras crianças e está sempre pronta a intervir</b></p>	<p>Sim. Muito atenta e interveniente.</p>	<p>Manteve a atitude da 1ª sessão.</p>
<p><b>No final da sessão a criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para actividade e demonstra no seu boneco como utiliza-los</b></p>	<p>Sim.</p>	<p>Sim e sempre por iniciativa própria. Demonstra como utilizar os materiais na sua boneca sem necessitar de orientação minha. Apenas me chamando para mostrar e perguntar se está bom.</p>
<p><b>OBSERVAÇÕES</b></p>	<p>Criança retrata na boneca a sua situação patológica. Diagnóstico: apendicectomia. Mãe esteve presente em ambas as sessões. Criança muito comunicativa e com iniciativa nas duas sessões.</p>	

Nas observações colocar: presença de acompanhante na actividade; patologia da criança e/ou outros dados considerados relevantes para esta observação.

Laura?

**GRELHA DE OBSERVAÇÃO – CRIANÇAS DOS 3 – 6 ANOS DE IDADE – ACTIVIDADE: HOSPITAL DOS PEQUENINOS**

	1ª Sessão	2ª Sessão
<b>Data Actividade</b>	2011/03/20	2011/03/24
<b>Idade da Criança</b>	5 anos	5 anos
<b>Tempo de Internamento</b>	2º dia de internamento	6º dia de internamento
<b>Internamentos Anteriores</b>	Não	Não
<b>A criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para a actividade</b>	Sim. Manipulou e explorou os materiais e sabe para que servem demonstrando a sua utilização, nomeadamente com as seringas, kit de aerossol, kit de oxigénio, termómetro e espátula.	Sim. Lembra-se para que são utilizados os materiais (aqueles que sabia demonstrar a sua utilização e os que aprendeu para que servem) e demonstra-o.
<b>A criança interage com as outras crianças</b>	Sim. Fez esta sessão com outras duas crianças e a interacção era constante entre elas.	Sim. Fez esta sessão com as duas crianças da 1ª sessão e estiveram sempre em interacção, dando uma sugestões sobre como fazer algo (procedimento) à outra.
<b>A criança está atenta às orientações que a enfermeira lhe dá para os cuidados ao seu boneco</b>	Sim e cumpre o que lhe peço.	Sim e cumpre o que lhe peço. Embora denote que está com mais iniciativa e inicia o procedimento mesmo antes de eu lhe dizer o que é para fazer.
<b>A criança toma iniciativa e aceita sugestões</b>	Sim.	Sim.
<b>A criança toma iniciativa, modifica e introduz novos elementos no decorrer da actividade ao seu boneco</b>	Sim. Criança atenta e que manipula os objectos explorando-os e quando necessita destes novamente sabe para que servem.	Sim.
<b>A criança não tem iniciativa; espera por orientações da enfermeira</b>	—	—
<b>A criança cria inúmeras situações de brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares</b>	Associou a necessidade de cuidados da sua boneca aos que ela própria necessitava. Tudo o que referiu era em todo semelhante à sua situação patológica.	Manteve a atitude da 1ª sessão.

<p>A criança cria inúmeras situações de brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares e reelabora-as de forma compreensiva ao seu nível de desenvolvimento</p>	<p>Sim. Além de projectar na boneca a maioria dos cuidados a que ela própria havia sido submetida, acrescentava sempre algum diferente (nestes procedimentos a utilização dos materiais era feita consoante ela achava que era o mais correcto, por foi preciso ajudar a perceber o porque de um procedimento e a forma de o realizar).</p>	<p>Manteve a atitude da 1ª sessão.</p>
<p>A criança expressa os seus sentimentos, transpondo-os para o seu boneco</p>	<p>Sim. A boneca dela tinha dor onde ela também teve no 1º dia de internamento.</p>	<p>Transpôs sempre para a boneca tudo o que lhe foi feito durante o internamento, fazendo uma cara triste quando se referia à dor da boneca e uma cara contente quando após dar o medicamento (para a dor) referia que ela já estava melhor.</p>
<p>A criança está atenta ao que as outras crianças estão a fazer com os seus bonecos</p>	<p>Sim.</p>	<p>Sim e intervém ajudando as outras crianças nos procedimentos e dando a sua opinião, dizendo que não é assim.</p>
<p>A criança está atenta ao que a enfermeira está fazendo com os bonecos das outras crianças e está sempre pronta a intervir</p>	<p>Sim.</p>	<p>Sim.</p>
<p>No final da sessão a criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para actividade e demonstra no seu boneco como utiliza-los</p>	<p>Sim.</p>	<p>Sim.</p>
<p><b>OBSERVAÇÕES</b></p>	<p>Criança retrata na boneca a sua situação patológica. Diagnóstico: pneumonia. Mãe esteve presente em ambas as sessões. Sempre que realizava um procedimento voltava-se para trás para mostrar à mãe.</p>	

Nas observações colocar: presença de acompanhante na actividade; patologia da criança e/ou outros dados considerados relevantes para esta observação.

