



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
ENSINO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Kamila Onose Araujo Cunha

**BRINQUEDO TERAPÊUTICO: CONSIDERAÇÕES SOBRE SEU USO E SUA
APLICABILIDADE**

Dourados/MS

2019



Kamila Onose Araujo Cunha

**BRINQUEDO TERAPÊUTICO: CONSIDERAÇÕES SOBRE SEU USO E SUA
APLICABILIDADE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Stricto Sensu Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados como exigência final para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Maria de Medeiros

Coorientadora: Profa. Dra. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi.

Dourados/MS

2019

C978b Cunha, Kamila Onose Araujo

Brinquedo terapêutico : considerações sobre seu uso e sua aplicabilidade/ Kamila Onose Araujo Cunha. – Dourados, MS: UEMS, 2019.

65f.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Ensino em Saúde – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2019.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marcia Maria de Medeiros.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi.

1. Criança hospitalizada 2. Brinquedo 3. Educação em Saúde
I. Título

CDD 23. ed. - 618.9206



Ata de Defesa de Dissertação
Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde
Mestrado Profissional

Aos nove dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezenove, às nove horas, na Unidade Universitária de Dourados, da Fundação Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, realizou-se a sessão de defesa de Dissertação, intitulada: "Brinquedo Terapêutico: considerações sobre seu uso e sua aplicabilidade" de autoria da aluna: **KAMILA ONOSE ARAÚJO CUNHA**, CPF 035.111.071-21, sob a orientação de **MARCIA MARIA DE MEDEIROS** do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde, nível: Mestrado Profissional. Reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: **Dra. MARCIA MARIA DE MEDEIROS (Presidente)**, **Dra. FABIANA PEREZ RODRIGUES BERGAMASCHI**, **Dr. MARCOS ANTONIO NUNES DE ARAUJO** e **Dra. BEATRIZ DOS SANTOS LANDA (UFGD)**. Concluída a apresentação e arguição, os membros da Banca Examinadora emitiram parecer expresso conforme segue:

Aprovação

Aprovação com revisão

Reprovação

EXAMINADOR

ASSINATURA

Dra. MARCIA MARIA DE MEDEIROS

Dra. FABIANA PEREZ RODRIGUES BERGAMASCHI

Dr. MARCOS ANTONIO NUNES DE ARAUJO

Dra. BEATRIZ DOS SANTOS LANDA (UFGD)

Marcia Maria de Medeiros
Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi
Marcos Antonio Nunes de Araujo
Beatriz dos Santos Landa

OBSERVAÇÕES:

Nada mais a ser tratado, a Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

Marcia Maria de Medeiros
Presidente da Banca Examinadora

Kamila Onose Araujo Cunha
Aluna

ATA DE VALIDAÇÃO DA PRODUÇÃO TÉCNICA

Aos nove dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezenove, realizou-se a Validação da Produção Técnica intitulada: **ROTEIRO PARA CONSTRUÇÃO E UTILIZAÇÃO DO BONECO EM SESSÕES DE BRINQUEDO TERAPÊUTICO**, de autoria da mestranda **Kamila Onose Araujo Cunha**, discente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. A comissão julgadora foi constituída pelos seguintes componentes: Profa. Dra. Marcia Maria de Medeiros (orientadora/presidente), Profa. Dra. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi (coorientadora), Prof. Dr. Marcos Antonio Nunes de Araújo (examinador titular) e Profa. Dra. Beatriz dos Santos Landa (examinadora titular externa). Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, a comissão julgadora considerou a mestranda: APROVADA. E, para constar, foi lavrada a presente Ata, que será assinada pelos membros da Comissão Julgadora.

Dourados/MS, 09 de setembro de 2019.


Profa. Dra. Marcia Maria de Medeiros - UEMS


Profa. Dra. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi - UEMS


Prof. Dr. Marcos Antonio Nunes de Araújo - UEMS


Profa. Dra. Beatriz dos Santos Landa - UFGD

KAMILA ONOSE ARAUJO CUNHA

***BRINQUEDO TERAPÊUTICO: CONSIDERAÇÕES SOBRE SEU USO E SUA
APLICABILIDADE.***

Produto Final do Curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Aprovado em: 09 de setembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dra. Marcia Maria de Medeiros - UEMS



Prof. Dra. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi – UEMS



Prof. Dr. Marcos Antonio Nunes de Araujo - UEMS



Prof. Dra. Beatriz dos Santos Landa - UFGD

KAMILA ONOSE ARAUJO CUNHA

***ROTEIRO PARA CONSTRUÇÃO E UTILIZAÇÃO DO BONECO EM SESSÕES DE
BRINQUEDO TERAPÊUTICO.***

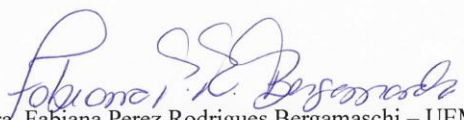
Produção Técnica do Curso de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Validação em: 09 de setembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dra. Marcia Maria de Medeiros - UEMS



Prof. Dra. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi – UEMS



Prof. Dr. Marcos Antonio Nunes de Araújo - UEMS



Prof. Dra. Beatriz dos Santos Landa - UFGD

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
O PROJETO INICIAL	12
RESUMO	12
ABSTRACT.....	12
INTRODUÇÃO.....	13
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
Os significados da criança e da infância	15
O Brinquedo Terapêutico.....	16
O Planejamento Estratégico Situacional	18
JUSTIFICATIVA	22
PROBLEMA.....	23
HIPOTESE	23
OBJETIVOS	24
Objetivo Geral	24
Objetivos Específicos	24
METODOLOGIA.....	24
LOCAL DE ESTUDO E AMOSTRA DA POPULAÇÃO.....	24
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	25
OFICINAS E CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO	25
Adequação à linha de pesquisa (Formação em Saúde ou Práticas Educativas em Saúde) e à especificidade do mestrado profissional:.....	27
RISCOS E BENEFÍCIOS	27
RESULTADOS ESPERADOS.....	27
ORÇAMENTO.....	28
CRONOGRAMA	28
REFERÊNCIAS	29

REFLEXÕES ACERCA DA CRIANÇA E INFÂNCIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E ANTROPOLÓGICOS	33
INTRODUÇÃO.....	34
Criança desde quando?	35
A divisão da sociedade em faixas etárias	40
Considerações Finais.....	44
REFERÊNCIAS	45
O BRINQUEDO TERAPÊUTICO: SUA IMPORTÂNCIA, SUAS MODALIDADES E APLICAÇÕES PRÁTICAS.	47
INTRODUÇÃO.....	47
O conceito de brinquedo terapêutico	51
O brinquedo terapêutico dramático (catártico).....	53
O Brinquedo Terapêutico Capacitador de Funções Fisiológicas	55
O BT instrucional ou preparatório.....	55
Considerações finais.....	60
Referências	60
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	64

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação foi apresentada como proposta ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde no ano de 2017. A ideia inicial do projeto era realizar oficinas com os enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva pediátrica (UTI- PED) do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), a fim de abordar o tema brinquedo terapêutico e construir juntamente com estes profissionais, um protocolo institucional para estabelecer a prática do brinquedo terapêutico no setor. As oficinas seriam estruturadas com base nas etapas do Planejamento Estratégico Situacional. Além disso a proposta inicial também contava com a construção de um modelo de brinquedo para uso nas sessões de brinquedo terapêutico.

O trabalho de pesquisa que esta dissertação realizou pretendeu construir um aporte relativo ao brinquedo terapêutico e a sua utilização como elemento importante junto às crianças em processo de internação e que passam, nessa condição, por momentos traumáticos.

Este trabalho está dividido em três partes. Na primeira apresenta-se o projeto da pesquisa que foi cadastrado na Plataforma Brasil, e aprovado junto ao Comitê de Ética com Seres Humanos (CESH) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul sob o número CAAE: 80301917.6.0000.8030. Por se tratar do projeto cadastrado na Plataforma Brasil alguns verbos se apresentam no futuro, pois as atividades na época do cadastro ainda seriam desenvolvidas.

Na segunda e terceira partes, apresentam-se dois artigos produzidos a partir das considerações teóricas que o trabalho de pesquisa alcançou. O primeiro artigo, intitulado Reflexões acerca da Criança e Infância: Aspectos Históricos e Antropológicos, discute como os termos “criança” e infância” sofreram mudanças e transformações em seus sentidos e em seus significados, as quais estão atreladas ao processo histórico e social do qual os sujeitos fazem parte.

Para alcançar a compreensão desses sentidos, o artigo estuda obras como **História Social da Criança e da Família**, do historiador francês Philippe Ariès (2006). Neste livro, o autor mostra como a ideia que se tem hoje em relação a criança e a infância foi construída a partir de contextos nos quais a própria forma de compreender a ideia de família tem relevância. A partir daí, se constroem *modus operandi* e elementos que caracterizam o que é o “ser” criança.

O segundo artigo, O Brinquedo Terapêutico: sua Importância, suas Modalidades e Aplicações Práticas, mostra como o ato de brincar constitui atividade essencial para as crianças, uma vez que, através dele, estes sujeitos desenvolvem uma série de habilidades, a saber: motora,

psicológica e social. Por isso, a necessidade de respeitar este processo importante para a formação da criança, no qual o uso do Brinquedo Terapêutico tem um papel primordial.

Ambos os artigos estão formatados de acordo com as normas das revistas nas quais pretende-se submetê-los, daí a discrepância em termos metodológicos.

O PROJETO INICIAL

RESUMO

A hospitalização se caracteriza por um período de interrupção dos hábitos rotineiros dos indivíduos e por limitações geradas pela doença ou pelas rotinas hospitalares. Para as crianças essa condição é mais impactante já que a mesma fica afastada do convívio familiar e social e tem de lidar com mudanças abruptas em seus hábitos de vida, sem muitas vezes compreender a necessidade desse afastamento. O uso do brinquedo no ambiente hospitalar tem sido difundido na tentativa de familiarizar a criança com o ambiente onde está, reduzindo assim o medo e ansiedade decorrentes da internação. Os brinquedos podem ser diferenciados em duas categorias: normativo e terapêutico. O primeiro está relacionado a uso de objetos e práticas prazerosas para as crianças, mas que não possuem cunho terapêutico. Já a segunda categoria, chamada de Brinquedo Terapêutico (BT) consta de um dispositivo que deve ser aplicado de forma sistematizada por profissionais da enfermagem, pois possui cunho terapêutico específico. Faz-se fundamental a promoção de ações de educação em saúde a fim de capacitar a equipe de enfermagem para o uso desse dispositivo na assistência ao infante. Para tal não basta desenvolver atividades que despejem conhecimento teórico sobre a equipe de enfermagem, mas é necessário que todos os sujeitos sejam envolvidos na produção do conhecimento. Nesse contexto o Planejamento Estratégico Situacional (PES), método amplamente utilizado no SUS, configura-se como uma ferramenta para sistematizar ações de enfermagem e para implantar ou transformar práticas existentes. Estudos tem demonstrado o uso desse método na educação em saúde com o objetivo de capacitar profissionais para atuar nas diferentes faces do sistema de saúde. Diante do exposto, este trabalho pretende estabelecer o uso sistematizado do Brinquedo terapêutico em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-PED) do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD) utilizando a metodologia do PES para desenvolvimento e implantação do mesmo junto à equipe de enfermagem nesta unidade. Os enfermeiros que se enquadrarem nos critérios de inclusão e aceitarem participar da pesquisa serão divididos em 2 grupos, sendo um grupo dos que trabalham no período diurno (manhã e tarde), e outro grupo dos profissionais do período noturno. Serão realizados um mínimo de 4 oficinas com cada grupo de enfermeiros. Nestas oficinas serão seguidos os momentos (explicativo, normativo, estratégico, tático-operacional) do método de PES. A análise dos dados dos grupos focais se dará por meio da análise do discurso dos sujeitos envolvidos no processo. Será elaborado um protocolo de aplicação do BT na unidade em questão.

Palavras-chave: Criança hospitalizada; Brinquedo; Planejamento em saúde; Educação em saúde.

ABSTRACT

Hospitalization is characterized by a period of interruption of individuals' routine habits and limitations caused by a disease or hospital routines. For children this condition is more impactful as they have be kept far from family and social life, as well as they have to deal with abrupt changes in their lifestyle, without often understanding the need for this removal. The use of toys in the hospital environment has been widespread in an attempt to familiarize children with their environment, thus reducing the fear and anxiety resulting from hospitalization. Toys can be differentiated into two categories: normative and therapeutic. The first is related to the use of objects and pleasurable practices for children, though these do not have a therapeutic nature. The second category, called Therapeutic Toy (TT) consists of a device that should be

systematically applied by nursing professionals, because it has a specific therapeutic nature. The spreading of health education actions is essential to enable the nursing staff on how to use this device in infant care. Thus, it is not enough to develop activities that pour theoretical knowledge about the nursing team, but it is necessary that all subjects are involved in the production of knowledge. In this context, the Situational Strategic Planning (SSP), a method widely used in SUS (National Health Service), is configured as a tool to systematize nursing actions and to implement or transform existing practices. Studies have shown the use of this method in health education with the objective of training professionals to act in different faces of the health system. Given the above, this paper aims to establish the systematic use of therapeutic toys in a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) of the University Hospital of the Federal University of Grande Dourados (HU / UFGD) using the SSP methodology for the development and implementation of the even with the nursing staff in this unit. Nurses who meet the inclusion criteria and agree to participate in the research will be divided into 2 groups, one group working in the daytime (morning and afternoon), and another group of professionals of the night shift. A minimum of 4 workshops will be held with each group of nurses. In these workshops the moments (explanatory, normative, strategic, tactical-operational) of the SSP method will be followed. The analysis of the target group data will be through the discourse analysis of the subjects involved in the process. A TT application protocol will be developed at the unit in question.

Keywords: Hospitalized child; Plaything; Health planning; Health education.

INTRODUÇÃO

A hospitalização se caracteriza por um período de interrupção dos hábitos rotineiros dos indivíduos e por limitações geradas pela doença ou pelas rotinas hospitalares. Para as crianças essa condição é mais impactante já que a mesma acaba afastada do convívio familiar e social e tem de lidar com mudanças abruptas em seus hábitos de vida, sem muitas vezes compreender a necessidade desse afastamento (MALAQUIAS et al., 2014).

Com intuito de minimizar os danos emocionais e psicológicos gerados pelo ambiente hospitalar e pelos procedimentos nele realizados, há alguns anos tem-se introduzido o brincar como elemento atuante dentro dos serviços de saúde. O brincar constitui uma ferramenta para que as crianças possam desenvolver sua capacidade criativa, expressar sentimentos e emoções e desenvolver relações sociais. Fantasiando, a criança recria situações que a ajudam a perceber sua individualidade e conhecer a realidade que a cerca (LEITE; SHIMO, 2007).

O uso do brinquedo no ambiente hospitalar tem sido difundido na tentativa de familiarizar a criança com local onde se encontra, além de reduzir medo e ansiedade decorrentes da internação. Os brinquedos podem ser diferenciados em normativo e terapêutico. O primeiro está relacionado a uso de objetos e práticas prazerosas para as crianças, mas que não possuem cunho terapêutico, já o Brinquedo Terapêutico (BT) é um dispositivo que deve ser aplicado de

forma sistematizada por profissionais da enfermagem, pois possui cunho terapêutico específico (LEITE; SHIMO, 2007; MALAQUIAS et al., 2014).

Apesar de ser inspirado na ludoterapia¹, a técnica do BT pode ser utilizada por qualquer enfermeiro, em ambiente conveniente para profissional e paciente, sendo desenvolvidas sessões com duração entre 15 e 45 minutos (LEITE; SHIMO, 2007). O BT é um dispositivo de comprovada eficácia e benefício para a criança, mas muitos enfermeiros ainda fazem uso desta ferramenta de forma empírica e sem técnica (s) sistematizada (s). Ademais, referem diversos fatores que dificultam a aplicação do BT na prática, destacando justamente a sua falta de preparo/conhecimento em relação ao assunto. Sendo assim, faz-se necessária a promoção de ações de educação em saúde a fim de capacitar a equipe de enfermagem para o uso desse dispositivo na assistência ao infante. Para tal não basta desenvolver atividades que despejem conhecimento teórico sobre a equipe de enfermagem, envolvendo todos os sujeitos que participam do processo de ensino-aprendizagem na produção do conhecimento (SOUZA et al., 2012; LEITE; SHIMO, 2007).

