**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

AMPARITO DEL ROCÍO VINTIMILLA CASTRO

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE SÍTIO VIRTUAL SOBRE USO
DO BRINQUEDO NA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA**

SÃO PAULO

2010

AMPARITO DEL ROCÍO VINTIMILLA CASTRO

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE SÍTIO VIRTUAL SOBRE USO
DO BRINQUEDO NA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como requisito parcial para obtenção de título de Doutor em Ciências

Área de Concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof^a. D^{ra}. Magda Andrade Rezende

SÃO PAULO

2010

Folha de Aprovação

Nome: Amparito del Rocío Vintimilla Castro

Título: Validação de conteúdo de sítio virtual sobre uso do brinquedo na enfermagem pediátrica

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como requisito parcial para obtenção de título de Doutor em Ciências

Área de Concentração: Enfermagem

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof ^a Dr ^a	Instituição _____
Julgamento _____	Assinatura _____

Prof ^a Dr ^a	Instituição _____
Julgamento _____	Assinatura _____

Prof ^a Dr ^a	Instituição _____
Julgamento _____	Assinatura _____

Prof ^a Dr ^a	Instituição _____
Julgamento _____	Assinatura _____

Prof Dr	Instituição _____
Julgamento _____	Assinatura _____

DEDICATÓRIA

À minha preciosa família, meu orgulho: Luis Paul, Gianni Vanessa e Gisele Alessandra, fiéis companheiros no percurso desta viagem prazerosa que culminou com muita satisfação e convicção de nunca deixar de brincar!!

Queridos, amo todos vocês e lhes agradeço por saberem esperar pacientemente.... Desculpem-me pelas horas roubadas, mas vocês sabem que foi muito importante para mim.

Obrigada por saberem sempre me oferecer uma mensagem, uma palavra, um gesto, um ato de carinho.

Sou muito feliz em ter todos vocês.

Quando Deus está conosco, quando colocamos toda nossa confiança nele, nada é impossível. (Marcelino Champagnat)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por fortalecer sempre meu coração e meu espírito.

Ao Luis, meu amor e companheiro, alicerce da minha vida. Obrigada pelo apoio no percurso destes anos de pós-graduanda e por possibilitar-me um ambiente tranquilo e amoroso.

À Gianni e Gisele, minhas filhinhas, que me inspiraram a redescobrir a brincadeira. Obrigada pela alegria que adicionaram a este estudo, pela compreensão e respeito.

Aos meus pais, Paulina e Alfredo, pela forças e amor incondicional. Obrigada por me ensinarem a brincar com muito amor.

Aos meus irmãos, Mayra Raquel, Nely Alexandra e Enrique, pelas brincadeiras da infância e pelo divertimento e alegrias.

À minha sobrinha, Andrea Paulina, pelo carinho que me transmite à distância.

À minha sogra, Terecita, que presenciou e acompanhou minha trajetória de estudante e soube me fortalecer com suas orações e alento.

Às minhas cunhadas, Soledad, Fanny e Rosita, que sempre me demonstraram sentimentos de amizade, preocupação e honestidade.

Às crianças, que me proporcionaram aprendizado, transformando os pequenos gestos em grandes momentos de satisfação e alegria.

Aos pais das crianças, que acreditaram no brincar e compartilharam brincadeiras, descobrindo momentos de aproximação com seus filhos.

À Professora Dr^a Ana Cristina Mancussi e Faro, pelo incentivo dos estudos com a técnica Delphi e valiosas sugestões demonstradas com jovialidade e amizade.

Ao Professor Dr. Jair dos Santos, pela grandiosa ajuda e sensibilidade na análise estatística.

Às juízas, que se disponibilizaram a julgar o conteúdo e me ajudaram a concluir este estudo. Sem a colaboração e prontidão de todas vocês, teria sido impossível chegar a um consenso.

Às Professoras do Departamento de Pediatria, Maria De La Ó Ramalho Veríssimo, Cecília Helena de Siqueira, Elaine Cintra Damião, Moneda Oliveira Ribeiro, pelo acompanhamento e parceria em todo este período.

À Professora Doutora Maria Catarina Salvador da Motta, autora do livro *Software* Educacional de Enfermagem em Saúde do Lactente, pela cessão do livro, fonte valiosa de saber na enfermagem pediátrica.

À minha colega Silvia Sanches Marins, pela preocupação, companheirismo e partilha de momentos inolvidáveis durante o longo período de crescimento profissional e pessoal.

Ao Dr André Alexandre Osmo, Diretor Executivo do Instituto da Criança, pela liberação a Alabama e pelo auxílio e apoio para criação do sítio proposto neste estudo.

À Divisão de Enfermagem do Instituto da Criança, em especial à Diretora Simone Aparecida Lima Pavani, pela confiança depositada em mim e pelo apoio constante para o crescimento da enfermagem.

À colega Ana Paula Almeida, por compartilhar todas as emoções educativas no Serviço de Educação Permanente com seriedade e honestidade. Obrigada pela dupla checagem.

À Enfermeira Linda Wilson, pela experiência inesquecível de conhecer outra realidade na Universidade de Alabama - Birmingham - USA.

À Vivian e Fredy, família gentil que me acolheu com carinho e confiança em seu lar, em Alabama.

À Wendy DiMicco, professora PhD da Universidade de Alabama, por me mostrar a realidade de utilização do brinquedo no hospital escola Children Hospital, em Alabama.

À Sara Diniz Rubinsztejn Azevedo, pela valorização do brinquedo e por todos os anos que temos defendido juntas a causa do brincar.