LUISA

**GRELHA DE OBSERVAÇÃO – CRIANÇAS DOS 3 – 6 ANOS DE IDADE – ACTIVIDADE: HOSPITAL DOS PEQUENINOS**

	1ª Sessão	2ª Sessão
<b>Data Actividade</b>	2011/03/20	2011/03/24
<b>Idade da Criança</b>	5 anos	5 anos
<b>Tempo de Internamento</b>	2º dia de internamento	6º dia de internamento
<b>Internamentos Anteriores</b>	Não	Não
<b>A criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para a actividade</b>	Sim. Manipulou e explorou os materiais quando solicitada e não por iniciativa própria. Sabe para que servem alguns destes, demonstrando a sua utilização, nomeadamente com as seringas, copo de medicação, termómetro e espátula.	Sim por iniciativa própria. Lembra-se para que são utilizados os materiais (aqueles que sabia demonstrar a sua utilização e os que aprendeu para que servem). Necessita de ajuda para demonstrar para que servem.
<b>A criança interage com as outras crianças</b>	Sim, embora pouco comunicativa. Fez esta sessão com outras duas crianças e interagiu com elas.	Sim. Fez esta sessão com as duas crianças da 1ª sessão e interagiu muito mais com elas.
<b>A criança está atenta às orientações que a enfermeira lhe dá para os cuidados ao seu boneco</b>	Sim e cumpre o que lhe peço.	Sim e cumpre o que lhe peço. Embora denote que está sempre à espera que eu a ajude a iniciar o procedimento.
<b>A criança toma iniciativa e aceita sugestões</b>	Não. Criança imita o comportamento e a atitude das outras crianças.	Está melhor em termos de iniciativa, embora esteja sempre à espera de uma ajuda minha.
<b>A criança toma iniciativa, modifica e introduz novos elementos no decorrer da actividade ao seu boneco</b>	Criança atenta e que manipula os objectos explorando-os quando solicitada. Muitas vezes e mesmo após explicar para que servem, utiliza-os (a alguns) de forma inadequada.	Sim. Criança introduz novos elementos no decorrer da actividade e sabe como utilizá-los, olhando para mim no sentido de obter a aprovação sobre o que está a fazer.
<b>A criança não tem iniciativa; espera por orientações da enfermeira</b>	Criança não tem iniciativa, espera por orientações minhas.	Embora espere por orientações minhas, já pega por iniciativa própria em alguns dos materiais e inicia o procedimento.
<b>A criança cria inúmeras situações de brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares</b>	Criança imita o comportamento e a atitude das outras crianças.	Criou situações na boneca que remetiam para a sua situação patológica.

A criança cria inúmeras situações de brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares e reelabora-as de forma compreensiva ao seu nível de desenvolvimento	Não	Sim. Projectou na boneca a maioria dos cuidados a que ela própria havia sido submetida.
A criança expressa os seus sentimentos, transpondo-os para o seu boneco	Não.	Transpôs para a boneca tudo o que lhe foi feito durante o internamento, fazendo uma cara triste quando se referia à dor da boneca quando era para colocar o soro na veia e uma cara contente quando a boneca já estava melhor.
A criança está atenta ao que as outras crianças estão a fazer com os seus bonecos	Sim.	Manteve a atitude da 1ª sessão. Está mais participativa. Quando estou a orientar uma das outras crianças nos procedimentos a realizar, dá opinião sobre como se deve fazer.
A criança está atenta ao que a enfermeira está fazendo com os bonecos das outras crianças e está sempre pronta a intervir	Está atenta, mas não intervém. Imita o procedimento.	Está atenta e dá a sua opinião sobre como se deve fazer.
No final da sessão a criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para actividade e demonstra no seu boneco como utiliza-los	Sim, quando solicitada para o efeito. Demonstra na sua boneca como utilizar as seringas (sem olhar para as outras crianças), os restantes materiais demonstra-os imitando a forma como as outras crianças o fazem.	Sim, por iniciativa própria. Demonstra como utilizar os materiais na sua boneca com a minha orientação inicial.
<b>OBSERVAÇÕES</b>	Criança retrata na boneca a sua situação patológica apenas na 2ª sessão. Diagnóstico: pneumonia. Mãe esteve presente apenas na 2ª sessão. Criança pouco comunicativa na 1ª sessão. Na 2ª sessão muito mais comunicativa e com iniciativa.	