Sabe -se que anteriormente a Reforma Sanitária brasileira, a educação em saúde, denominada educação sanitária era pautada em práticas exclusivamente prescritivas e centradas no modelo biomédico e curativista de atenção a saúde (RENOVATO; BAGNATO, 2012). Em meados de 1980, porém começam a ter força movimentos que buscam a reforma sanitária do país. Em 1988, a saúde se torna um direito de todos e dever do estado, garantido na constituição federal e o SUS vem com o intuito de expandir o acesso a toda a população, buscando principalmente a universalidade e equidade no atendimento as pessoas e comunidades, descentralização com maior responsabilização dos estados e municípios e repasse de recursos federais diretamente aos municípios, participação social nas decisões através dos conselhos de saúde, além do fomento de práticas de promoção e prevenção em saúde, o que impulsionou o desenvolvimento da atenção básica (CARVALHO; BARBOSA, 2010)

Nesse cenário, surge a educação em saúde, que ainda sofre influências de concepções do ser humano como carente de disciplina, que necessita ser moldado e permanecem práticas educativas prescritivas e alheias à realidade dos indivíduos e comunidades. Porém surgem novas concepções de ser humano, principalmente influenciadas pelas teorias de Paulo Freire e

1 Consiste em uma forma de terapia destinada a crianças a qual um terapeuta capacitado utiliza o brincar como forma de ajudar as mesmas a resolver situações estressantes ou angustiantes. A palavra ludoterapia é derivada da palavra inglesa play-therapy, cuja tradução literal seria terapia pelo brincar. Essa técnica é realizada por meio de sessões nas quais o ludoterapeuta fornece variados tipos de brinquedos para que a criança desenvolva no brincar a comunicação com o meio exterior e expresse seus sentimentos, sendo que a função principal desta terapia é compreender o universo interior da criança (HOMEM, 2009).

Carlos Brandão, tais concepções tratam de indivíduos capazes de produzir conhecimento e não apenas receber. O termo educação sanitária dá lugar à educação em saúde, a qual busca considerar os sujeitos em seus contextos biopsicossociais e produzir indivíduos autônomos, conhecedores de seus direitos e capazes de intervir no meio em que vivem. (RENOVATO; BAGNATO, 2012).

Com essa nova ótica surge também a necessidade de mudança das metodologias da educação em saúde, originando-se assim as metodologias participativas, em que a função do profissional de saúde não é transmitir informações, mas sim despertar os sujeitos para a produção de conhecimento a fim de encontrar junto com os mesmos, meios de melhorar a realidade em que vivem, tendo como foco produzir sujeitos autônomos e participativos no processo de gestão em saúde e de outros setores de interesse público (RENOVATO; BAGNATO, 2012).

Nesse contexto o Planejamento Estratégico Situacional (PES), um método utilizado no SUS mostra-se útil na identificação e solução de problemas de forma mais eficaz e congruente com a realidade. Ele configura-se como uma ferramenta para sistematizar ações de enfermagem e para implantar ou transformar práticas existentes. Estudos tem demonstrado o uso desse método na educação em saúde voltada a capacitar profissionais para atuar nas diferentes faces do sistema de saúde (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005; CUNHA, 2009).

Diante do exposto, este trabalho tem por objetivo estabelecer o uso sistematizado do BT em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) utilizando a metodologia do PES para desenvolvimento e implantação junto a equipe de enfermagem de um protocolo de utilização do BT nesta unidade.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os significados da criança e da infância

A fim de desenvolver o processo educativo para aplicação do brinquedo terapêutico, é necessário antes compreender qual o entendimento do sujeito criança, qual significado social está atribuído à infância. De acordo com Cohn (2010) o ser criança pode ter diferentes interpretações de acordo com a realidade cultural e social em que este ser está inserido, tanto que a antropologia tem se dedicado a estudar e comparar o cotidiano de crianças e adolescentes de diversas partes do mundo.

No entanto, muitos dos estudos antropológicos realizados estavam influenciados ora pela visão da criança com um indivíduo em formação para se tornar um adulto, ora focando no papel das crianças para inserção no convívio social, negligenciando que as crianças em si mesmas são indivíduos com práticas e papéis sociais próprios (COHN, 2010).

Com a revisão de alguns conceitos que ocorreu em meados da década de 60, no entanto, passou-se a estudar a cultura não apenas enquanto práticas, rituais ou tradições de determinados grupos, mas como significados e símbolos que organizam a vida nas sociedades. Nesse sentido, os indivíduos não só exercem papéis sociais, mas atuam ativamente na construção dos significados e nas mudanças da sociedade em que vivem, sendo que as crianças também se configuram como atores sociais inseridos nesse processo (COHN, 2010).

A concepção de criança e infância tem passado por diversas modificações ao longo do tempo nas diversas sociedades. Na época medieval a criança era inserida no mundo adulto logo que adquiria certa autonomia, após o desmame tardio, que ocorria em torno dos sete anos. Somente nos séculos futuros passou-se a pensar nas peculiaridades das crianças, na necessidade da família como formadora e protetora das mesmas, surgindo também a escola como fundamental nesse processo (ARIÈS, 1986).

A Escola surgiu com instituição responsável por moldar indivíduos de acordo com os padrões sociais, sendo também um meio de assegurar as diferenças entre as classes sociais de formar cidadãos voltados a alcançar a perspectiva de progresso social e econômico pleiteado pela sociedade, corroborando para a concepção da criança como sujeito passivo de intervenção que só poderá ter um papel representativo e atuante na sociedade na vida adulta (ARIÈS, 1986).

Para Cohn (2010) a dissociação dessa visão da criança como adulto em miniatura ou como indivíduo que precisa ser formado para assumir um papel social é fundamental para o desenvolvimento de iniciativas voltadas a crianças enquanto atores principais. Para esta autora, ações em saúde inclusive precisam promover reflexão sobre as concepções de criança e infância que embasam práticas diagnósticas e terapêuticas voltadas ao público infantil.

O Brinquedo Terapêutico

Com origem em meados do século XX, o dispositivo brinquedo terapêutico promove o cuidado da criança hospitalizada de forma lúdica. Consiste numa técnica que deve ser utilizada por enfermeiro capacitado para tal. O BT pode ser classificado em três tipos: Dramático, Capacitador de funções fisiológicas e o Instrucional ou preparatório (JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010; GOMES; PINHEIRO, 2013).

O BT dramático tem por finalidade fazer a criança enfrentar as situações novas e angustiantes através da dramatização, assim ela pode expressar seus sentimentos e medos e reduzir o estresse provocado pelos mesmos. Podem ser utilizados materiais como bonecos e artigos médico-hospitalares para efetivar a ação deste tipo de mecanismo. O BT dramático auxilia o enfermeiro a se comunicar com a criança e identificar os sentimentos e angústias da mesma a fim de traçar medidas eficazes para assisti-la (REQUIÃO, 2007; JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010; GOMES; PINHEIRO, 2013).

O BT Capacitador de Funções Fisiológicas faz com que a criança participe de atividades para melhorar seu autocuidado e estado físico. Através das brincadeiras a criança aprende e pode se adaptar a novas condições de vida e saúde. Nessa modalidade a criança necessita de um adulto compreensivo que lhe auxilie a desenvolver suas habilidades em seu próprio tempo por meio de brincadeiras engraçadas e atrativas (REQUIÃO, 2007; JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010; GOMES; PINHEIRO, 2013).

O BT instrucional ou preparatório tem a finalidade de preparar a criança para procedimentos aos quais ela será submetida. Através deste dispositivo, a criança é instruída e tem suas dúvidas sanadas enquanto brinca dramatizando situações hospitalares e domésticas. Assim os procedimentos podem ser realizados de forma menos traumática. O material utilizado no desenvolvimento dessa técnica pode incluir figuras representativas da família, da equipe hospitalar; objetos de uso hospitalar e objetos de uso no cotidiano doméstico (REQUIÃO, 2007; JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010; GOMES; PINHEIRO, 2013).

Estudo desenvolvido por Kich e Almeida (2009) evidenciou que o uso do BT em crianças submetidas à realização de curativos em pós-operatório, fez com que as mesmas se mostrassem mais colaborativas durante o procedimento, com comportamentos que sugerem melhor aceitação e adaptação ao procedimento. Também nesta pesquisa, verificou-se maior estreitamento no relacionamento da criança com a mãe que participava das sessões de BT. Em relação à dor durante o procedimento, a maioria das crianças assistidas apresentou redução da intensidade, documentada no relato de escores menores de dor quando o curativo foi realizado após o uso do BT. Além disso, as crianças demonstravam prazer em brincar e interesse em continuar a brincadeira mesmo após o término da sessão.

Visando estabelecer maiores vínculos com a criança enferma e com a família, além de permitir a compreensão do mundo pela ótica da criança, o BT é uma ferramenta que pode ser inserida no plano de assistência de enfermagem em pediatria para estimular entre a equipe de enfermagem e as pessoas sob seus cuidados um processo empático e de alteridade, ou seja, que permita ao enfermeiro/enfermeira, a compreensão do lugar do outro dentro do ambiente

hospitalar. No caso específico do outro que, muitas vezes, não sabe expressar ou significar a dor ou desconforto que está sentindo.

Para Leite e Shimo (2007) esta prática é tão importante que deveria ser difundida nos cursos de graduação e pós-graduação *lato e stricto sensu*, bem como os de nível técnico, proporcionando aos estudantes e profissionais, conhecimento necessário e desenvolvimento de habilidades para seu uso na assistência às crianças, sendo essencial para o desenvolvimento e bem-estar desses indivíduos, além de ferramenta imprescindível para o cuidado humanizado desses clientes.

O Planejamento Estratégico Situacional

O método de planejamento que vigorava na saúde até meados de 1965 era o denominado CENDES (Centro de Estudos para o Desenvolvimento Econômico e Saúde), elaborado através de iniciativa da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), também chamado de método normativo. Este constituiu uma forma de programar ações em saúde a partir de medidas racionalmente planejadas a fim de gerar mudanças na realidade identificada como problemática (LANA; GOMES, 1996).

Entretanto, nessa visão normativa o planejamento era responsabilidade apenas de gestores, por isso para sua efetivação, seria necessária a formação e capacitação de especialistas em planejamento, surgindo assim o planejador, que seria um indivíduo tecnicamente capaz de aplicar conhecimentos científicos a fim de fundamentar decisões e ações de saúde prezando por eficiência na aplicação de recursos. Essa proposta de planejamento trazia consigo a ideia de homogeneizar as ações e situações criando padrões de ação considerados eficazes. Propunha adequar a realidade a um modelo teórico pensado sem o conhecimento prévio da mesma e a possibilidade de determinar resultados e desempenhos humanos, por isso a gestão baseada no planejamento normativo costuma ser autoritária, sem considerar especificidades, positivista e comportamentalista (KURCGANT; CIAMPONE; MELLEIRO, 2006).

Porém, em face da insatisfação com esse método de planejamento, na década de 70, surge o método do Planejamento Estratégico Situacional, elaborado por Carlos Matus, trazendo a concepção do planejamento como processo interativo, que exige a consideração dos vários atores envolvidos e a construção de planos politicamente viáveis. O procedimento estratégico baseia-se no conhecimento prévio da realidade para elaboração de um plano em busca da modificação de um sistema. Ele pressupõe respostas do sistema às ações para sua alteração,

admite flexibilidade ao plano e não ignora as relações de poder e forças sociais que interferem em situações e problemas nos quais busca intervir (TONINI; KANTORSKI, 2007).

O planejamento é um processo que envolve raciocínio e sensibilidade e requer conhecimentos de diversas complexidades a fim de intervir em problemas atuais e prever os futuros. Quem planeja deve aliar conhecimentos teóricos e práticos a fim de alcançar as mudanças que almeja na realidade que questiona. O PES reconhece a existência de diversos atores sociais envolvidos em um contexto, ou seja, vários sujeitos estão envolvidos em determinada situação, requerendo assim a participação de todos os atores para a resolução dos problemas, rejeitando a execução do planejamento apenas por um planejador alheio ao contexto real (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005).

No PES a explicação dos problemas se dá a partir dos olhares dos atores sociais. Estes devem identificar as possíveis causas dos entraves identificados, buscar elencar as prováveis soluções e analisar a viabilidade das mesmas. Por considerar a perspectiva de todos os atores que vivenciam os problemas de dada realidade o PES reconhece que há diferentes maneiras de representar e entender a realidade, dessa forma, determinado problema pode ter maior relevância para determinado ator do que para outro. Deve-se identificar a origem dos problemas, o que os alimenta e traçar medidas que incidam e eliminem suas causas, as soluções devem ser viáveis e não simples propostas, o que vai depender da disponibilidade e acesso aos recursos necessários e do comprometimento dos atores envolvidos (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005; KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

O método do PES é executado em quatro momentos, os quais são interdependentes entre si. A sequência deste processo não necessariamente segue uma rigidez normativa, sendo que ela pode ser alternada. Estes quatro momentos são denominados como: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005).

O momento explicativo é a fase de explicação da realidade. Nele são construídos os diagnósticos situacionais com base na visão de todos os atores sociais envolvidos, reconhecendo a existência de oponentes ou de outros atores com capacidade de explicar e planejar (TONINI; KANTORSKI, 2007). Dessa forma, a realidade é descrita através da eleição dos problemas mais representativos, a fim de identificar as causas de tais problemas e definir os centros práticos de ação que são chamados de nós-críticos (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005).

O momento normativo descreve como alterar a realidade atual, correspondendo à definição do dever ser do plano. Nesta etapa são identificados os atores que podem intervir nos

problemas e os recursos disponíveis para tal. São identificadas também as variáveis de teto (as melhores possibilidades), as de centro e as de piso (as piores possibilidades), dentro dos cenários nos quais se busca intervir. Essa avaliação considera a relação entre os poderes da instância política, do conhecimento técnico do problema, da capacidade organizativa dos atores e dos recursos financeiros. Cabe destacar que esta avaliação não é estática, visto que é necessário avaliar e calcular o futuro constantemente trabalhando na incerteza. Outro ponto fundamental desta etapa é a previsão de início e fim através da definição de prazos e metas. (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005).

O momento estratégico corresponde a fase em que se define o modo de fazer dos planos, destacando a análise da viabilidade das operações nesta etapa. Sendo assim, são elencados todos os atores que podem ser parceiros ou opositores na realização do plano, avaliando-se o tipo de controle e poder que tais atores possuem sobre determinada situação e sobre os recursos necessários para que o plano seja efetivado com sucesso (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005; TONINI; KANTORSKI, 2007)

Por fim, o momento tático-operacional consiste na etapa em que as ações propostas efetivar-se-ão e é feita a avaliação para verificar se estão adequadas ao contexto situacional. Nessa perspectiva, destaca-se a dinamicidade do planejamento, visto que é preciso reavaliar e recalcular o plano constantemente, não criando o engessamento na sequência de planejar, executar e avaliar como é o método tradicional de planejamento. Assim, a releitura da realidade proporciona novas formas de intervir e alcançar os melhores resultados possíveis (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005; TONINI; KANTORSKI, 2007).

Diante do exposto, pode-se descrever o PES como um método de permanente exercício de diálogo e de reflexão sobre determinado contexto situacional e identificação dos problemas que incidem nesta realidade, sendo que possibilita prever situações e traçar estratégias para intervenções viáveis (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005). Dessa forma, infere-se que o PES pode ser um recurso para o processo de planejamento e gestão em saúde e consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que requer o envolvimento de todos os sujeitos, desde profissionais a usuários, tal como o SUS preconiza (VIEIRA, 2009).

Por seus princípios e diretrizes o SUS requer a formação de profissionais de saúde diferenciados, com conhecimentos e habilidades relacionados à gestão e gerência. Até mesmo as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a área da saúde, aprovadas em 2001, norteiam a formação de profissionais que sejam capazes de planejar mediante as necessidades da população que atendem e prestem atendimento de forma humanizada e com compromisso

social. Nesse sentido, o papel do enfermeiro tem grande relevância, pois muitas vezes cabe a este profissional o papel de liderança e administração de serviços e equipes de saúde, o que suscita a necessidade de capacitar esses profissionais já em sua formação acadêmica e de forma contínua durante atuação para exercer atividades de gerenciamento, envolvendo então o planejamento (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

Nesse contexto, vem-se repensado a formação em enfermagem desde a última década do século XX, com vistas a preparar profissionais competentes para o mercado de trabalho e principalmente para atuar na implementação do SUS, sendo o referencial do PES uma ferramenta para transformar a realidade, através da identificação dos problemas reais e da construção de soluções viáveis (LALUNA; FERRAZ, 2003).

Em uma experiência de implantação de exercícios de PES realizados por estudantes de Enfermagem na Atenção Básica em Saúde evidenciou-se que o método foi útil para formação de profissionais críticos e reflexivos quanto à realidade vivenciada e proporcionou-lhes a aquisição de maior habilidade na tomada de decisão e na avaliação das soluções adequadas mediante o conhecimento da visão de todos os atores envolvidos no cenário de mudança. Os estudantes aprenderam também a planejar em conjunto e a ouvir o que o outro tem a dizer sem considerar que possuíam um saber único, exercitando a empatia e o comprometimento com o usuário e com o serviço de saúde (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCOLO, 2011).

Outra experiência relatada por Melleiro et. al (2005), foi realizada em um hospital e foi igualmente produtiva para o ensino do planejamento das ações em enfermagem e para aquisição de habilidades de gestão pelos alunos envolvidos. Esta pesquisa foi realizada em um hospital de ensino, ocorrendo a atuação conjunta de enfermeiros e alunos na identificação dos problemas, os quais estavam relacionados, principalmente, a procedimentos de enfermagem e a operacionalização do Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE); aos recursos humanos e aos materiais insuficientes para a demanda atendida; e relacionadas ao sistema de informação. Após esta etapa se seguiram as demais fases do PES, levando a construção de soluções viáveis para os problemas encontrados e a busca de soluções para problemas anteriormente vistos pelos atores sociais como insolúveis, diante da atuação não somente deles, mas de outras instâncias de poder dentro da instituição.

As práticas anteriormente relatadas possibilitaram aos alunos romper com a visão da realidade que muitas vezes possuem por apenas observarem com postura alheia à mesma. Inseridos no contexto do hospital puderam vivenciar as dificuldades dos demais atores e assim planejar ações condizentes com as necessidades reais, as quais não ficaram apenas na teoria

como exercícios didáticos, mas foram postas em prática (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005).

Cabe destacar, porém, que em todos os cenários, para que o PES seja eficaz, é preciso haver determinação e comprometimento por parte dos atores envolvidos. Conforme Ciampone et. al (1998), as principais dificuldades de implantação do PES incluem a falta de interesse, envolvimento e entrosamento dos profissionais no trabalho, as falhas na comunicação, a falta de recursos humanos, a resistência às mudanças, além de condições institucionais que não propiciam a manifestação crítica dos profissionais e os deixam desestimulados pela quantidade de problemas sobre os quais não possuem governabilidade.

Por isso, faz-se necessário a criação de mais espaços de discussão nos serviços de saúde, para que seja fortalecido o vínculo entre a equipe e desta com os usuários e, assim possa ser implementado o PES, servindo como um instrumento para constante melhoria da assistência e das condições de trabalho. Também é preciso o fornecimento de capacitações para que os atores tenham maior propriedade quanto aos métodos de planejamento.

JUSTIFICATIVA

O uso do brinquedo terapêutico tem mostrado grandes benefícios para a criança hospitalizada. Porém, estudos têm demonstrado que muitas vezes esse recurso tem sido utilizado de forma não sistematizada, ou ainda apenas durante realização de cursos de graduação e pós-graduação, não sendo inseridos efetivamente na assistência ao paciente (SOUZA et. Al, 2012; MALAQUIAS, 2014).

Na UTI-PED do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD) não é diferente. Apesar de ser permitido que as crianças internadas permaneçam com alguns brinquedos para uso no leito, nesta unidade não ocorre a prática do Brinquedo Terapêutico.

Durante minha atuação profissional nesse setor pude observar e realizar muitos procedimentos assustadores e dolorosos para as crianças, tais como curativos, punções, banho no leito, entre outros. Na realização destas práticas, percebi que as crianças demonstram alto grau de ansiedade, medo e dor. Muitas vezes elas se tornam agressivas, apáticas, agitadas, necessitando até mesmo de contenção no leito, o que torna a experiência da hospitalização ainda mais traumática para estes indivíduos e para suas famílias.

Através da revisão de literatura realizada pude constatar o quão valioso seria a aplicação do BT na UTI-PED, gerando melhorias na assistência de enfermagem com consequente melhora

na evolução das crianças e redução dos traumas gerados pela hospitalização no paciente e na família.

De acordo com Oliveira et al (2015), embora a equipe de enfermagem tenha ciência dos benefícios do uso BT, existem dificuldades que prejudicam a implementação sistemática dessa prática assistencial. Reitera-se que é necessário se discutirem formas de superação das dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde. Ressalta-se também a importância da educação em saúde para preparar os profissionais na implantação do BT, além disso, devem-se desenvolver protocolos congruentes com a realidade do local a fim de que o BT seja implantado efetivamente para gerar melhorias na assistência de enfermagem.

Tendo em vista a necessidade de implantar o BT no meu ambiente de trabalho em associação com os conhecimentos que construí durante a realização de especialização em Gestão em Saúde constatei que a metodologia do PES poderia ser uma ferramenta de elaboração de um protocolo de aplicação do BT na UTI-PED; sendo esse protocolo desenvolvido em grupo com os demais enfermeiros envolvidos na assistência de enfermagem nesta unidade.

Tendo em vista as especificidades do PES, os enfermeiros poderão participar ativamente da elaboração e implantação de tal protocolo, convergindo para ações que superam a teoria e se perpetuam na prática, visto que o conhecimento será construído no grupo e as ações serão elaboradas pelos próprios sujeitos envolvidos no processo.

PROBLEMA

Na UTI-PED do HU-UFGD, apesar de ser permitido que as crianças internadas permaneçam com alguns brinquedos para uso no leito, não ocorre a prática do Brinquedo Terapêutico.

HIPOTESE

O desenvolvimento de oficinas estruturadas pelo PES e a construção do protocolo possibilitarão a implantação do Brinquedo Terapêutico na UTI-PED do HU-UFGD, contribuindo para melhoria da qualidade da assistência pela introdução de práticas humanizadas.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Construir coletivamente, através do uso do PES, um protocolo a fim de estabelecer a prática do brinquedo terapêutico na UTI-PED do HU-UFGD.

Objetivos Específicos

- Instituir espaços de reflexão e discussão nos moldes da educação permanente sobre a técnica do brinquedo terapêutico
- Descrever as percepções dos profissionais envolvidos após a aplicação do BT na prática assistencial.
- Construir um protocolo que estabeleça a prática do brinquedo terapêutico na UTI-PED do HU/UFGD.
- Desenvolver um protótipo de brinquedo que poderá ser confeccionado no hospital, caso haja interesse da instituição, com descrição do molde para costura e do material adequado para sofrer os processos de limpeza e desinfecção.

METODOLOGIA

Trata-se de Pesquisa qualitativa que será realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HUGD). Consiste num hospital público, responsável pelo atendimento de toda população da região da Grande Dourados e de municípios adjacentes.

LOCAL DE ESTUDO E AMOSTRA DA POPULAÇÃO

O cenário da pesquisa será a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-PED). Este setor conta com dez (10) leitos ativos. Nele são atendidas crianças entre 29 dias e 12 anos de idade. Os principais diagnósticos dos pacientes atendidos variam muito, entre eles estão: pós-operatório de diversas cirurgias, doenças infecciosas e parasitárias, doenças crônicas, condições crônicas agudizadas, etc.

Nesta unidade recentemente foi implantada a assistência direta por enfermeiros, dessa forma as equipes de enfermagem são compostas por cinco enfermeiros assistenciais, um enfermeiro gerencial e um técnico de enfermagem por turno. Serão incluídos todos os enfermeiros atuantes no setor que aceitarem participar da pesquisa, tendo em vista que são os mesmos que praticam a assistência direta ao paciente. Dessa forma estima-se que o grupo será composto por até 24 enfermeiros. Serão excluídos os que estiverem de férias, atestado ou licença maternidade durante a realização da pesquisa.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A proposta da pesquisa será primeiramente submetida à aprovação do comitê de ética do HU-UFGD em seguida comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Todos os participantes deverão assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Será garantido o anonimato dos mesmos e possibilidade de deixar a pesquisa se achar pertinente. Esta pesquisa será realizada mediante o que dispõe a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

OFICINAS E CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO

As/os enfermeiras/os que se enquadrarem nos critérios de inclusão e aceitarem participar da pesquisa serão divididos em 2 grupos, sendo um grupo dos que trabalham no período diurno (manhã e tarde), e outro grupo dos profissionais do período noturno. As atividades deste estudo serão realizadas fora do horário de trabalho.

Serão realizados um mínimo de 4 oficinas com cada grupo de enfermeiros. Nestas oficinas serão seguidos os momentos (explicativo, normativo, estratégico, tático-operacional) do método de PES. Na primeira será trabalhado o conceito de criança, infância e o conceito de Brinquedo Terapêutico.

Na segunda oficina serão desenvolvidos os momentos explicativo e normativo nos quais o grupo elaborará o diagnóstico situacional em relação a implantação do BT na unidade em questão, os problemas potenciais e reais.

Na terceira oficina será definido o modo de fazer do plano, destacando a análise da viabilidade das operações nesta etapa. Serão elencados todos os atores que podem ser parceiros ou opositores na realização do plano e os recursos necessários para que o plano seja efetivado com sucesso. Serão também estabelecidas práticas para aplicação do BT adequadas a cada faixa

etária, necessidades das crianças e aos procedimentos de enfermagem realizados no setor. Haverá a definição de momentos específicos para implantação do BT em suas modalidades dramática, instrucional e de capacitador de funções fisiológicas, quais recursos apropriados para cada tipo de BT e quais atividades de BT serão aplicados (Ex: dramatização com bonecos e materiais hospitalares). Todas as informações geradas nas oficinas serão documentadas pela pesquisadora responsável a fim de estruturar o protocolo de implantação do BT na UTI-PED.

Após a terceira oficina de PES ocorrerá o momento tático-operacional que consistirá na aplicação do protocolo de implantação do BT pelos enfermeiros em sua prática assistencial. Cabe destacar que os enfermeiros terão que avaliar constantemente suas práticas a fim de gerar melhorias constantes no plano desenvolvido inicialmente.

Por fim será realizado uma quarta oficina, após o momento tático-operacional, a fim de compor a avaliação dos enfermeiros a respeito das práticas de BT desenvolvidas, implementar melhorias no protocolo do BT elaborado e conhecer as percepções dos envolvidos a respeito do impacto do BT na assistência à criança hospitalizada.

A coleta de dados será norteada por roteiro semiestruturado. Na primeira oficina a pergunta norteadora será: “O que você sabe sobre Brinquedo Terapêutico?”. Na última oficina serão utilizadas as perguntas norteadoras: “Como você descreve a implantação do BT em sua prática assistencial?”, “Quais melhorias considera necessárias no protocolo elaborado?”. As oficinas serão gravadas em áudio, e as falas e as anotações procedentes da observação da pesquisadora serão analisadas conforme a análise temática, modalidade de análise do discurso.

A análise temática baseia-se na descoberta dos núcleos de sentido que compõem um discurso e falas, interpretando a relevância da presença ou frequência dos temas surgidos para o objetivo da análise, sendo que prevalece a interpretação e não as inferências estatísticas. A partir desse pressuposto constroem-se categorias que permitem perceber o discurso do sujeito dentro de um tecido histórico, permitindo avaliar as permanências e as rupturas deste discurso em relação ao universo no qual ele está contido (FOUCAULT, 1999).

Paralelamente as oficinas, a pesquisadora desenvolverá um modelo de boneco que seja confeccionado em material adequado para ser usado em práticas de BT e que possa sofrer os processos de desinfecção necessários para não oferecer riscos de contaminação às crianças. Todos os custos referentes à elaboração do protótipo serão de responsabilidade da pesquisadora. Este modelo será ofertado como sugestão para ser confeccionado no setor de costura do hospital, sendo que ficará a critério da instituição realizar ou não a confecção do brinquedo sugerido.

Adequação à linha de pesquisa (Formação em Saúde ou Práticas Educativas em Saúde) e à especificidade do mestrado profissional:

Esta proposta se enquadra na linha de pesquisa de formação em saúde.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Os riscos oferecidos por esta pesquisa podem ser estresse psicológico por participar de oficinas que exigem utilização do raciocínio e exposição de opiniões perante o grupo, o que também pode ser considerado constrangimento por alguns indivíduos. Porém, estes riscos serão minimizados pela realização de oficinas de curta duração e por meio de adoção de postura de respeito as falas de todos os membros do grupo, além de garantia de anonimato na transcrição de falas ou discursos.

Os benefícios superam os riscos visto que os participantes terão um espaço de discussão e construção de conhecimento. Além disso o uso do brinquedo terapêutico facilitará a realização de alguns procedimentos que costumam ser difíceis e dolorosos para profissionais e pacientes. Os benefícios se estendem a instituição que terá a implantação, de forma sistematizada, de uma tecnologia de cuidado. Também serão beneficiadas as crianças pela melhoria da assistência.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se desenvolver em conjunto com a equipe de enfermagem da UTI-PED do HU-UFGD, utilizando a metodologia do PES, um protocolo de implantação do Brinquedo Terapêutico nesta unidade de saúde.

Através da implantação do BT nesta unidade pretende-se melhorar a qualidade da assistência prestada a criança e família, melhorar o vínculo dos mesmos com a equipe de enfermagem, melhorar a qualidade de vida da criança no período de internação e reduzir os traumas causados pela hospitalização na criança.

Outra proposta é desenvolver um protótipo de brinquedo para ser confeccionado de forma prática e econômica dentro do próprio hospital. Será desenvolvido pela pesquisadora um modelo de boneco que pode ser confeccionado no setor de costura do hospital com material adequado que pode sofrer os processos de desinfecção necessários para não oferecer riscos de contaminação às crianças.

CARVALHO, A.I.; BARBOSA, P.R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. CAPES: UAB. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2010.82p.

COHN, Clarice. **Antropologia da criança**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

CUNHA, Iolete Soares da. **Educação Permanente em Saúde e Planejamento Estratégico Situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí**. 2009. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/fiocruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25836_cunhaism.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2017.

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES-NETO, João Felício; LEITE, Maísa Tavares Souza. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 1, p. 117-121, Fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jan. 2017.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

GOMES, Cleida Lima; PINHEIRO, Maria de Fátima. **A importância do brinquedo terapêutico no cuidar da criança hospitalizada**. 2013. 54 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade do Mindelo, Mindelo, 2013. Disponível em: <[http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/2576/1/Gomes e Pinheiro 2013. A importância do brinquedo terapêutico..pdf](http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/2576/1/Gomes%20e%20Pinheiro%202013.%20A%20import%C3%A2ncia%20do%20brinquedo%20terap%C3%Aautico..pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2017.

HOMEM, Catarina. A ludoterapia e a importância do brincar: reflexões de uma educadora de infância. **Cadernos de Educação de Infância**, Lisboa, n. 88, p.21-24, dez. 2009. Trimestral. Disponível em: <http://apei.pt/upload/ficheiros/edicoes/CEI_88_Artigo2.pdf>. Acesso em: 22 maio 2017.

JANSEN, Michele Ferraz; SANTOS, Rosane Maria dos; FAVERO, Luciane. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado a criança hospitalizada. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 247-253, Jun 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jan. 2017.

KICHE, Mariana Toni; ALMEIDA, Fabiane de Amorim. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 22, n. 2, p. 125-130, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jan. 2017.

KLEBA, Maria Elisabeth; KRAUSER, Ivete Maroso; VENDRUSCOLO, Carine. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 20, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2017.