Nas observações colocar: presença de acompanhante na actividade; patologia da criança e/ou outros dados considerados relevantes para esta observação.

CARLOTA

**GRELHA DE OBSERVAÇÃO – CRIANÇAS DOS 7 – 12 ANOS DE IDADE – ACTIVIDADE: HOSPITAL DOS PEQUENINOS: 1ª e 2ª SESSÃO**

	1ª Sessão	2ª Sessão
<b>Data Actividade</b>	2011/03/22	2011/03/26
<b>Idade da Criança</b>	7 anos	7 anos
<b>Tempo de Internamento</b>	2ª dia de internamento	6ª dia de internamento
<b>Internamentos Anteriores</b>	Não	Não
<b>A criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para a actividade</b>	Sim. Manipulou e explorou os materiais e sabe para que servem demonstrando a sua utilização, nomeadamente com as seringas, kit de aerossol, kit de oxigénio, termómetro, espátula, sistemas de soro e medicação em perfusão.	Sim. Manteve atitude da 1ª sessão.
<b>A Criança “veste” o papel de Enfermeiro/a e inicia a consulta ao boneco da outra criança</b>	Sim. Adorou ter vestido a “farda de enfermeira” e isso viu-se quer pela sua expressão contente quer pela forma como assumiu o papel de enfermeira.	Demonstra atitude semelhante à da 1ª sessão, crescendo-se que tem muita iniciativa e é entusiasta em tudo o que faz e da forma como fala. Disse que queria ser enfermeira quando fosse grande.
<b>A criança interage com a outra criança</b>	Sim. É uma criança muito comunicativa e que acaba por motivar as outras a participar e comunicar também.	Manteve atitude da 1ª sessão.
<b>A criança está atenta às orientações que a enfermeira dá para os cuidados ao boneco da outra criança</b>	Sim. Embora muitas vezes mesmo após a minha orientação ela mantenha a forma como estava a fazer; sendo necessário explicar o porque de fazer de determinada forma. Depois de explicar, aparentemente percebe e retoma a actividade.	Manteve atitude da 1ª sessão, embora pareça muito mais receptiva aos meus “reparos”; ajuda a outra criança e dá sugestões.
<b>A criança toma iniciativa e aceita sugestões</b>	Sim. Criança com muita iniciativa própria. Inicialmente não aceitou muito as sugestões mas depois de explicar o porquê de tal procedimento, fica mais receptiva.	Sim. Muito melhor em termos de aceitar sugestões em relação à 1ª sessão.
<b>A criança toma iniciativa, modifica e introduz novos elementos no decorrer da actividade ao boneco da outra criança</b>	Sim. Criança atenta e que manipula os objectos explorando-os e quando necessita destes novamente sabe para que servem. Sabe para que servem os materiais com os quais ainda não teve contacto, pois é uma criança muito atenta aos procedimentos que são efectuados às crianças da mesma enfermaria.	Manteve atitude da 1ª sessão.
<b>A criança não tem iniciativa; espera por orientações da enfermeira</b>	---	---
<b>A criança cria inúmeras situações de</b>	Sim. Tudo o que referiu era em todo semelhante à sua	Manteve atitude da 1ª sessão.

brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares	situação patológica.	
A criança cria inúmeras situações de brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares e reelabora-as de forma compreensiva ao seu nível de desenvolvimento	Sim. Além de projectar na boneca a maioria dos cuidados a que ela própria havia sido submetida, acrescentava sempre algum diferente (conseguindo explicar à outra criança como o fazer de forma perceptível para ambas, chegando mesmo a dizer à outra criança: “não sabes fazer?” “é assim”).	Manteve atitude da 1ª sessão.
A criança expressa os seus sentimentos, transpondo-os para os cuidados que presta ao boneco da outra criança	Sim. Disse para outra criança “A tua boneca está a chorar. Ela tem dores? Acho que é na barriga.”, fazendo um fôcies triste.	Manteve atitude da 1ª sessão.
A criança está atenta ao que a outra criança está a fazer com o seu boneco	Sim. E corrige sempre que acha que a outra criança está fazendo mal, ou não sabe fazer.	Manteve atitude da 1ª sessão.
A criança está atenta ao que a enfermeira está fazendo com o boneco da outra criança e está sempre pronta a intervir	Sim. Está sempre pronta a opinar e disse várias vezes “Quando fui eu a enfermeira fez assim (e demonstrava) para não doer”.	Manteve atitude da 1ª sessão.
No final da sessão a criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para a actividade e demonstra como utiliza-los	Sim. Sabe como utilizá-los e quando não sabe pergunta para que serve, demonstrando logo de seguida.	Percebe-se que assimilou os conhecimentos transmitidos na primeira sessão.
<b>OBSERVAÇÕES</b>	Criança muito colaborante. Sabia para que serviam os materiais, não por terem sido utilizados nela, mas por já os ter visto utilizar nas meninas da mesma enfermaria. Patologia de entrada: pneumonia. Fez a 1ª sessão sem acompanhante e na 2ª a avó assistiu.	