KURCGANT, Paulina; CIAMPONE, Maria Helena Trench; MELLEIRO, Marta Maria. O planejamento nas organizações de saúde: análise da visão sistêmica. **Rev Gaúcha Enferm**,

Porto Alegre (RS), v. 3, n.27, p. 351-5, set. 2006. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4623>>. Acesso em: 13 fev. 2014.

LALUNA, Maria Cristina M. Capel; FERRAZ, Clarice Aparecida. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, Dec. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2017.

LANA, F.C.F., GOMES, E.L.R. Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. **Rev.Iatino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 97-110, janeiro 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691996000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 fev. 2014.

LEITE, Tânia Maria Coelho; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. O brinquedo no hospital: uma análise da produção acadêmica dos enfermeiros brasileiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 343-350, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000200025>.

MALAQUIAS, Tatiana da Silva Melo et al. O uso do brinquedo durante a hospitalização infantil: saberes e práticas da equipe de enfermagem. **Ciência Cuidado Saúde**, Maringá, v. 13, n. 1, p.97-103, jan. 2014. Trimestral. Disponível em: <[file:///C:/Users/SOLANGE/Downloads/21802-100749-1-PB \(1\).pdf](file:///C:/Users/SOLANGE/Downloads/21802-100749-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2017.

MELLEIRO, MM; TRONCHIN, DMR; CIAMPONE, MHT. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. **Acta paul enferm**, v. 18, n. 2, p. 165-71, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a08v18n2.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

OLIVEIRA, Clarissa Somogy de et al. Brinquedo Terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 15, n. 2, p.21-30, jun. 2015. Semestral. Disponível em: <http://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n1/vol_15_n_2-artigo-de-pesquisa-3.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2017.

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, p. 77-85, 2012.

REQUIÃO, Paula Regina Escorse. **Brincar/brinquedo terapêutico: significado para enfermeiras pediátricas**. 2007. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12508/1/DISSER_PGENF_203_PAULA_REGINA.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2017.

SOUZA, Luís Paulo Souza e et al. O Brinquedo Terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. **Journal Of The Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 30, n. 4, p.354-358,

21 maio 2012. Disponível em:

<http://200.136.76.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p354a358.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2017.

TONINI, Nelsi Salete; KANTORSKI, Luciane.Prado. Planejamento estratégico e as políticas de saúde mental. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 126-32, 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4708/2626>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, Out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2017.

REFLEXÕES ACERCA DA CRIANÇA E INFÂNCIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E ANTROPOLÓGICOS

REFLEXIONES ACERCA DEL NIÑO E INFANCIA: ASPECTOS HISTÓRICOS Y ANTROPOLÓGICOS

REFLECTIONS ABOUT CHILD AND CHILDHOOD: HISTORICAL AND ANTHROPOLOGICAL ASPECTS.

Resumo: Este artigo tem como objetivo discutir como os termos "criança" e "infância" sofreram mudanças em seus sentidos e seu significado. Para tanto, o artigo estuda duas obras, a História Social da Criança e da Família, do historiador francês Philippe Ariès (2006) e a Antropologia da Criança (2005) de Clarice Cohn, além de outros textos relevantes ao tema. Constatou-se que os conceitos de "criança" e "infância" sofreram mudanças durante o processo histórico no mundo ocidental, sedimentando formas de representação e criando padrões de comportamento que caracterizam essa fase da vida humana. Essas questões pressupõem a criação de leis e práticas em todas as instâncias (entre elas a saúde) que propõem o atendimento das necessidades específicas desse grupo social.

Palavras-chave: Representação; Criança; História da Infância; Antropologia.

Resumen: Este artículo tiene como objetivo discutir cómo los términos "niño" y "infancia" sufrieron cambios en sus sentidos y su significado. Para eso, el artículo estudia dos obras, la Historia Social del Niño y de la Familia, del historiador francés Philippe Ariès (2006) y la Antropología del Niño (2005) de Clarice Cohn, además de otros textos relevantes al tema. Se constató que los conceptos de "niño" e "infancia" sufrieron cambios durante el proceso histórico en el mundo occidental, sedimentando formas de representación y creando padrones de comportamiento que caracterizan esa fase de la vida humana. Estas cuestiones presuponen la creación de leyes y prácticas en todas las instancias (entre ellas la salud) que proponen atender las necesidades específicas de ese grupo social.

Palabras clave: Representación; Niño; Historia de la Infancia; Antropología.

Abstract: This article aims to discuss how the terms "child" and "childhood" have undergone changes in their senses and their meanings. In order to achieve this, the article studies two works, Child and Family Social History, written by the French historian Philippe Ariès (2006) and Anthropology of the Child (2005) by Clarice Cohn, as well as, other relevant texts to the theme. It was found that the concept of "child" and "childhood" underwent changes during the historical process in the western world, sedimenting forms of representation and creating patterns of behavior that characterize this phase of human life. These issues presuppose the creation of laws and practices in all instances (which health is one of them), that propose the fulfillment of the specific needs of this social group.

Keywords: Representation; Child; Childhood History; Anthropology.

INTRODUÇÃO

Quando inicia seu livro intitulado **Antropologia da Criança**, Cohn apresenta aos seus leitores e leitoras um conjunto de perguntas: “O que é a criança? O que é ser criança? Como vivem e como pensam as crianças? O que significa a infância? Quando ela acaba?” (COHN, 2005, p. 6). As perguntas feitas pela autora, ao contrário do que uma primeira leitura poderia intuir, são complexas em sua pressuposição.

Convivemos com crianças todos os dias, e as vemos executando as mais diversas tarefas as quais são condizentes com sua faixa etária (ou pelo menos deveriam ser), entre elas ir à escola e brincar. O adulto de hoje já foi criança e em alguns casos sente a nostalgia que a lembrança deste tempo traz a sua memória, como é perceptível nos versos de Casimiro de Abreu: “Oh! Que saudades que tenho/ Da aurora da minha vida,/ Da minha infância querida/ Que os anos não trazem mais” (ABREU, s/d, p 1)².

As palavras trazidas pelo poeta apresentam a infância como se fora um paraíso, o que não necessariamente constitui uma verdade incontestável, mas atesta uma questão abordada por Cohn (2005), qual seja ela, o fato de que quando se rememora este tempo é como se qualquer coisa dita ou escrita sobre ele já fosse conhecida e, portanto, não apresentasse espaço para dúvidas.

Entretanto, ao buscarmos a resposta para as perguntas propostas por Cohn (2005) numeradas no início deste artigo, percebemos que as informações recolhidas sobre o assunto podem apresentar uma série de ideias e assertivas diferentes, algumas delas contraditórias entre si, conforme expõe a autora:

A criança pode ser a tábula rasa a ser instruída e formada moralmente, ou o lugar do paraíso perdido, quando somos plenamente o que jamais seremos de novo. Ela pode ser a inocência (e por isso a nostalgia de um tempo que já passou) ou um demoniozinho a ser domesticado (quantas vezes não ouvimos dizer que “as crianças são cruéis”?) (COHN, 2005, p. 6).

Para Cohn (2005) o ser criança pode ter diferentes interpretações de acordo com a realidade cultural e social em que este ser está inserido, tanto que a Antropologia tem se dedicado a estudar e comparar o cotidiano de crianças e adolescentes de diversas partes do mundo.

²

Disponível em http://educaterra.terra.com.br/literatura/romantismo/romantismo_32.htm

No entanto, muitos dos estudos antropológicos realizados são influenciados ora pela visão da criança com um indivíduo em formação para se tornar um adulto, ora focando no papel das crianças para inserção no convívio social, negligenciando que as crianças em si mesmas são indivíduos com práticas e papéis sociais próprios. Cohn (2005) entende que a dissociação dessa visão da criança como adulto em miniatura ou como indivíduo que precisa ser formado para assumir um papel social, é fundamental para o desenvolvimento de iniciativas voltadas a crianças enquanto atores principais de seu próprio desenvolvimento.

Neste sentido, torna-se essencial ouvir o que as crianças têm a dizer em relação ao seu mundo (COHN, 2013), e, portanto, quais as concepções que trazem de si próprias enquanto sujeitos de um processo histórico que as normatiza e qualifica suas ações sem, necessariamente, entender seu ponto de vista sobre o assunto. Diante desse contexto, entende-se que qualquer ação que envolva a criança (ou as crianças), bem como a infância (ou infâncias), precisa ser desenvolvida com respeito ao olhar deste sujeito, incluindo neste contexto as ações em saúde.

Qualquer que seja a imagem construída sobre a criança ou a infância vale ressaltar que ela transparece enquanto uma forma de apresentar esta faixa etária em contraposição a outras faixas etárias da vida humana, principalmente a vida adulta. Dessa forma, apresentar a criança e a infância nestes termos preconiza uma divisão entre o universo dos adultos e o universo das crianças (COHN, 2005). São questões inerentes a este contexto que este artigo busca problematizar.

Criança desde quando?

Atualmente um dos temas mais discutidos entre os intelectuais e mesmo na mídia envolve os direitos das crianças e a preservação da infância. No entanto, sabe-se que nem sempre a infância teve o sentido através do qual a conhecemos hoje. Paralelamente, existem diversos contextos em que as crianças são inseridas e que contrariam a ideia de “paraíso” que simboliza a infância, além de outros conceitos de infância e criança que direcionam o tratamento que estes sujeitos recebem nas diferentes culturas, sociedades e épocas da história (ANDRADE, 2010).

Para Ariès isso se deve as questões que envolvem aquilo que o autor denominou de “identidade civil” (ARIÈS, 2006, p. 1), ou seja, o processo que constitui saber a idade e a data de nascimento; além de outras práticas como informar corretamente o nome dos pais e o próprio nome. No mundo contemporâneo, os hábitos relativos à identidade civil são expressos a partir

de três elementos essenciais: o nome, o sobrenome, e a idade a qual deve ser “[...] mensurada com uma precisão quase de horas [...]” (ARIÈS, 2006, p. 2)³.

Analisando a construção histórica do conceito de infância pode-se notar que a visão que se tinha em relação ao sujeito criança durante a idade média, muito difere da que se tem atualmente no mundo contemporâneo, justamente devido às articulações que foram construindo a chamada identidade civil.

Cohn (2013) chama a atenção para a necessidade de compreender a concepção de infância a partir de um processo que correlacione os sentidos e as percepções sobre esta fase da vida. Para a autora, isso envolve a “[...] aprendizagem e [...] possibilidades de conhecer e apreender o mundo” (COHN, 2013, p. 225).

Até meados do século XVIII, no mundo ocidental branco e de cultura judaico-cristã, a criança era reconhecida como um ser que necessitaria de tutela, o qual precisaria ser educado e desenvolvido pelo “treinamento” ofertado através dos adultos, para ser considerado apto a conviver em sociedade (ANDRADE, 2010; ARIÈS, 2006).

No entanto, em boa parte dessa conjuntura histórica, ainda não existiam centros especializados para educação infantil: a criança mal saía da dependência dos pais e já era inserida no mundo dos adultos. O aprendizado se dava na prática diária das atividades em conjunto com os adultos. Sobre o assunto afirma Georges Duby que:

[...] os filhos dos cavaleiros, nessa época, deixavam cedo a casa paterna; iam fazer em outros lugares o aprendizado da vida, e no caso dos filhos mais novos, a despedida era definitiva, salvo algum acaso feliz. Completados os oito ou dez anos, assim apartados de sua mãe, das irmãs, das mulheres de seu sangue, em meio às quais haviam vivido até então e a quem se sentiam apegados (DUBY, 1995, p. 91).

Segundo Georges Duby, no que tange a nobreza laica do período medieval, a saída da criança do sexo masculino da casa paterna constituía uma ruptura com o mundo das mulheres que o autor chama de “universo feminino do quarto das crianças pequenas” (DUBY, 1995, p. 91).

Quando tal processo acontecia, o menino passava diretamente para o mundo dos adultos o qual pressupunha o universo dos entretenimentos e dos hábitos inerentes aos homens nobres

³ Ariès remete aqui a exatidão numérica que faz parte do contexto da sociedade ocidental contemporânea a qual expressa à vida do sujeito em anos, meses e dias.

da idade média, envolvendo a arte da guerra, da cavalaria e dos enfrentamentos viris. Sobre o assunto afirma Ariès que:

A duração da infância era reduzida ao seu período mais frágil, enquanto o filhote do homem ainda não conseguia bastar-se; a criança então, mal adquiria algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos, e partilhava de seus trabalhos e jogos. De criancinha pequena, ela se transformava inicialmente em homem jovem, sem passar pelas etapas da juventude, que talvez fossem praticadas antes da idade média e que se tornaram aspectos essenciais das sociedades evoluídas de hoje (ARIÈS, 2006, p. 10).

A ideia preconizada por Duby (1995) é reforçada por Philippe Ariès (2006). Na opinião do autor, a sociedade medieval europeia transmitia as crianças seus valores e seus conhecimentos através de atividades que garantiam a aprendizagem “[...] graças à convivência da criança ou do jovem com os adultos” (ARIÈS, 2006, p. IX), ou dito de outra forma: a criança aprendia o que deveria ou não fazer ajudando os adultos a desenvolverem as suas atividades⁴.

A valorização da criança e da família; e a organização da família voltada ao desenvolvimento físico e intelectual dos filhos se iniciou concomitantemente às mudanças sociais geradas com o início da modernidade, influenciadas também pela Reforma Protestante⁵, a qual transformou a maneira como o pensamento era articulado na Europa de então, associada às modificações nos costumes e regras de convivência que ocorriam nessa época (ARIÈS, 2006).

Com essa transformação nos costumes, a liberdade das crianças passou a ser cerceada pelos adultos, tanto em casa quanto na escola. Também foi se propagando a imagem⁶ da criança enquanto ser puro, ingênuo e frágil (ANDRADE, 2010). Para Ariès (2006) estes pressupostos podem ser observados desde o século XV, quando se percebe o perigo de abandonar as crianças “[...] a uma liberdade sem limites hierárquicos” (ARIÈS, 2006, p. 117).

Nesse contexto, o então chamado mestre-escola deixava de ser o companheiro mais velho da criança, para passar a ser o seu mentor, cuja responsabilidade seria de lhe transmitir valores morais, amoldar o espírito infantil de acordo com o pensamento da época (pautado nos preceitos do cristianismo vigente no Ocidente, fosse ele católico ou reformista); além de educar

⁴ Os registros sobre a infância postos neste artigo partem das representações literárias e pictográficas das obras estudadas as quais remetem as atividades pertinentes à nobreza. Na opinião de Duby (1989), encontrar registros sobre os camponeses e, portanto sobre as crianças e a infância deste grupo social é uma questão muito complexa devido à ausência de registro sobre o cotidiano desta categoria.

⁵ Sobre a Reforma Protestante ver: LUIZETTO, Flávio. **Reformas Religiosas**, São Paulo: Contexto, 1989.

⁶ O termo imagem aqui se refere ao conceito de imaginário conforme proposto por Wunenberger (2017), o qual procura aproximar a imagem e seus signos da antropologia, para analisar símbolos e mitos em suas relações com o universo do pensamento e do racionalismo contemporâneo.

este infante. Se fosse necessário, este sujeito que fazia às vezes de um doutrinador, poderia recorrer à disciplina na forma de castigos físicos (ARIÈS, 2006).

É impossível analisar este processo sem perceber as mudanças que ocorreram em torno da ideia de família. De acordo com Ariès, durante a idade média “[...] a família subsistia no silêncio, não despertava um sentimento suficientemente forte para inspirar poetas ou artistas” (ARIÈS, 2006, p. 152). O autor afirma que a conjuntura das invasões bárbaras no início da idade média, foi responsável por este contexto.

No entanto, entre os séculos XV e XVI esse cenário alterou-se e o sentimento em relação à família se transformou, sendo que a mesma passou a ser exaltada e reconhecida como um valor a ser cultivado (ARIÈS, 2006), culminando com a ideia de família que grassa pelo pensamento ocidental até o presente momento. Para Ariès, este sentimento novo em relação à família tangencia também uma nova maneira de perceber a infância:

Esse sentimento está muito ligado também ao sentimento da infância. Ele afasta-se cada vez mais das preocupações com a honra da linhagem ou com a integridade do patrimônio, ou com a antiguidade ou permanência do nome: brota apenas da reunião incomparável dos pais e dos filhos. [...]. O que conta cima de tudo é a emoção despertada pela criança, a imagem viva de seus pais (ARIÈS, 2006, p. 153).