Nas observações colocar: patologia da criança e/ou outros dados considerados relevantes para esta observação.

**EMANOEL****GRELHA DE OBSERVAÇÃO – CRIANÇAS DOS 7 – 12 ANOS DE IDADE – ACTIVIDADE: HOSPITAL DOS PEQUENINOS: 1ª e 2ª SESSÃO**

	1ª Sessão	2ª Sessão
<b>Data Actividade</b>	2011/03/22	2011/03/25
<b>Idade da Criança</b>	7 anos	7 anos
<b>Tempo de Internamento</b>	3ª dia de internamento	6ª dia de internamento
<b>Internamentos Anteriores</b>	Sim. Por pneumonia. Tinha 2 anos.	Sim. Por pneumonia. Tinha 2 anos.
<b>A criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para a actividade</b>	Sim. Manipulou e explorou os materiais e sabe para que servem demonstrando a sua utilização, nomeadamente com as seringas, kit de aerossol, kit de oxigénio, termómetro, espátula, sistemas de soro e medicação em perfusão.	Sim. Manteve atitude da 1ª sessão.
<b>A Criança “veste” o papel de Enfermeiro/a e inicia a consulta ao boneco da outra criança</b>	Sim. Inicialmente estava “um pouco” envergonhado e depois conforme foi ganhando confiança, foi assumindo cada vez mais o papel de “enfermeiro”.	Criança muito participativa e interactiva quer comigo quer com a outra criança.
<b>A criança interage com a outra criança</b>	Inicialmente interagiu pouco mas depois ao longo de toda a actividade foi interagindo cada vez mais.	Criança muito interactiva e comunicativa com a outra criança.
<b>A criança está atenta às orientações que a enfermeira dá para os cuidados ao boneco da outra criança</b>	Sim, está atento às orientações. Inicialmente não ajudou muito a outra criança a cuidar do seu boneco, mas depois foi intervindo mais.	Muito atento e participativo, ajudando a outra criança.
<b>A criança toma iniciativa e aceita sugestões</b>	Sim, embora na maioria das vezes aguardou que fosse eu a dar as orientações à outra criança, limitando-se a olhar. Aceita sugestões.	Sim. Muito melhor em termos de iniciativa em relação à 1ª sessão.
<b>A criança toma iniciativa, modifica e introduz novos elementos no decorrer da actividade ao boneco da outra criança</b>	Inicialmente não modificava nem introduzia novos elementos. Depois à medida que foi ganhando confiança modificava alguns dos elementos, não introduzindo novos.	Modifica e introduz novos elementos no decorrer da actividade ao boneco da outra criança. Por exemplo: o boneco da outra criança estava com muita tosse. Para além do aerossol, disse que tínhamos de o deixar descansar um pouco que ia melhorar.
<b>A criança não tem iniciativa; espera por orientações da enfermeira</b>	---	---
<b>A criança cria inúmeras situações de</b>	Não.	Sim. Tudo o que referiu era em todo semelhante à sua situação patológica.

<b>brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares</b>		
<b>A criança cria inúmeras situações de brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares e reelabora-as de forma compreensiva ao seu nível de desenvolvimento</b>	Não.	Sim. Além de projectar no boneco da outra criança a maioria dos cuidados a que ele próprio havia sido submetido, acrescentou de vez em quando algum diferente.
<b>A criança expressa os seus sentimentos, transpondo-os para os cuidados que presta ao boneco da outra criança</b>	Não.	Sim. Disse para a outra criança “O teu boneco tem uma dor na barriga? Já lhe deste o remédio vermelho? Esse é bom. Foi bom para mim”, fazendo um fâcies triste.
<b>A criança está atenta ao que a outra criança está a fazer com o seu boneco</b>	Sim. Embora pouco participativo no início da sessão, o que depois gradualmente melhorando.	Sim. Muito mais atento e participativo. Corrige a outra criança quando acha que esta está fazendo algo mal e/ou ajuda quando necessário.
<b>A criança está atenta ao que a enfermeira está fazendo com o boneco da outra criança e está sempre pronta a intervir</b>	Criança atenta, embora tenha intervindo pouco.	Criança atenta e muito mais interveniente.
<b>No final da sessão a criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para a actividade e demonstra como utiliza-los</b>	Sim. Sabe como utilizá-los e quando não sabe pergunta para que serve, demonstrando logo de seguida.	Percebe-se que assimilou os conhecimentos transmitidos na primeira sessão.
<b>OBSERVAÇÕES</b>	Criança muito colaborante. Sabia para que serviam a maioria dos materiais. Patologia de entrada: pneumonia. Fez as sessões sem acompanhante.	

Nas observações colocar: patologia da criança e/ou outros dados considerados relevantes para esta observação.

FRANCISCO

**GRELHA DE OBSERVAÇÃO – CRIANÇAS DOS 7 – 12 ANOS DE IDADE – ACTIVIDADE: HOSPITAL DOS PEQUENINOS: 1ª e 2ª SESSÃO**

	1ª Sessão	2ª Sessão
<b>Data Actividade</b>	2011/03/27	2011/03/29
<b>Idade da Criança</b>	8 anos	8 anos
<b>Tempo de Internamento</b>	3ª dia de internamento	5ª dia de internamento
<b>Internamentos Anteriores</b>	Sim. Por pneumonia. Tinha 6 anos.	Sim. Por pneumonia. Tinha 6 anos.
<b>A criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para a actividade</b>	Sim. Manipulou e explorou os materiais e sabe para que servem demonstrando a sua utilização, nomeadamente com as seringas, kit de aerossol, kit de oxigénio, termómetro, espátula, sistemas de soro e medicação em perfusão.	Sim. Manteve atitude da 1ª sessão.
<b>A Criança “veste” o papel de Enfermeiro/a e inicia a consulta ao boneco da outra criança</b>	Sim. Criança muito participativa e interactiva quer comigo quer com a outra criança.	Manteve atitude da 1ª sessão.
<b>A criança interage com a outra criança</b>	Desde inicio interagiu muito bem com a outra criança.	Manteve atitude da 1ª sessão.
<b>A criança está atenta às orientações que a enfermeira dá para os cuidados ao boneco da outra criança</b>	Sim, está atento às orientações. Ajuda a outra criança a cuidar do boneco.	Muito atento e participativo, ajudando a outra criança.
<b>A criança toma iniciativa e aceita sugestões</b>	Criança com muita iniciativa própria; muito comunicativo, aceitando sugestões, concretizando-as.	Manteve atitude da 1ª sessão.
<b>A criança toma iniciativa, modifica e introduz novos elementos no decorrer da actividade ao boneco da outra criança</b>	Criança com iniciativa, modificando e introduzindo novos elementos no decorrer da actividade.	Modifica e introduz novos elementos no decorrer da actividade ao boneco da outra criança. Por exemplo: o boneco da outra criança estava com muita febre. Para além do remédio para a febre, disse que tínhamos de dar um banho ao boneco.
<b>A criança não tem iniciativa; espera por orientações da enfermeira</b>	---	---
<b>A criança cria inúmeras situações de</b>	Sim.	Sim. Tudo o que referiu era em todo semelhante à sua situação patológica. Exemplo: o boneco da outra

<b>brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares</b>		criança estava com muita febre. Para além do remédio para a febre, disse que tínhamos de dar um banho ao boneco. Tudo tal como aconteceu a ele.
<b>A criança cria inúmeras situações de brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares e reelabora-as de forma compreensiva ao seu nível de desenvolvimento</b>	Sim.	Sim. Projectou no boneco da outra criança a maioria dos cuidados a que ele próprio havia sido submetido, reelaborando-os de forma compreensiva para o seu nível de desenvolvimento.
<b>A criança expressa os seus sentimentos, transpondo-os para os cuidados que presta ao boneco da outra criança</b>	Sim.	Sim. Disse para a outra criança “O teu boneco ainda tem febre? As vezes demora para ficar bom. Comigo foi assim”, fazendo um fâcies triste.
<b>A criança está atenta ao que a outra criança está a fazer com o seu boneco</b>	Sim.	Sim. Muito atento e participativo. Corrige a outra criança quando acha que esta está fazendo algo mal e ajuda sempre.
<b>A criança está atenta ao que a enfermeira está fazendo com o boneco da outra criança e está sempre pronta a intervir</b>	Sim.	Manteve atitude da 1ª sessão.
<b>No final da sessão a criança manipula e explora os materiais dispostos na mesa para a actividade e demonstra como utiliza-los</b>	Sim. Sabe como utilizá-los e quando não sabe pergunta para que serve, demonstrando logo de seguida.	Percebe-se que assimilou os conhecimentos transmitidos na primeira sessão.
<b>OBSERVAÇÕES</b>	Criança muito colaborante. Sabia para que serviam a maioria dos materiais. Patologia de entrada: síndrome febril. Fez as sessões sem acompanhante.	