Se até o século XVII, a morte acidental por asfixia de uma criança que dormisse com os pais era um fato corriqueiro, a partir destes novos princípios de pensamento envolvendo a família e os laços de sentimento entre pais e filhos, tais acontecimentos começaram a ser abominados social e moralmente, tanto que se reporta uma redução na mortalidade infantil documentada no século XVIII e não necessariamente associada a melhorias nas condições sanitárias do período (ARIÈS, 2006).

A partir do século XIX, com o avanço dos estudos acerca da infância (enquanto fase do desenvolvimento humano) surgem várias especialidades nas ciências, dedicadas ao estudo dessa fase da vida. Começa-se a propagar noções de higiene e saúde no cuidado das crianças e são criadas instituições especializadas no trato destes sujeitos, tais como as creches (ANDRADE, 2010).

Andrade (2010) ressalta que essa atenção, no entanto, era restrita a burguesia. As crianças pobres permaneciam à mercê do contexto em que estavam inseridas, sendo obrigadas a trabalhar em fábricas, além de outros tipos de função as quais não são tidas atualmente, como condizentes a sua faixa etária.

A transformação histórica do conceito de criança culminou com o que temos hoje enquanto representação social⁷ desse ser. Coexistem comportamentos em relação à criança que envolvem o que Ariés (2006) denominou papparicação, a qual remete a imagem da pureza, ingenuidade e inocência; e comportamentos de treinamento do adulto em potencial, sendo a criança tratada como ser que necessita de formação e moralização fornecida pelo adulto para se tornar alguém (ANDRADE, 2010).

Por outro lado, os estudos sociológicos sobre a infância têm buscado transformar a visão que considera a criança enquanto ser incompleto e inerte, reconhecendo a importância dessa fase da vida; e considerando as crianças enquanto sujeitos de direitos e atores sociais ativos no contexto em que vivem, os quais produzem conhecimento, identidade e cultura (ANDRADE, 2010). Cohn (2005) afirma que tal premissa significa tornar a criança um sujeito social.

Para produzir o protagonismo das crianças faz-se necessário reformar a maneira de significar a infância. É preciso superar o entendimento de que as crianças são seres incompletos, incapazes, adultos em potencial, e concomitantemente, valorizar as suas possibilidades, peculiaridades, visão de mundo e as representações que constroem acerca das situações vividas por elas (PIRES; BRANCO, 2007). No entendimento de Cohn, este sujeito é o que se pode chamar de criança atuante:

A criança atuante é aquela que tem um papel ativo na constituição das relações sociais em que se engaja, não sendo, portanto, passiva de papéis e comportamentos sociais. Reconhecê-lo é assumir que ela não é um 'adulto em miniatura', ou alguém que treina para a vida adulta. É entender que, onde quer que esteja, ela interage ativamente com os adultos e as outras crianças, com o mundo, sendo parte importante na consolidação dos papéis que assume e de suas relações (COHN, 2005, p. 17).

As palavras da autora remetem para a necessidade de que a representação social do que é o “ser criança”, bem como das atividades relativas às ações praticadas por este sujeito (como o ato de brincar, por exemplo), sejam construídas e legitimadas a partir do que a própria criança tem a dizer sobre si e sobre as relações sociais que constrói através dos espaços⁸ por onde circula quaisquer que sejam eles.

⁷ O conceito de representação aqui utilizado se refere à premissa proposta por Roger Chartier, a qual leva em conta as práticas que tendem a fazer com que um determinado grupo reconheça uma identidade social própria daquela conjuntura de “ser no mundo” (CHARTIER, 2002, p. 57), construindo de forma simbólica um determinado status o qual é legitimado graças à maneira como aquele grupo social institucionaliza a representação.

⁸ Estes espaços incluem os ambientes formais e não formais de educação, conforme Jacobucci (2008) e podem compreender tanto o espaço escolar, o qual está relacionado às Instituições Escolares de Educação Básica e do Ensino Superior, quanto os espaços não formais, entre eles o hospital.

A divisão da sociedade em faixas etárias

Para refletirmos sobre a evolução do conceito de criança e infância na sociedade ocidental contemporânea faz-se importante compreender em que período e de que forma se passou a dividir as fases da vida por faixas etárias. Até meados do século XVI, não era incomum que as pessoas não soubessem com exatidão sua idade. Era considerada falta de respeito ou quase uma infâmia afirmar quantos anos de vida a pessoa tinha⁹. São comuns relatos onde as pessoas usavam metáforas ou citavam a fala de outras pessoas para referir a sua idade (ARIÈS, 2006).

As famílias costumavam fazer diários e registrar os acontecimentos e datas importantes, não apenas utilizando números como referências, mas associando um nascimento a uma data importante do calendário religioso, por exemplo, dizer que determinada pessoa havia nascido próximo ao domingo de Páscoa (ARIÈS, 2006).

A vida não era dividida propriamente em anos, mas em fases ou etapas delimitadas pela função social que o indivíduo podia exercer na sociedade em cada uma delas. Em várias pinturas medievais podem-se observar imagens de crianças com brinquedos; crianças mais crescidas com materiais escolares; jovens em cenários de festa ou em momentos idílicos e românticos; e imagens de pessoas mais velhas dedicando-se aos estudos. Eram assim delimitadas as idades da vida e não somente pela quantidade de anos que o indivíduo possuía (ARIÈS, 2006).

Este tipo de representação está diretamente relacionado à maneira como as pessoas da idade média compreendiam o sentido do tempo e da história propriamente dita. De acordo com Jacques Le Goff (2005), para os clérigos medievais e seu público, o tempo é história e esta história tem um sentido que associa o ser humano (microcosmo) ao universo (macrocosmo). Assim, temos que:

O macrocosmo – o universo – tanto quanto o microcosmo, que é o homem, passa por seis idades; a exemplo dos seis dias da semana. A enumeração habitual distingue: a criação de Adão, a lei de Noé, a vocação de Abraão, a realeza de Davi, o exílio da Babilônia, o advento de Cristo. Assim também as seis idades do homem: infância, juventude, adolescência, idade madura, velhice, decrepitude (as quais, segundo Honorius, os termos são: 7 anos, 14 anos, 21 anos, 50 anos, 70 anos, 100 anos ou a morte (LE GOFF, 2005, p. 161).

⁹ “No século XVI, e mesmo nas categorias escolarizadas em que se observaram mais cedo hábitos de precisão moderna, as crianças sem dúvida sabiam sua idade; mas um hábito curioso de boas maneiras obrigava-as a não confessá-la claramente e a responder com certas reservas” (ARIÈS, 2006, p. 4).

Ariès (2006) apresenta outra divisão referente ao período medieval, a qual considera como base de correspondência para as fases da vida, os planetas que compõe o sistema solar, em número de sete. A primeira fase, inerente ao que chamamos de infância, seria aquela em que nascem os dentes nas pessoas, a qual duraria até os 07 anos de idade. A próxima fase (*pueritia*) duraria até os 14 anos e ainda levaria em consideração a fragilidade do sujeito.

Posteriormente viria a *adolescencia*, momento da vida em que o ser está apto para a procriação e que se estenderia até os 35 anos mais ou menos. Por esta divisão, a pessoa alcançaria a plenitude das suas forças até os 50 anos (*juventus*). Entre os 50 e 70 anos o ser humano viveria o momento da senectude, no qual alcançaria uma maior gravidade e compreensão sobre os aspectos da vida, para adentrar na última fase da sua existência (ARIÈS, 2006).

É preciso entender que as definições apresentadas por Le Goff (2005) e Ariès (2006) correspondem à maneira como as pessoas compreendiam a lógica da vida e do tempo cronológico na idade média, as quais eram associadas a uma teleologia que apontava para a ideia de uma finitude do mundo inerente a pessoa humana, já que esta última correspondia em uma escala menor ao universo.

Apesar da divisão entre as fases da vida é possível observar até o século XVII aquilo que Ariès denominou “a longa duração da infância” (ARIÈS, 2006, p. 11). Na opinião do autor, as pessoas não limitavam a infância devido ao que hoje conhecemos como puberdade. Para ele a ideia de infância era oferecida por outros pressupostos:

A ideia de infância estava ligada à ideia de dependência: as palavras *filis*, *valet* e *garçons* eram também palavras do vocabulário das relações feudais ou senhoriais de dependência. Só se saía da infância ao se sair da dependência, ou, ao menos, dos graus mais baixos da dependência. Essa é a razão pela qual as palavras ligadas à infância iriam subsistir para designar familiarmente, na língua falada, os homens de baixa condição, cuja submissão aos outros continuava a ser total [...] (ARIÈS, 2006, p. 11).

É possível perceber que o universo medieval não compreendia o significado da ideia de infância e da adolescência como entendemos hoje. Percebe-se pela citação acima transcrita que existe nesse meio, uma ambiguidade em relação a estas fases da vida humana, denotando que nessa sociedade a ideia da adolescência ainda demoraria a se formar (ARIÈS, 2006).

Quando a idade se tornou fundamental para identificação dos indivíduos na sociedade ocidental, no sentido de representar marcos em seu desenvolvimento e delimitar sua participação na esfera social? Em que momento o cálculo exato de anos, dias e horas de vida faz-se dado jurídico essencial para as atividades civis e exercício dos direitos e deveres? Para

Pires e Branco (2007), este fato tem relação com a passagem da infância/adolescência para a vida adulta, tornando a conclusão da formação escolar um divisor de águas no mundo ocidental.

Diante deste contexto, a ideia apresentada por Silva (2008) quando de seu estudo sobre o envelhecimento humano, aponta para a construção das categorias etárias como sendo resultado de um processo histórico, o qual envolve a convergência de uma série de discursos e práticas sociais, além de interesses econômicos e da criação de disciplinas especializadas para tratar cada fase da vida (pediatria, puericultura, geriatria e gerontologia podem ser consideradas exemplos desse contexto).

Até o início do século XIX, a sociedade ocidental apresentava uma série de fatores culturais, sociais e demográficos que se combinavam no sentido de não exigir uma separação nítida ou uma necessidade de especialização no que tangia aos cuidados e ações específicos para cada faixa etária. As razões para isso, segundo Silva (2008), são três: a diferença de idade entre crianças de uma mesma família era muito baixa; não havia uma regulamentação inerente ao tempo específico para o trabalho; e a coabitação de famílias extensas.

No entanto, quando a sociedade passa pelo processo de industrialização (principalmente a partir do século XIX) este cenário muda: tem início uma segmentação mais contundente em relação ao curso da vida a qual apresenta estágios e momentos específicos de transição entre uma fase e outra. Some-se a isso o reconhecimento da velhice enquanto uma etapa única no contexto da vida dos sujeitos. Destarte, se em um lado da esfera fica a velhice, do outro está a infância (SILVA, 2008).

É possível afirmar que a chamada estabilização das categorias etárias se deu entre os séculos XIX e XX, momento histórico em que se observa no Ocidente a maior uniformidade no interior dos grupos etários, bem como uma marcação mais precisa do momento de transição de uma idade para outra (SILVA, 2008). Como consequência desse processo, a sociedade ocidental desenvolveu uma série de ritos de passagem que marcam tais contextos: a entrada na escola tem um momento preciso para ocorrer, assim como a aposentadoria, para fixar dois exemplos.

Para Javeau (2005), este processo é mais complexo do que parece a partir do proposto por Silva (2008): segundo o autor, o senso comum na sociedade em que vivemos, define a infância como a fase que se inicia no momento do nascimento, mas não se sabe exatamente quando esta fase termina, pois diferenças culturais bem como diferenças relativas à organização social interferem na delimitação entre uma fase da vida e outra. Esta linha de pensamento se coaduna com a proposta de Cohn, segundo a qual:

Em outras culturas e sociedades, a ideia de infância pode não existir, ou ser formulada de outros modos. O que é ser criança, ou quando acaba a infância, pode ser pensado de maneira muito diversa em diferentes contextos socioculturais, e uma antropologia da criança deve ser capaz de apreender essas diferenças (COHN, 2005, p. 14)

A divisão social em faixas etárias e o estabelecimento de normas de conduta e padrões de comportamento associados à legislação pertinente aos direitos e deveres inerentes a cada uma delas, é uma maneira que o estado de direito encontra para conduzir suas políticas e regulamentar suas ações jurídicas em relação às pessoas. De acordo com Javeau (2005), tal premissa está relacionada a interesses econômicos e políticos.

Debert (1998) entende que as maneiras através das quais a vida humana é periodizada em determinadas sociedades, bem como a construção de categorias etárias em relação a elas e o caráter dos grupos etários que constituem cada uma dessas categorias, fornece material para se pensar como aquela sociedade (re)produz a sua percepção em relação à existência.

Neste sentido, as categorias etárias não são elementos naturais, mas sim, processos construídos culturalmente, e que correspondem a produções sociais. Dessa forma, é possível compreender que a infância e todos os elementos que acompanham esta fase da vida humana e lhe conferem sentido, são articulados a partir de representações inerentes ao que significa ser criança. Esta significação é particular porque cada contexto social, histórico e cultural vai compreendê-la de modo diferente.

Nem todas as sociedades tem a idade cronológica como base para a datação e periodização da vida. Algumas sociedades levam em conta a capacidade que o sujeito tem para realizar certas tarefas, sendo que a validação cultural desses estágios é dada a partir do reconhecimento do nível de maturidade do indivíduo e da capacidade que ele desenvolve para realizar determinadas coisas, como caçar, por exemplo, (DEBERT, 1998).

Assim, Debert afirma que:

O ritual de passagem de um estágio para outro não se orienta pela idade cronológica dos indivíduos, mas pela transmissão de status sociais, tais como poder e autoridade jurídica, através de rituais específicos cujo momento de realização depende, na maioria das vezes, da decisão dos mais velhos (DEBERT, 1998, p. 15).

Cohn (2005) aponta que a ideia de infância que o mundo ocidental apresenta nos dias de hoje, é fruto de uma construção histórica e social que não existia desde sempre, mas que foi sendo elaborada a partir de uma série de contingências relacionadas a fatores como alterações

na composição familiar, nas questões inerentes a maternidade e paternidade, bem como no cotidiano das crianças.

Sendo assim, “[...] contemporaneamente, os direitos das crianças e a própria ideia de menoridade não podem ser entendidos senão a partir dessa formação de um sentimento e de uma concepção de infância” (COHN, 2005, p. 14). As mudanças de sentido em relação ao entendimento do que é a criança e do que é a infância fazem parte das transformações históricas da sociedade as quais devem ser compreendidas como elementos que influenciam na concepção das representações em relação a estes termos.

Considerações Finais

As questões apontadas neste artigo demonstram que a representação que uma determinada sociedade constrói em relação à criança e a infância são elementos originários do seu conjunto de valores e, portanto, expressão da sua cultura.

Neste sentido, entende-se que o saber científico construído em torno destas categorias produz fatos normativos em relação a elas, os quais passam a ser aceitos como elementos naturais e assumem uma condição inquestionável. Isso pode ser representado a partir de conjunturas como “a idade certa para entrar na escola”, ou “atividades pertinentes a criança”.

Essa lógica também constrói a máxima de que existem locais específicos para as crianças (a creche, a escola, o parque, etc.) bem como locais nos quais elas, por razões como o acometimento de uma enfermidade devem estar, porém os quais lhes trazem sofrimento (hospital, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, por exemplo). Neste sentido, entende-se que mudanças no discurso devem ser realizadas, visando uma prática que possibilite às crianças, mesmo diante de cenários que lhes sejam traumáticos, a oportunidade de desenvolvimento das suas capacidades.

O artigo demonstrou que as prerrogativas que buscam definir o que é a infância e o que é a criança fazem parte de um contexto, o qual expressa normativamente um estado de direito. Este, por sua vez, necessita destas premissas para poder articular seu processo de controle sobre os sujeitos e delimitar suas ações assumindo um papel político e administrativo na vida das pessoas que regulamenta vários aspectos da vida humana como, por exemplo, a entrada ou a saída da escola e posteriormente, a entrada ou a saída do mercado de trabalho.

Não necessariamente estas construções simbólicas preconizadas pelo contexto histórico e social do qual fazem parte os indivíduos, representam as suas subjetividades, ou dito de outra

forma, não necessariamente elas formulam o sentido que a criança possui em relação ao mundo que a cerca.

Entender como a ideia de criança e de infância é construída socialmente remete a compreensão dos conteúdos e dos saberes que foram investidos para criar estas classificações e as consequentes periodizações da vida humana que as definem, entendendo as condições que possibilitaram tal conjuntura.

Esse tipo de postura permitiria compreender as especificidades dos sujeitos que fazem parte deste contexto e utilizar da sua própria experiência em relação a ele para elaborar novos significados e novos sentidos, possibilitando que a criança adquirisse autonomia em relação ao adulto, mesmo construindo referenciais que partem do sistema simbólico oriundo do universo deste último.

São as formações discursivas construídas historicamente, as responsáveis por configurar as noções que o Ocidente tem sobre a infância e a criança, conforme demonstrado neste artigo. A formação destas categorias é oriunda das transformações que ocorreram na vida das pessoas, confluindo para o reordenamento de hábitos e imagens em relação a tais categorias que se tinha anteriormente.

REFERÊNCIAS

ABREU, Casimiro. **A Saudade da Pátria e da Infância**. Disponível em <http://educaterra.terra.com.br/literatura/romantismo/romantismo_32.htm>

ANDRADE, Lucimary Bernabé Pedrosa de. Tecendo os fios da infância. In: ANDRADE, Lucimary Bernabé Pedrosa de. **Educação infantil: discurso, legislação e práticas institucionais**. São Paulo: Editora Unesp, 2010. p. 47-77. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/h8pyf/pdf/andrade-9788579830853-06.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Tradução de Dora Flaskman. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

CHARTIER, Roger. **El mundo como representación**. Barcelona: Editorial Gedisa, 2002.

COHN, Clarice. **Antropologia da criança**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

COHN, Clarice. Concepções de infância e infâncias: um estado da arte da antropologia da criança no Brasil. **Civitas**, Porto Alegre, v. 13, n. 02, p. 221-2444, maio-ago, 2013.

DEBERT, Guita Grin. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: DEBERT, Guita Grin. **A antropologia e a velhice - Textos Didáticos**, 2ª ed., 1 (13), Campinas, IFCH/Unicamp, 1998, pp.07-28.

DUBY, Georges. **Guilherme Marechal, ou, o melhor cavaleiro do mundo**. 3 reimpressão. Tradução de Roberto Janine Ribeiro, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1995.

DUBY, Georges. **Senhores e camponeses**. Lisboa: Teorema, 1989.

JACOBUCCI, Daniela Franco Carvalho. Contribuições dos espaços não-formais de educação para a formação da cultura científica. **Em Extensão**, Uberlândia, v. 7, 2008, pp. 55-66.

JAVEAU, Claude. Criança, infância (s), crianças: que objetivo dar a uma ciência social da infância? **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 91, p.379-389, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302005000200004&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 01 ago. 2018.

LE GOFF, Jacques. **A civilização do ocidente medieval**. Tradução de José Rivair de Macedo, Bauru/SP: EDUSC, 2005.

PIRES, Sergio Fernandes Senna; BRANCO, Angela Uchoa. Protagonismo infantil: co-construindo significados em meio às práticas sociais. **Paidéia**, Brasília, v. 17, n. 38, p.311-320, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2007000300002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 ago. 2018.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, pp. 155-168, jan.-mar., 2008.

WUNENBERGER, Jean-Jacques. **O imaginário**. São Paulo: Edições Loyola, 2017.

O BRINQUEDO TERAPÊUTICO: SUA IMPORTÂNCIA, SUAS MODALIDADES E APLICAÇÕES PRÁTICAS.

Resumo

O brincar constitui atividade essencial para as crianças, pois através da brincadeira a criança desenvolve habilidades motoras, psicológicas e sociais. Brincando a criança recria e interpreta a realidade e pode elaborar as situações que vive em seu cotidiano. Quando internada a criança tem de lidar com uma crise gerada pela doença e consequente hospitalização. Nesse contexto, o brinquedo terapêutico (BT) mostra-se recurso fundamental para o desenvolvimento de uma assistência humanizada e pormenorizada de acordo com as necessidades da criança e de sua família. Entretanto, mesmo que as pesquisas realizadas em saúde da criança comprovem vantagens e benefícios do brincar no hospital, esta prática ainda é pouco empregada na rotina dos serviços de saúde e os profissionais de enfermagem apontam algumas causas deste processo: falta de tempo para brincar; falta de recursos humanos e materiais; e o despreparo em relação ao uso do BT. Diante disso, este trabalho tem por objetivo conceituar o brinquedo terapêutico, sua importância, suas modalidades e expor exemplos de como desenvolver cada modalidade adequadamente de acordo com as necessidades de cada criança, a fim de proporcionar subsídios para que a equipe de enfermagem que atua em saúde da criança possa implementar essa tecnologia de cuidado em sua prática assistencial.

Abstract

Playing is an essential activity for children, because through play the child develops motor, psychological and social skills. Playing the child recreates and interprets reality and can elaborate the situations that lives in their daily lives. When hospitalized the child has to deal with a crisis generated by the disease and consequent hospitalization. In this context, therapeutic play (BT) proves to be a fundamental resource for the development of humanized and detailed care according to the needs of the child and his family. However, even though research on child health proves advantages and benefits of playing in the hospital, this practice is still little used in the routine of health services and nursing professionals point out some causes of this process: lack of time to play; lack of human and material resources; and unpreparedness regarding the use of BT. Given this, this paper aims to conceptualize the therapeutic toy, its importance, its modalities and expose examples of how to develop each modality properly according to the needs of each child, in order to provide subsidies for the nursing team that works in child health can implement this care technology in their care practice.

INTRODUÇÃO

O ato de brincar constitui um elemento que permeia a infância, sendo utilizado pelas crianças como uma forma de linguagem, através da qual elas criam e significam o mundo que as cerca. Quando submetidas à rotina do ambiente hospitalar, as crianças ficam alijadas deste processo. Neste contexto, o uso do BT pode auxiliar, no sentido de promover bem-estar à

criança, contribuindo para que ela enfrente a situação relativa à doença e tratamento de forma positiva (FREITAS; VOLTANI, 2016).

Desde a idade média as brincadeiras entre crianças reproduzem situações cotidianas nas quais elas aprendem observando os adultos. Através destas situações as crianças passam a compreender seu papel no mundo. Nessa época, brinquedos como cavalos de pau, artigos decorativos entre outros eram reservados aos mais pequeninos, e serviam para simular a vida adulta (ARIÈS, 2006)

Para muitos autores, a brincadeira é a forma que a criança tem de aprender e se desenvolver, favorecendo exercício futuros para aquisição do conhecimento, mais elaborados e complexos. Por meio da brincadeira e do brinquedo, a criança aprende a conversar, pensar e interpretar o sentido das palavras. Tais atributos podem ser apreendidos em brincadeiras de contar histórias, por exemplo, (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006; ROLIN, GUERRA, TASSIGNY, 2008).

Diversas formas de brincar proporcionam ainda à criança o desenvolvimento do equilíbrio, a noção de sua posição no espaço, o desenvolvimento da musculatura para atividades delicadas; bem como a expressão de seus sentimentos quando conquistam algo de bom ou descobrem que “gostam” de determinada sensação proporcionada pela brincadeira, tal como conseguir montar uma torre de blocos. O ato de brincar possibilita o desenvolvimento das relações interpessoais, oportunizando um exercício de socialização que pode ser auferido seguindo as regras de uma determinada brincadeira que envolva outras crianças (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

Independente do tempo histórico e para a sociedade ocidental, o ato de brincar, culturalmente falando, é essencial para o desenvolvimento infantil (QUEIROZ, MACIEL, BRANCO, 2006). Isso ratifica a afirmação de Vygotsky, que preconiza que a criança difere a ação e o brincar por meio da relação entre o brincar e a ideia que depreende desse ato: a partir dessa relação, o infante constrói o sentido da ação (ROLIN, GUERRA, TASSIGNY, 2008).

Sabe-se que a internação hospitalar constitui uma experiência traumática para crianças visto que as mesmas são separadas de suas famílias e/ou pessoas de confiança e são submetidas a procedimentos desconhecidos e/ou dolorosos. Para Fontes e colaboradores:

As crianças dispõem de recursos limitados para enfrentar situações desconhecidas. É necessário então, prepará-las para experiências dolorosas, como a cirurgia. O processo doloroso experimentado pelas crianças durante a hospitalização torna-se menos sofrível quando elas brincam e dramatizam a situação (FONTES et al, 2010, p. 96)

Muitas vezes uma situação de doença que culmina com um processo de internação constitui-se na primeira situação de crise que a criança enfrenta na sua vida. Entre os efeitos danosos da internação podem-se destacar a ansiedade pela separação dos pais, a qual, embora ocorra também com crianças maiores e adolescentes, acomete principalmente lactentes entre 6 a 30 meses, sendo que estes indivíduos tornam-se chorosos, agressivos e em uma fase mais tardia podem desenvolver apatia (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

Para Fonseca, o ato da internação leva a criança ao afastamento “(...) das suas atividades rotineiras, deixando amigos, casa e vida cotidiana para cuidar da saúde em centros especializados e, muitas vezes, em cidades distantes” (FONSECA, 2014, p. 40). Tal situação apresenta alto teor estressante, o qual, combinado ao fator doença, acarreta em transtornos emocionais aos pequenos.

Além dos fatores mencionados, o medo relacionado a lesões corporais e a dor também constitui um trauma gerado pela internação da criança. O cuidado de enfermagem deve ser desenvolvido de forma a considerar estes temores, visto que crianças expostas aos mesmos podem contrair sequelas irreparáveis e se tornar adultos mais temerosos e arredios a cuidados médicos. O enfermeiro deve estar atento ao comportamento das crianças para identificar seus sentimentos e intervir de forma a eliminar ou reduzir os danos advindos do medo e da dor (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

Diante desse quadro, o uso do BT pode servir como um elemento de comunicação entre os profissionais da equipe de saúde e a criança, permitindo retirar dúvidas em relação a determinados procedimentos técnicos garantindo ao sujeito doente sentimentos de segurança e conforto, o que diminui a estranheza em relação aos objetos utilizados em possíveis intervenções, bem como atenua outros efeitos negativos advindos da internação (FALEIROS; SADALA; ROCHA, 2002; SCHMITZ; PICCOLI; VIERA, 2003).

Diante disso, o brincar pode ser utilizado como ferramenta de cuidado em serviços de saúde com atendimento pediátrico, a fim de reduzir os danos físicos, emocionais e psicológicos gerados pelo ambiente hospitalar e pelos procedimentos nele realizados, buscando desenvolver uma assistência atraumática, cuja teoria se fundamenta na utilização de intervenções que eliminem/reduzam dor ou desconfortos de ordem física ou emocional, na assistência às crianças e suas famílias (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

Uma prática relativa ao cuidado desenvolvida a partir deste prisma remete a ideia proposta por Roselló, segundo a qual “no ato de cuidar, a Enfermagem se singulariza em relação às outras áreas e ciências da saúde e da assistência (...)” (ROSELLÓ, 2009, p. 111). Isto porque,

ao tangenciar um processo de cuidado à criança enferma que traga em si a essência do lúdico, existe a subjetivação do processo e da técnica, permitindo uma assistência de saúde humanizada e atraumática.

Para o desenvolvimento do cuidado atraumático é importante observar que:

A meta prioritária na prestação de um cuidado atraumático é não causar nenhum mal. Três princípios fornecem a estrutura para alcançar essa meta: (1) evitar ou suavizar o afastamento da criança da família; (2) estimular um sentido de controle e (3) evitar ou minimizar o ferimento ou a dor corporal. Exemplos de cuidado sem traumas incluem encorajar a relação entre pais e filho durante a hospitalização, preparar a criança antes de qualquer tratamento ou procedimento desconhecido, controlar a dor, consentir a privacidade da criança, providenciar brincadeiras e jogos para expressar o medo e a agressão, dando escolhas às crianças e respeitando as diferenças culturais (HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006, p.11).

Nesse contexto, o uso do brinquedo no ambiente hospitalar tem comprovado ser eficaz na tarefa de familiarizar a criança com local no qual se encontra, além de reduzir medo e ansiedade decorrentes da internação, pois conforme Freitas e Voltani, a utilização do BT “(...) promove muitos benefícios, colaborando com a integralidade da atenção, a aceitação aos procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento, e na manutenção dos direitos da criança” (FREITAS; VOLTANI, 2016, p. 07).

Os brinquedos podem ser diferenciados em normativo e terapêutico. O primeiro está relacionado ao uso de objetos e práticas prazerosas para as crianças, mas que não possuem cunho terapêutico, já o BT é um dispositivo que deve ser aplicado de forma sistematizada por profissionais da enfermagem, pois possui cunho terapêutico específico (LEITE; SHIMO, 2007; MALAQUIAS et al, 2014).

Entretanto, mesmo que as pesquisas realizadas em saúde da criança comprovem as vantagens e benefícios do brincar no hospital, esta prática ainda é pouco empregada na rotina dos serviços de saúde, em função de algumas dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde, sendo a falta de tempo para brincar e o despreparo em relação ao uso do BT as causas apontadas como principais (FRANCISCHINELLI; ALMEIDA; FERNANDES, 2012).

Um dos meios de enfrentar essas dificuldades é capacitar a equipe de enfermagem em relação à aplicação correta do BT nas suas diferentes modalidades, enfatizando os benefícios para a criança, família e para a própria equipe de saúde. Tendo os conhecimentos necessários para a instrumentalização do BT e a consciência de que brincar é uma necessidade básica da criança, o enfermeiro e sua equipe podem aderir a esta tecnologia de cuidado, incorporando-a em seu cotidiano (FRANCISCHINELLI; ALMEIDA; FERNANDES, 2012).

Diante disso, este artigo se propõe a conceituar o brinquedo terapêutico, sua importância, suas modalidades e expor exemplos de como desenvolver cada modalidade de acordo com as necessidades de cada criança, a fim de proporcionar subsídios para que a equipe de enfermagem que atua em saúde da criança possa implementar essa tecnologia de cuidado em sua prática assistencial.

O conceito de brinquedo terapêutico

O brinquedo terapêutico caracteriza-se por ser uma tecnologia¹⁰ de cuidado que surgiu em meados do século XX. Este dispositivo promove o cuidado da criança hospitalizada de forma lúdica. Consiste em uma técnica que deve ser utilizada por enfermeiro capacitado para tal. O BT pode ser classificado em três tipos: Dramático, Capacitador de funções fisiológicas e Instrucional ou Preparatório (JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010; GOMES; PINHEIRO, 2013). Entre os benefícios relacionados ao uso do BT estão: propiciação de um momento para a criança exteriorizar seus sentimentos e aliviar tensões diante de situações que lhe parecem ameaçadoras; maior colaboração da criança durante procedimentos médicos; melhora na adesão ao tratamento; fortalecimento de vínculo e melhora da comunicação entre equipe de enfermagem, criança e família; maior compreensão da criança de seu estado de saúde e tratamentos necessários e empatia do profissional pela compreensão da realidade da criança. Por tantos benefícios o uso do BT deve ser difundido em ambientes acadêmicos e serviços de saúde que atuem em pediatria, a fim do desenvolvimento da assistência humanizada e direcionada as necessidades específicas das crianças (CRUZ et al, 2013).

Além de ser comprovadamente benéfico, o BT constitui uma atribuição do enfermeiro regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 136, publicada em 9 de maio de 2017, a qual preconiza que: “Compete à Equipe de Enfermagem que atua na área pediátrica, a utilização da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico, na assistência à criança e família hospitalizadas” (COFEN, 2017, p.136). Dessa forma o não uso do BT por enfermeiros que atuam em pediatria pode ser considerado como falha na execução de suas atribuições.