Nas observações colocar: patologia da criança e/ou outros dados considerados relevantes para esta observação.

## Laura

No que se refere à Laura, ela manipulou e explorou os materiais e demonstrou saber para que servem demonstrando a sua utilização, nomeadamente com as seringas, kit de aerossol, kit de oxigénio, termómetro e espátula. Interagiu com as outras crianças do grupo, tendo iniciativa própria. Associou a necessidade de cuidados da sua boneca aos que ela própria necessitava (diagnostico de entrada – pneumonia). Tudo o que referiu era em todo semelhante à sua situação patológica. Transpôs sempre para a boneca tudo o que lhe foi feito durante o internamento, fazendo uma cara triste quando se referia à dor da boneca e uma cara contente quando após dar o medicamento (para a dor) referia que ela já estava melhor. Criança que quer na 1ª sessão quer na 2ª revelou ter um à vontade com a manipulação dos materiais e ter assimilado os conhecimentos acerca dos materiais com os quais nunca tinha tido contacto. A mãe esteve presente nas duas sessões. Referiu que a Laura contou a todas as visitas que tinha brincado nesse dia e que tinha cuidado da sua boneca, mostrando o cateter. Nos dias em que não trabalhei quer as colegas quer a mãe referiram que esta dava sempre a medicação (faz-de-conta) à sua boneca primeiro e que depois a colega dava a dela e que ela colaborou “imenso” sic. Referiu muitas vezes vontade de voltar a repetir a brincadeira.

A Laura ficou com a sua boneca na enfermaria. Ela tinha colocado nela um prolongamento com torneira e adesivos e era o cateter permeável da sua boneca (após a primeira sessão). Sempre que íamos dar a medicação à Laura, a Laura também a dava à sua boneca, fazendo de conta. A sua boneca também fazia muitas vezes aerossol depois da Laura o fazer. Pudemo-nos aperceber que a Laura passou a reagir muito melhor à administração de medicação; à colheita de análises (onde referiu, por exemplo, quando a colega colocou a xylocaina spray antes de puncionar a veia, que este era o spray que cheirava a banana), colaborando, etc. Verificou-se uma maior colaboração da Laura em todos os procedimentos que realizávamos, pois visto que ela já sabia do que se tratava e porque reavivamos a sua memória sempre antes do mesmo, explicando o porque e relembrando que já o havíamos feito antes, ela não tinha tanto medo do desconhecido.

## CAROLINA

Relativamente à Carolina, esta manipulou e explorou os materiais quando solicitada. Sabe para que servem alguns destes, demonstrando a sua utilização, nomeadamente com as seringas, kit de aerossol, termómetro, sistema de soroterapia e material de pensos. Interagiu com as outras crianças do grupo, tendo iniciativa própria e

sendo muito comunicativa, acrescentando detalhes às orientações que lhe dava, por exemplo: a boneca tem um penso (na barriga porque foi operada tal como a Carolina) e eu digo que vamos lhe fazer o penso. Ela responde que é preciso primeiro molhar para não magoar, criando assim situações na boneca que remetiam para a sua situação patológica. Associou a necessidade de cuidados da sua boneca aos que ela própria necessitava (diagnostico de entrada – apendicectomia). Revelou quer na 1ª sessão quer na 2ª ter um à vontade com a manipulação dos materiais e ter assimilado os conhecimentos acerca dos materiais com os quais nunca tinha tido contacto, demonstrando como utilizar os materiais na sua boneca sem necessitar de orientação minha, apenas me chamando para mostrar e perguntar se está bom. A mãe esteve presente nas duas sessões. A mãe referiu que a Carolina esteve todo o dia (após a primeira sessão) a brincar com a boneca em género de se relembrar do que havia sido feito na actividade. Quando chegávamos lá, ela dizia logo que a boneca dela também tinha um penso na barriga como ela. Para além do penso, esta tinha também um prolongamento com torneira e adesivo a proteger na mão esquerda (tal como a Carolina). Nos dias em que não trabalhei quer as colegas quer a mãe referiram que esta dava sempre a medicação (faz-de-conta) à sua boneca primeiro e que depois a colega dava a dela e que ela colaborou imenso. Referiu muitas vezes vontade de voltar a repetir a brincadeira.