¹⁰ O sentido da palavra tecnologia, neste artigo, é utilizado a partir da premissa filosófica de Roselló, segundo a qual a Enfermagem é um campo do conhecimento em que arte e técnica operam em conjunto e de forma complementar, pois, segundo o autor: “A relação entre arte e técnica tampouco deve compreender-se de forma excludente, pois, como diz Hipócrates (...) a arte pressupõe técnica, mas algo mais do que técnica, uma espécie de predisposição natural. A arte do cuidar precisa de conhecimentos adequados do tipo psicológico, anatômico, antropológico e, inclusive, do tipo cultural e religioso, mas além desses conhecimentos, precisa de um conjunto de fatores que convertem esse exercício em arte, e jamais em uma ciência exata” (ROSELLÓ, 2009, p. 38).

Esta resolução também coloca que o enfermeiro deve supervisionar a realização do BT pelo técnico ou auxiliar de enfermagem. As atividades de BT devem fazer parte do processo de enfermagem e constar na prescrição de enfermagem, além disso, as sessões de BT devem ser registradas de forma clara e concisa no prontuário do paciente (COFEN, 2017).

A técnica do BT pode ser utilizada por qualquer enfermeiro capacitado para tal, em ambiente conveniente para profissional e paciente, podendo ser realizada no próprio leito do paciente ou em ambientes reservados para este fim, como as salas recreativas, sendo desenvolvidas sessões com duração recomendada entre 15 e 45 minutos (LEITE; SHIMO, 2007; MARTINS et al., 2001).

Segundo Leite e Shimo (2007) e Souza e colaboradores (2012), muitos profissionais da Enfermagem referem diversos fatores que dificultam a aplicação do BT na prática, destacando justamente a sua falta de preparo/conhecimento em relação ao assunto. Sendo assim, faz-se necessária a promoção de ações de educação em saúde a fim de capacitar a equipe de enfermagem para o uso desse dispositivo na assistência ao infante, com ações que busquem envolver todos os sujeitos que participam do processo de ensino-aprendizagem na produção do conhecimento.

Neste sentido, Fonseca (2014), reforça a necessidade de trabalhar as questões que envolvem a assistência com um olhar que avance para além das questões relacionadas ao contexto da enfermidade e do tratamento da mesma, englobando mais que os cuidados técnicos. A autora afirma que:

(...) considero importante que o enfermeiro valorize essa prática na promoção do bem-estar e do desenvolvimento infantil e, ainda, que adote um referencial teórico para sustentar sua realização na assistência, a fim de que esta prática não permaneça apenas no empirismo (FONSECA, 2014, p. 104).

A citação acima permite compreender que o processo da assistência e o uso do BT por parte da equipe de Enfermagem, pressupõe o desenvolvimento de habilidades e competências que requerem, por parte destes profissionais “(...) tempo e espaço, dedicação e técnica, ciência e sabedoria, conhecimento teórico e práxis” (ROSELLÓ, 2009, p. 41).

Entretanto, é importante frisar que tal processo exige uma postura política por parte das instituições hospitalares através da qual se preconize e se torne possível cuidar do ser humano de forma holística, em exata oposição ao modelo massificado e burocratizado consoante à realidade dos dias contemporâneos em termos de ocidente.

Doravante, o artigo irá descrever os tipos de BT, objetivando trazer à comunidade interessada no tema, elementos que permitam aos profissionais da Enfermagem ferramentas

para o bom exercício da sua profissão dentro de preceitos que valorizam a dimensão social e política da profissão.

O brinquedo terapêutico dramático (catártico)

A finalidade desta modalidade de BT consiste em fazer a criança enfrentar as situações angustiantes que está vivenciando, através da dramatização. Assim, ela pode expressar seus sentimentos e medos e reduzir o estresse provocado pelos mesmos. Comumente são utilizados materiais como bonecos representativos da família e/ou da equipe de saúde e artigos médico-hospitalares. O BT dramático auxilia a/o enfermeira/o a se comunicar com a criança e identificar os sentimentos e angústias da mesma a fim de traçar medidas eficazes para assisti-la (REQUIÃO, 2007; JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010; GOMES; PINHEIRO, 2013).

Através do brinquedo terapêutico dramático ou catártico, pode se estabelecer um processo de comunicação eficaz da criança com a/o enfermeira/o, através do qual a mesma expressa seus sentimentos, demonstra sua percepção a respeito do seu papel social e suas relações familiares. O BT dramático é útil no planejamento de intervenções quando a criança se comporta de forma inadequada diante da situação em que se encontra e, através deste comportamento corre risco de maior agravo físico (BORBA, 2002 apud ROCHA, 2005).

Rocha (2005), em pesquisa realizada com crianças vítimas de violência residentes em casas lares, propõe um modelo de aplicação do BT dramático que consiste em 3 fases: acolhendo, brincando e finalizando. Na primeira fase, realiza-se a construção do vínculo entre a criança e a/o enfermeira/o, sendo que não há um número preciso de seções a partir das quais se possa estabelecer o parâmetro para alcançar a fase dois.

Para Rocha (2005) é importante que o profissional esteja atento ao humor da criança, nível de atenção e comprometimento com a atividade, quais brinquedos escolhe e quais situações e locais ela expressa durante a dramatização. A/O enfermeira/o deve analisar as expressões verbais e não verbais da criança, buscando atribuir significados as mesmas. A coleta dos dados se dá por meio de anotações e observação da criança durante a sessão. Após a análise deve-se planejar o cuidado de acordo com as necessidades identificadas, podendo ser necessário encaminhar a criança para outro profissional, como psiquiatra por exemplo.

Convida-se a criança a contar uma história com uso de bonecos que representam pessoas de seu convívio. As atividades de contar história podem ser substituídas por desenhar, pintar ou escrever. A escolha dos personagens e a narração da história devem ser feitas pela criança, devendo o enfermeiro cronometrar o tempo, cujo ideal é entre 45 a 60 minutos. É importante

que em todas as sessões a/o enfermeira/o adote uma postura de empatia em relação à criança, que tenha comportamento alegre e receptivo e que faça perguntas abertas a fim de compreender pontos que não compreendeu na fala da criança (ROCHA, 2005).

Na etapa dois (brincando) já se têm os vínculos estabelecidos entre criança e a/o enfermeira/o. Nesse momento devem ser desenvolvidos mais a fundo os princípios do cuidado. Deve ser mantida a observação e análise descritas na fase anterior e seguir o planejamento dos cuidados identificados como necessários. Rocha destaca a importância da contextualização do processo de cuidado com a Assistente social, que é a profissional responsável pelas crianças do estudo, a fim de verificar mudanças no comportamento das crianças após início das sessões. Na fase brincando também é importante definir se as sessões devem finalizar ou precisam continuar (ROCHA, 2005).

A última fase descrita por Rocha (2005) compreende a terceira etapa do processo e a última sessão de brinquedo terapêutico com a criança. Deve ocorrer quando se verificar que as necessidades de cuidados da criança foram supridas ou quando a mesma necessita de atendimento de outro profissional especializado, tal qual psiquiatra ou psicólogo. É importante observar e analisar as questões levantadas na fase de acolhimento e esclarecer para a criança que será a última sessão (ROCHA, 2005).

Este modelo descrito por Rocha (2005) traz diretrizes que podem também ser seguidas por profissionais que atuam em instituições nas quais as crianças permanecem internadas por longo período, onde é possível o estabelecimento de vínculos e a continuidade do processo.

Outro estudo utilizou o BT dramático para auxiliar crianças portadoras de câncer em seu processo de aceitação da doença e do luto. Nessa pesquisa as atividades consistiram em dramatização e uso do brinquedo para alívio de estresse e expressão das emoções da criança, utilizando além de bonecos, objetos de uso hospitalar familiares as crianças. Evidenciou-se que crianças a partir de quatro anos beneficiaram-se mais das atividades de dramatização, sendo que as mais jovens utilizavam os brinquedos mais no sentido de explorá-los e descobri-los (ALMEIDA, 2005).

As crianças demonstraram que muitas vezes percebem a hospitalização e os procedimentos aos quais são submetidas como castigos ou punições sendo que demonstram essa visão impondo força e expressão de raiva quando dramatizam os procedimentos médicos (ALMEIDA, 2005).

Sabino e Almeida (2006) corroboram com esses achados, sendo que em sua pesquisa evidenciaram através de escalas de avaliação da dor em crianças, que crianças submetidas a sessões com o uso do BT apresentaram reduções no nível de dor referida antes do uso. Neste

trabalho também ficou evidenciado os benefícios do uso do BT dramático no alívio do estresse e da ansiedade gerados pela doença e pela hospitalização.

O Brinquedo Terapêutico Capacitador de Funções Fisiológicas

Esta modalidade de aplicação do BT busca desenvolver atividades a fim de que a criança possa melhorar seu autocuidado e estado físico. Através das brincadeiras a criança aprende e pode se adaptar a novas condições de vida e saúde. Para o desenvolvimento do BT capacitador de funções fisiológicas é preciso que o profissional seja compreensivo, respeite o tempo e as limitações da criança e a auxilie a desenvolver suas habilidades por meio de brincadeiras engraçadas e atrativas (REQUIÃO, 2007; JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010; GOMES; PINHEIRO, 2013).

Estudo realizado por Leite et al. (2012) fez uso desta tecnologia para o ensino em saúde de crianças entre 18 e 30 meses de idade a fim de promover conhecimento corporal, higiene, sono, repouso, alimentação e controle dos esfíncteres. Os autores inferiram que a estratégia do BT foi eficaz no objetivo proposto, sendo que se observou que as crianças apresentavam maior conhecimento de seu próprio corpo e estavam desenvolvendo a capacidade de controlar os esfíncteres após o uso dessa tecnologia de cuidado. Além disso, fortaleceu-se a relação de vínculo entre a escola, a família e o profissional de saúde que desenvolveu o estudo. Pode-se inferir que nesse estudo foram desenvolvidas as modalidades de ensino e capacitador de funções fisiológicas já que as habilidades naturais das crianças foram melhoradas.

Mesmo sendo esta modalidade de uso do brinquedo terapêutico menos constante, pois existe menor número de referências a ela na literatura, constitui um importante meio de promoção da saúde em pediatria. Na literatura internacional encontra-se trabalho que documenta o uso do BT para crianças com disfunções nas habilidades manuais, sendo fornecidos exemplos de uso de objetos cotidianos (rolos de papel, macarrão, moedas) na confecção de brinquedos para serem usados em exercícios os quais tornam essas atividades mais atrativas o que, conseqüentemente, traz maior colaboração e adesão das crianças (PECK–MURRAY, 2015).

O BT instrucional ou preparatório

Nesta modalidade o BT tem a finalidade de preparar a criança para procedimentos aos quais ela será submetida. Através do BT instrucional, a criança é orientada e tem suas dúvidas sanadas enquanto brinca, visualizando e dramatizando situações hospitalares ou procedimentos, sendo

que estes podem ser realizados de forma menos traumática. O material utilizado no desenvolvimento dessa técnica pode incluir figuras representativas da família, da equipe hospitalar; objetos de uso hospitalar e objetos de uso no cotidiano doméstico (REQUIÃO, 2007; JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010; GOMES; PINHEIRO, 2013).

Evidencia-se que o uso do BT pode-se aplicar em diversos cenários, utilizando-se diversos materiais como insumos, sendo mais comum o uso de boneco e objetos hospitalares. Estudo realizado por Silva e colaboradores com crianças de 2 a 7 anos, mostrou a realização de atividades de BT desde o período pré-operacional. As crianças envolvidas nas atividades começaram a ter entendimento de situações para além do momento que estavam vivendo, passando a criar representações de fatos, situações e objetos por meio de figuras mentais, sons, imagens, palavras ou outras formas. Elas começaram a ter a compreensão e associação de símbolos e ideias com as experiências e objetos que significam (SILVA et al, 2016).

O estudo realizado por Fonseca (2014) também se utilizou de insumos hospitalares e de bonecos através dos quais as crianças envolvidas na pesquisa expressavam seus sentimentos em relação a sua condição, sendo que, a partir das sessões foi perceptível por parte dos familiares e da equipe de Enfermagem que o medo das crianças em relação a determinados procedimentos diminuiu.

O brinquedo terapêutico instrucional (BTI) é a modalidade de BT mais mencionada na literatura nacional. Ele pode ser utilizado no preparo da criança para diversos procedimentos hospitalares ou ambulatoriais, dentre os quais podem ser citados: coleta de sangue; nebulização; curativo; sondagem vesical; inserção de drenos e cirurgias, sendo mais comumente usado antes de punções venosas. Este método tem grande validade quando a criança apresenta muita resistência para a realização do procedimento (LEMOS et al., 2016).

Kich e Almeida (2009) realizaram estudo para investigar benefícios do uso do BT em crianças submetidas à realização de curativos em pós-operatório. Seu trabalho evidenciou que as mesmas mostraram-se mais colaborativas durante o procedimento, com comportamentos sugestivos de melhor aceitação e adaptação. Também nesta pesquisa, verificou-se maior estreitamento no relacionamento da criança com a mãe que participava das sessões de BT. Outro dado importante é que a maioria das crianças assistidas apresentou redução da intensidade da dor durante o procedimento, sendo relatados menores escores de dor quando o BT precedeu o curativo. Além disso, as crianças demonstravam prazer em brincar e interesse em continuar a brincadeira mesmo após o término da sessão.

Protocolo elaborado por Martins et al. (2001) explica o uso do BTI para preparar crianças pré-escolares a fim de serem submetidas a punção venosa, descrevendo as seguintes etapas:

- Iniciar o preparo cerca de 30 minutos antes da punção, pois a criança pode criar fantasias amedrontadoras em sua mente se o tempo de espera for longo;
- Apresentar-se aos pais e explicar o procedimento;
- Verificar com os pais comportamento anterior da criança frente a procedimentos dolorosos;
- Realizar sessão individual de BT, convidar a criança para brincar no local apropriado, explicando que os brinquedos serão devolvidos após a sessão. A duração da sessão deve ser de 15 a 45 minutos.
- Apresentar os brinquedos e contar uma história, em linguagem acessível, utilizando os mesmos, demonstrando o procedimento da punção nos bonecos, explicando as sensações que a criança irá sentir, como deve se portar para o sucesso do procedimento e, permitindo que a mesma execute a punção nos bonecos manuseie os materiais a serem utilizados;
- Conversar com a criança dando-lhe espaço para esclarecer dúvidas, ressaltando que o procedimento não é um castigo ou punição;
- Durante o procedimento, se possível, permitir que a criança escolha o local da punção e que os pais assistam ao mesmo;
- Após o procedimento elogiar o comportamento da criança e permitir que a mesma dramatize novamente a situação vivida;
- Ficar atento às emoções, percepções e significados demonstrados pela criança;
- Registrar todos os procedimentos e informações relevantes no prontuário da criança.

Uma pesquisa que utilizou o protocolo supracitado e comparou as reações manifestadas por crianças pré-escolares e escolares hospitalizadas frente ao preparo para punção venosa, antes e após o uso do BTI, evidenciou uma redução na frequência de todas as variáveis que indicam menor aceitação e adaptação ao manejo ou realização da punção venosa periférica, com exceção para a variável “permanece calada”, onde não houve alteração, tendo significância estatística em especial para: “Solicita a presença Materna” e “Evita olhar para o Profissional” (LEMOS et al., 2016).

O BT também pode ser aplicado no preparo de crianças para procedimentos mais complexos, tais como as cirurgias. Seu uso sistematizado em unidades pediátricas justifica-se pelo fato de que fornecer informações de maneira clara sobre a necessidade da hospitalização e da cirurgia, contribui para amenizar a ansiedade, pois faz com que as crianças se sintam mais seguras e confiantes em relação aos adultos responsáveis pelo seu cuidado. Ao contrário do que muitos

adultos pensam, omitir informações das crianças não lhes traz benefícios e pode ser extremamente prejudicial para a relação de confiança da mesma com seus cuidadores, piorando o estresse e a carga emocional oriunda do adoecer e da hospitalização (PALADINO; CARVALHO; ALMEIDA, 2014).

Paladino, Carvalho e Almeida (2014) em uma investigação sobre os efeitos do preparo para cirurgia de crianças pré-escolares utilizando BTI, verificaram que a maioria das crianças atendidas demonstrou interesse e participou da brincadeira antes do procedimento cirúrgico. Estas também verbalizaram o desejo de levar o brinquedo consigo, significando a sensação prazerosa que a brincadeira lhes deu, e com a qual queriam permanecer. A maioria das crianças também não apresentou comportamentos de resistência para entrar na sala cirúrgica e separar-se da mãe, sendo também o processo de indução pré-anestésica e de despertar na recuperação pós-anestésica mais tranquilos. Algumas ainda relataram reconhecer a semelhança do centro-cirúrgico com as situações abordadas na brincadeira, além de reconhecerem a enfermeira que desenvolveu a técnica do BTI com elas, demonstrando maior tranquilidade devido à familiaridade com a equipe.

É preciso destacar que algumas atitudes negativas por parte das crianças são comuns. Pode ocorrer que não se apresentem motivadas durante a brincadeira, queiram apenas observar ou não consigam concentrar-se. Isso pode ser decorrente da falta de intimidade da criança com os objetos e pessoas a sua volta, pode ser uma característica da personalidade da criança; do seu nível de compreensão da realidade ou ainda decorrente da tensão e ansiedade gerada pela hospitalização (PALADINO; CARVALHO; ALMEIDA, 2014; SILVA et al., 2016).

Paladino, Carvalho e Almeida (2014) relatam que algumas crianças resistiram quando tiveram de se separar da mãe, chorando ou gritando, sendo necessário contê-las para continuidade dos procedimentos. Esses comportamentos são reações comuns e esperadas, mesmo quando a criança recebe o preparo pelo BTI, e demonstram menor aceitação e adaptação aos procedimentos, sendo mais frequentes em crianças menores de cinco anos de idade.

Muitos pais, quando questionados sobre os benefícios do BT, reconhecem as mudanças no comportamento de seu filho frente aos procedimentos e se mostram favoráveis ao uso dessa técnica por reduzir o sofrimento da criança e da própria família que se sente impotente frente à necessidade de submissão da criança a procedimentos reconhecidamente dolorosos (CONCEIÇÃO et al., 2011).

Quando a criança apresenta resistência e reações exacerbadas de choro e revolta mesmo após a realização do BTI, pode ser frustrante para profissionais e família, e principalmente gerar desconfiança nos pais. Por isso, é importante que os pais sejam envolvidos no preparo da

criança e sejam incentivados a participar, a fim de aumentar o nível de confiança de seu filho/a na equipe e aliviar medos e tensões dos próprios pais. Porém, cabe ao profissional de saúde esclarecer que reações de medo, choro, resistência podem ocorrer e são normais, mesmo com o uso apropriado do BT, visto que o processo de compreensão e a construção da confiança pode se dar de forma mais lenta para algumas crianças (CONCEIÇÃO et al., 2011).

Cabe ressaltar que, apesar de todos os benefícios adquiridos com o uso do BT na instrução e preparação da criança para procedimentos, esta técnica ainda encontra resistência por parte de profissionais de enfermagem. Sobre o assunto, Fonseca referencia que: “apesar de não haver dúvidas quanto aos benefícios terapêuticos do brincar para a criança doente, essa prática ainda é bastante desvalorizada pela equipe multiprofissional, uma vez que muitos julgam essa atividade dispensável no cuidado” (FONSECA, 2014, p. 104)

Embora compreendam a necessidade da aplicação do BT e a humanização da assistência que esta tecnologia de cuidado promove, poucos são os que a utilizam de forma sistematizada na prática diária, tendo como principais argumentos a falta de tempo e de recursos humanos e materiais, o que de fato é uma realidade em muitos serviços de saúde (LEMOS et al., 2016).

Por outro lado, Martins et al (2001) referem que o BT não demanda muito tempo do profissional, visto que a atividade desenvolvida pelos mesmos teve um gasto de 15 minutos, incluindo a narração da história com demonstração da punção e manuseio dos objetos pela criança. A pesquisa demonstrou que o tempo utilizado na sessão não significa uma perda, mas sim uma vantagem em vista dos benefícios gerados não só para a criança, mas também para a equipe que não tem que repetir a punção várias vezes como ocorre com a criança muito agitada, que também requer maior número de profissionais para auxiliar na contenção.

Não obstante, é preciso considerar que a assistência que desconsidera a importância do brincar para a criança fere os direitos da mesma. Sendo assim, é preciso que a equipe de enfermagem busque alternativas para incorporar o BT em seu cotidiano assistencial. Para tal, faz-se fundamental que a mesma encontre apoio por parte de gestores, a fim de promover mudanças na organização do trabalho, garantir os recursos humanos e materiais necessários e promover atividades de educação em saúde voltada ao preparo dos profissionais para o uso sistematizado do BT nas unidades de internação pediátrica.

Além desses aspectos, é preciso rever a abordagem desse tema nos cursos de graduação e nível técnico em enfermagem, sendo necessário formar profissionais com visão abrangente para as necessidades da criança, que tenham o brincar como elemento fundamental para o desenvolvimento das mesmas (LEMOS et al., 2016; MARTINS et al., 2001).

Considerações finais

Brincar constitui atividade intrínseca ao ser criança. Através da brincadeira as crianças aprendem, compreendem os significados, desenvolvem habilidades motoras e psicossociais, se relacionam, expressam sentimentos e emoções, constroem sua identidade, entre outros aspectos.

Considerando a atenção integral a saúde da criança e do adolescente, a assistência em saúde da criança não pode se dar dissociada do brincar e do brinquedo. O brinquedo terapêutico em todas as suas diferentes modalidades constitui forma de inserção da prática do brincar de forma sistematizada na assistência de enfermagem.

Os benefícios do uso do brinquedo terapêutico para a saúde da criança e para redução de danos decorrentes do processo de adoecimento, hospitalização, tratamento e até mesmo no enfrentamento da morte são inegáveis. Estes benefícios alcançam não somente as crianças, como também as famílias, que tem seu sofrimento reduzido pela maior adaptação da criança a situação, e estendem-se também a equipe de saúde, principalmente de enfermagem, pois o uso do BT fortalece o vínculo da criança com os profissionais, aumenta a adesão dos pacientes ao tratamento, aceitação e colaboração em procedimentos necessários.

O uso do BT não é uma técnica que demanda altos custos de recursos, e apesar de necessitar de certas condições ambientais e de período de tempo mínimos, pode ser desenvolvida sem gerar grande aumento da demanda de serviços da enfermagem.

Cabe aos gestores e profissionais de saúde envolvidos na assistência e ensino em saúde da criança buscar meios para que o brinquedo terapêutico seja amplamente divulgado e implementado de forma sistematizada e rotineira nos serviços de saúde pediátricos, preservando o direito das crianças a exercerem sua infância e receberem assistência em saúde congruente com suas necessidades. Ressalta-se também a importância do ensino dessa tecnologia de cuidado nos cursos de nível médio e de graduação em enfermagem, a fim de que os profissionais sintam-se preparados para utiliza-la em sua prática diária.

Referências

CONCEICAO, Caroline Monteiro et al. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa ambulatorial: percepção dos pais e acompanhantes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 346-363, Jun 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 546, de 09 de maio de 2017. **Resolução Cofen Nº 546/2017**. Brasília, DF, 18 maio 2017. p. 1-2.

CRUZ, Déa Silvia Moura da et al. Brinquedo terapêutico: revisão integrativa. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 7, n. 5, p.1443-1448, maio 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11631>>. Acesso em: 31 out. 2018.

FALEIROS, Fabiana; SADALA, Maria Lúcia Araújo; ROCHA, Eliana Mara. Relacionamento terapêutico com crianças no período perioperatório: utilização do brinquedo e da dramatização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 58-65, 2002.

FONSECA, Marileise Roberta Antonelli. **Compreendendo o brincar de uma criança com câncer por meio do brinquedo terapêutico dramático**. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Enfermagem, Campinas, São Paulo, 2014.

FONTES, Cassiana Mendes Bertocello; MONDINI, Cleide Carolina da Silva Demoro; MORAES, Márcia Cristina Almendros Fernandes; BACHEGA, Maria Irene; MAXIMINO, Natália Patrisi. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 16, n. 1, p. 95-106, 2010.

FRANCISCHINELLI, Ana Gabriela Bertozzo; ALMEIDA, Fabiane de Amorim; FERNANDES, Daisy Mitiko Suzuki Okada. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 18-23, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Out. 2018.

FREITAS, Bruna Hinnah Borges Martins de; VOLTANI, Sirlei dos Santos Araújo Alves. Brinquedo terapêutico em serviço de urgência e emergência pediátrica: revisão integrativa de literatura. **Cogitare Enferm.** 2016, jan/mar; 21 (1): 01-08.

GOMES, Cleida Lima; PINHEIRO, Maria de Fátima. **A importância do brinquedo terapêutico no cuidar da criança hospitalizada**. 2013. 54 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade do Mindelo, Mindelo, 2013. Disponível em: <[http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/2576/1/Gomes e Pinheiro 2013. A importância do brinquedo terapêutico..pdf](http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/2576/1/Gomes%20e%20Pinheiro%202013.%20A%20import%C3%A2ncia%20do%20brinquedo%20terap%C3%A9utico..pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2017.

HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON, David; WINKELSTEIN, Marilyn J (Ed.). **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

JANSEN, Michele Ferraz; SANTOS, Rosane Maria dos; FAVERO, Luciane. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado a criança hospitalizada. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 247-253, Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jan. 2017.

KICHE, Mariana Toni; ALMEIDA, Fabiane de Amorim. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 125-130, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000200002>.

LEITE, Tânia Maria Coelho; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. O brinquedo no hospital: uma análise da produção acadêmica dos enfermeiros brasileiros. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 343-350, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000200025>.

LEMONS, Izabel Cristina Santiago et al. Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. **Revista Cuidarte**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 1163-70, jan. 2016. ISSN 2216-0973. Disponível em: <<https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/303/488>>. Acesso em: 15 junho. 2019.

MALAGUIAS, Tatiana da Silva Melo et al. O uso do brinquedo durante a hospitalização infantil: saberes e práticas da equipe de enfermagem. **Ciência, Cuidado Saúde**, Maringá, v. 13, n. 1, p.97-103, jan. 2014. Trimestral. Disponível em: <[file:///C:/Users/SOLANGE/Downloads/21802-100749-1-PB \(1\).pdf](file:///C:/Users/SOLANGE/Downloads/21802-100749-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2017.

MARTINS, Maria do Rosário et al. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 76-85, Abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Out. 2018.

PALADINO, Camila Moreira; CARVALHO, Rachel de; ALMEIDA, Fabiane de Amorim. Therapeutic play in preparing for surgery: behavior of preschool children during the perioperative period. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 48, n. 3, p.423-429, jun. 2014. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342014000300006>. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/84106>>. Acesso em: 31 out. 2018.

PECK-MURRAY, Jill Ann. Utilizing everyday items in play to facilitate hand therapy for pediatric patients. **Journal Of Hand Therapy**, [s.l.], v. 28, n. 2, p.228-232, abr. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jht.2014.05.003>.

REQUIÃO, Paula Regina Escorse. **Brincar/brinquedo terapêutico: significado para enfermeiras pediátricas**. 2007. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12508/1/DISSER_PGGENF_203_PAULAREGINA.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2017.

ROCHA, Patrícia Kuerten. **Brinquedo terapêutico e crianças institucionalizadas vítimas de violência**: propondo um modelo de cuidado de enfermagem. 2005. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis.

ROSELLÒ, Francesc Torralba. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

SABINO, Michelle Batista de Mello; ALMEIDA, Fabiane de Amorim. O brinquedo terapêutico como estratégia de alívio da dor em crianças com câncer. **Einstein**, São Paulo, v. 4, n. 3, p.196-202, jul. 2006. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/Einstein%20vol4%20n3_196.pdf>. Acesso em: 31 out. 2018.

SCHMITZ, S. M.; PICCOLI, M.; VIERA, C. S. A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem. **Revista Ciência. Cuidado. Saúde**, Maringá, v. 2, n. 1, p. 67-73, 2003.

SILVA, Rosalia Daniela Medeiros da et al. Brinquedo terapêutico no preparo de crianças para procedimentos invasivos: revisão sistemática. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 93, n. 1, p. 6-16, Fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.06.005>.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a) Esta pesquisa é sobre “O USO DO PLANO ESTRATÉGICO SITUACIONAL COMO METODOLOGIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA” e está sendo desenvolvida por Kamila Onose Araujo Cunha, Aluna do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, sob a orientação da Prof(a) Dr. Marcia Maria de Medeiros e co-orientação da Prof(a) Dr. Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi .

Os objetivos do estudo são construir coletivamente, através do uso do Planejamento Estratégico Situacional, um protocolo estabelecendo a prática do brinquedo terapêutico na UTI-PED do HU-UFGD. Os objetivos específicos são: Instituir espaços de reflexão e discussão nos moldes da educação permanente sobre a técnica do brinquedo terapêutico; Descrever as percepções dos profissionais envolvidos após a aplicação do BT na prática assistencial; Construir um protocolo que estabeleça a prática do brinquedo terapêutico na UTI-PED do HU-UFGD; Desenvolver um protótipo de brinquedo.

A finalidade deste trabalho é contribuir para melhorar a qualidade da assistência prestada a criança e família, melhorar o vínculo dos mesmos com a equipe de enfermagem, melhorar a qualidade de vida da criança no período de internação e reduzir os traumas causados pela hospitalização na criança.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa e auxiliará na melhoria da qualidade do serviço prestado à população.

Solicitamos a sua colaboração através da participação em 4 oficinas, que serão realizadas fora do seu horário de trabalho com duração média de 2 horas, onde serão discutidos os significados da criança e da infância e o Brinquedo Terapêutico, com o fim de elaborar um protocolo para estabelecer a prática do Brinquedo Terapêutico na UTI-PED do HU-UFGD. Será necessário também, que você utilize os conhecimentos adquiridos durante oficinas em sua atuação na assistência aos pacientes, visto que esta aplicação na prática constitui uma etapa denominada “momento tático-operacional” desta pesquisa.

Também solicitamos sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Os custos referentes a materiais utilizados nas oficinas e na pesquisa em geral serão de responsabilidade da pesquisadora responsável. Porém, informamos que não haverá remuneração ou ressarcimento pela sua participação no projeto em nenhuma das etapas do mesmo. Os custos referentes ao deslocamento até ao HU-UFGD para participação nas oficinas serão de responsabilidade dos participantes.

Informamos que os riscos oferecidos por esta pesquisa podem ser estresse psicológico por participar de oficinas que exigem utilização do raciocínio e exposição de opiniões perante o grupo, o que também pode ser considerado constrangimento por alguns indivíduos. Porém, estes riscos serão minimizados pela realização de oficinas de curta duração e por meio de adoção de postura de respeito as falas de todos os membros do grupo, além de garantia de anonimato na transcrição de falas ou discursos. Os benefícios superam os riscos visto que os participantes terão um espaço de discussão e construção de conhecimento. Além disso o uso do brinquedo terapêutico facilitará a realização de alguns procedimentos que costumam ser difíceis e dolorosos para profissionais e pacientes. Os benefícios se estendem a instituição que terá a implantação, de forma sistematizada desta importante tecnologia de cuidado.

Reiteramos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

A data prevista para a conclusão da pesquisa será no final do 2º semestre de 2018. Os dados coletados poderão ser publicados em revistas científicas na área da enfermagem, da saúde e da educação, garantindo o anonimato dos participantes.

Assinatura da pesquisadora responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Dourados, MS ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para:

Kamila Onose Araujo Cunha. Telefones: (67) 999178718 ou (67) 34211266. Email: mila.onose@hotmail.com ou kamila.cunha@ebserh.gov.br

Marcia Maria de Medeiros - telefone (67) 981170532

Email: medeirosmarciamaria@gmail.com

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Telefone e Fax - (067) 3902-2530 / 3902-2520/ E-mail: posgraduacao@uems.br

Endereço: Rodovia Dourados/Itahum Km 12 – Dourados-MS – CEP 79804-970. Horário de atendimento das 8h às 14h.