Pudemo-nos aperceber que a Carolina passou a reagir muito melhor à administração de medicação; à realização do penso (quando questionada sabia o que era o material e para que servia, por exemplo, o soro é para lavar) etc., colaborando. Verificou-se uma maior colaboração da Carolina em todos os procedimentos que realizávamos, pois visto que ela já sabia do que se tratava não demonstrava ter tanto medo do desconhecido.

## LUISA

A Luísa revelou na primeira sessão do Hospital dos Pequeninos que realizei que sabia para que serviam alguns dos materiais dispostos na mesa, demonstrando a sua utilização, nomeadamente com as seringas, copo de medicação, termómetro e espátula.

Demonstrou-se pouco comunicativa e sem iniciativa própria na 1ª sessão, imitando o comportamento e a atitude das outras crianças presentes na actividade, esperando sempre por uma orientação minha. Muitas vezes e mesmo após explicar para que servem, utilizou-os (aos materiais) de forma inadequada. Não criou situações de

brincadeira relacionadas com as suas experiências hospitalares e não reelaborou-as de forma compreensiva ao seu nível de desenvolvimento; não expressou os seus sentimentos, nem os transpôs para o boneco. Na segunda sessão esteve muito mais atenta, com iniciativa própria e sem imitar o comportamento das outras crianças. Esteve mais comunicativa, embora ainda esperasse por orientações minhas, já pegava por iniciativa própria em alguns dos materiais e iniciava o procedimento. Transpôs para a boneca tudo o que lhe foi feito durante o internamento, fazendo uma cara triste quando se referia à dor da boneca quando era para colocar o soro na veia e uma cara contente quando a boneca já estava melhor. A mãe esteve presente apenas na 2ª sessão. Denotou-se que a Luísa esteve menos participativa e comunicativa na primeira sessão, talvez motivada pela ausência da mãe. A verdade é que na segunda sessão revelou uma “nova” Luísa, muito mais interactiva, comunicativa e com iniciativa própria. Após a primeira sessão, a Luísa levou consigo para a enfermaria a sua boneca que tinha também ela um prolongamento com torneira e adesivo para fazer medicação endovenosa (faz-de-conta), assim como, um kit de aerossol. A mãe refere que pelo facto da Luísa estar na mesma enfermaria que as outras duas crianças que realizaram a actividade com ela, ela passou a brincar muito mais com a boneca, projectando nela muito do que se fazia nela. A boneca fazia o aerossol ao mesmo tempo que a Luísa e fazia a medicação também. A colaboração desta nos procedimentos foi muito maior e melhor.

Relativamente às crianças dos 7 aos 12 anos, só consegui realizar a actividade com três crianças como já referi, com idades compreendidas entre os 7 e os 8 anos.

Conseguí então realizar as sessões da actividade Hospital dos Pequeninos consoante disponibilidade de tempo e tendo em conta os critérios predefinidos sobre a selecção das crianças e a sua estabilidade hemodinâmica.

Após a obtenção da autorização verbal dos pais e a expressa vontade das crianças em participar nesta actividade, levei-as para a sala de actividades pelas 17 horas e com a ajuda das educadoras do serviço dispus os materiais a utilizar na mesa, assim como, disponibilizei a farda de enfermeira a utilizar. O entusiasmo das crianças em torno de toda a actividade era evidente e logo que viram os materiais ficaram radiantes e começaram logo a manipulá-los. De denotar que duas destas crianças haviam tido internamentos anteriores.

De salientar que usei nomes fictícios para o preenchimento das grelhas de observação, nomes esses que mantereí neste momento.

## CARLOTA

No que se refere à Carlota, esta adorou ter vestido a “farda de enfermeira” e isso viu-se quer pela sua expressão contente quer pela forma como “assumiu” o papel de enfermeira. Manipulou e explorou os materiais e sabe para que servem demonstrando a sua utilização, nomeadamente com as seringas, kit de aerossol, kit de oxigénio, termómetro, espátula, sistemas de soro e medicação em perfusão.

É uma criança muito comunicativa e que acaba por motivar as outras a participar e comunicar também. Criança com muita iniciativa própria. Inicialmente não aceitou muito as sugestões mas depois de explicar o porquê de tal procedimento, fica mais receptiva. Além de projectar na boneca a maioria dos cuidados a que ela própria havia sido submetida, acrescentava sempre algum diferente (conseguindo explicar à outra criança como o fazer de forma perceptível para ambas, chegando mesmo a dizer à outra criança: “não sabes fazer?” “é assim”). Expressa os seus sentimentos dizendo para a outra criança “A tua boneca está a chorar. Ela tem dores? Acho que é na barriga.”, fazendo um fâcies triste. Na segunda sessão manteve de todo a atitude assumida na primeira sessão, crescendo que parece muito mais receptiva aos meus “reparos” e aceita sugestões. Denotou-se que sabia para que serviam os materiais mesmo aqueles com os quais nunca tinha tido contacto, apenas por estar atenta aos procedimentos realizados às meninas da mesma enfermaria. A avó esteve presente na segunda sessão e refere que a Carlota parece estar muito mais desperta para todos os procedimentos que lhe realizamos e os que realizamos às colegas de enfermaria. Mais colaborante, aceitando melhor os procedimentos que lhe realizamos e transpondo para estes toda a aprendizagem feita nas sessões.

## EMANUEL

Quer o Emanuel quer o Francisco já tiveram internamentos anteriores no serviço, mas apenas o Francisco diz lembrar-se de algumas coisas do internamento que não consegue especificar.

O Emanuel inicialmente estava “um pouco” envergonhado e depois conforme foi ganhando confiança, foi assumindo cada vez mais o papel de “enfermeiro”, interagiu pouco mas depois ao longo de toda a actividade foi interagindo cada vez mais. Está atento às orientações que vou dando. Inicialmente não ajudou muito a outra criança a cuidar do seu boneco, mas depois foi intervindo mais. Teve iniciativa embora na

maioria das vezes aguardou que fosse eu a dar as orientações à outra criança, limitando-se a olhar; aceita sugestões. Durante a primeira sessão não expressou sentimentos e/ou projectou no boneco da outra criança situações que remetessem para a sua patologia. Na segunda sessão revelou-se muito mais participativo e interactivo quer comigo quer com a outra criança; modifica e introduz novos elementos no decorrer da actividade ao boneco da outra criança, por exemplo: o boneco da outra criança estava com muita tosse. Para além do aerossol, disse que tínhamos de o deixar descansar um pouco que ia melhorar. Conseguiu expressar os seus sentimentos e projecta-los para a sua situação em específico, por exemplo: disse para a outra criança “O teu boneco tem uma dor na barriga? Já lhe deste o remédio vermelho? Esse é bom. Foi bom para mim”, fazendo um fâcies triste. Percebe-se que assimilou os conhecimentos transmitidos na primeira sessão. Quanto ao feedback dos pais (estes não estiveram presentes na actividade) estes referem que o Emanuel está muito mais comunicativo e interactivo com as enfermeiras; que intervém aquando da realização de um procedimento, estando mais colaborante, transpondo para estes toda a aprendizagem partilhada nas sessões.

## FRANCISCO

Para o Francisco este é já o segundo internamento no espaço de dois anos. A mãe refere que este no regresso a casa após o primeiro internamento, acordava muitas vezes durante a noite, dizendo que não queria “picas”.

Revelou ser uma criança muito interactiva e comunicativa desde início, quer comigo quer com as outras crianças. Manipulou e explorou os materiais e sabe para que servem demonstrando a sua utilização, nomeadamente com as seringas, kit de aerossol, kit de oxigénio, termómetro, espátula, sistemas de soro e medicação em perfusão.

Criança que aceitava bem as sugestões e achegas dadas por mim, repercutindo-as nas orientações dadas à outra criança. Tudo o que referiu durante as duas sessões era em todo semelhante à sua situação patológica. Exemplo: o boneco da outra criança estava com muita febre. Para além do remédio para a febre, disse que tínhamos de dar um banho ao boneco. Tudo tal como aconteceu a ele. Criança que expressa facilmente os seus sentimentos quer na 1ª quer na 2ª sessão, exemplo: disse para a outra criança “O teu boneco ainda tem febre? Às vezes demora para ficar bom. Eu fui assim”, fazendo um fâcies triste. Muito atento e participativo. Corrige a outra criança quando acha que esta está fazendo algo mal e ajuda sempre. Percebe-se que assimilou os conhecimentos transmitidos na primeira sessão. Esteve sem acompanhante em ambas as sessões. A mãe

refere que o Francisco sempre foi bom comunicador, manifestando sempre o que pensa e de um modo frontal. Refere que sente o filho com mais confiança nos enfermeiros e no que estes lhe vão fazer, pois já teve contacto com muitos dos procedimentos e sabe que os enfermeiros lho explicam sempre tudo. A colaboração nos procedimentos sempre foi evidente já desde o início do internamento, mesmo antes das sessões. Mas a verdade é que quer a relação entre enfermeiro-criança quer a colaboração nos procedimentos ficou muito melhor após a actividade Hospital dos Pequeninos.

---

**ANEXO IX - FOTOS HOSPITAL DOS PEQUENINOS**