À Mariza Kazue Umetsu Yoshikawa, pelas buscas bibliográficas e por sua competência.

Aos Diretores e todos os profissionais que compõem a Divisão de Recursos Humanos do Hospital das Clínicas, pelo apoio e liberação a Alabama.

À parceira que me acompanha incondicionalmente no Serviço de Educação Permanente, Carolina Machado Borrero, pelos momentos de partilha.

A todos os profissionais da Tecnologia da Informação em Saúde do Instituto da Criança, pela competência e ajuda na elaboração do sítio virtual proposto neste estudo.

A todos os colaboradores da Assessoria de Comunicação e Marketing do Instituto da Criança, pela organização e montagem do sítio virtual proposto.

À Maria José Paro Forte, pela revisão da língua portuguesa e pelo carisma demonstrado.

Aos profissionais da Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela seriedade demonstrada e pelo auxílio prestado em todos os momentos da busca de conhecimento.

A todos que colaboraram, direta e indiretamente, para que este estudo fosse desenvolvido.

Não poderia deixar de mencionar os meus três pequenos pets, Lisa, Bidu e Canadá, companheiros das noites, carinhosos e dengosos, que me ajudam a relaxar e descontraír com suas brincadeiras atenciosas.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Um agradecimento especial à Professora Associada Dr^a Magda Andrade Rezende, por aceitar a orientação da presente pesquisa, tão importante e esperada em minha trajetória profissional na área de pediatria.

Agradeço-lhe pela confiança depositada em mim, pelos valiosos ensinamentos com competência inigualável e, sobretudo, pela paciência e respeito em conduzir o presente estudo realizado nesta escola que tanto prezo.

Meu eterno reconhecimento por sua generosidade, constante incentivo e tolerância para com minhas imperfeições.

EPÍGRAFE

*“A persistência é o caminho do êxito
A vida é maravilhosa se não se tem medo dela.
Pensamos demasiadamente
Sentimos muito pouco
Necessitamos mais de humildade
Que de máquinas.
Mais de bondade e ternura
Que de inteligência.
Sem isso,
A vida se tornará violenta e
Tudo se perderá”*

Charles Chaplin

Castro ARV. Validação de conteúdo de sítio virtual sobre uso do brinquedo na enfermagem pediátrica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

O brincar possibilita ao enfermeiro cuidar melhor da criança hospitalizada, especialmente no que diz respeito às situações novas e limitadoras, as quais são potencialmente ansiogênicas. Por este motivo propôs-se este estudo destinado a validar o conteúdo a ser explorado na construção de um sítio virtual sobre a utilização do brinquedo na assistência de enfermagem pediátrica à criança hospitalizada. Trata-se de estudo exploratório, descritivo, quantitativo e qualitativo, no qual foi utilizada a técnica Delphi para validar três grandes domínios temáticos: “O brincar como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica”; “O brincar terapêutico como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica” e “A comunicação terapêutica criança-enfermeiro”. Estes domínios compreendiam 24 itens ao todo. Para a avaliação foi empregada escala tipo Likert com cinco graus de adequação: Completamente Adequado (CA), Adequado (A), Parcialmente Adequado (PA), Inadequado (I) e Completamente inadequado (CI). Utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach para medir a consistência interna, com valor de corte adotado $\geq 0,7$ e a porcentagem para comparar a concordância, também com valor de corte $\geq 70\%$. O painel de juízas foi constituído por 12 enfermeiras com experiência na utilização do brinquedo como estratégia de cuidado. Em termos de caracterização sociodemográfica: suas idades variaram entre 35 a 60 anos incompletos, 8 (66,8%) residiam e trabalhavam no estado de São Paulo, nove (75%) se formaram em instituições públicas; 8 (66,6%) se formaram há mais de 20 anos. Seis juízas (50%) tinham empregado o brinquedo há 5 a 10 anos; quatro (33,3%) juízas utilizavam o brinquedo em hospital e quatro (33,3%) em instituição de ensino superior. Houve dois ciclos Delphi: No primeiro, com duração de cinco meses, as três temáticas atingiram coeficientes de concordância Alpha entre 0,95 a 0,96, maiores do que o valor de corte pré-estabelecido. Com intuito de valorizar e dialogar com as juízas aplicou-se o segundo ciclo Delphi, com duração de sete meses. As três áreas temáticas foram avaliadas em relação à propriedade e à clareza e atingiram um Alfa de Cronbach de 0,90 a 0,91 respectivamente. A porcentagem de concordância atingiu valores acima de 80%. As sugestões nos dois ciclos Delphi foram tratadas qualitativamente. A técnica Delphi demonstrou sua aplicação e potencial de uso inovador na área de enfermagem, neste caso instrumentalizando quanto ao conteúdo a ser abordado em projeto educativo que ainda será construído. Comprovou ser útil também ao potencializar o diálogo entre juízas e pesquisadoras, mesmo após obtido o consenso necessário esperado. No que diz respeito ao conteúdo, o consenso foi obtido a partir de um grupo de peritas altamente qualificadas e diversamente localizadas em termos de área geográfica,

indicativo de que, em enfermagem pediátrica, tem-se uma avaliação semelhante das necessidades infantis que podem ser atendidas pelo brincar.

DESCRITORES: Enfermagem pediátrica. Jogos. Brinquedos. Hospitalização. Comunicação.

Castro ARV. Validation of content from website about the use of play in pediatric nursing [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

ABSTRACT

The toy allows nurses to take better care of hospitalized children, especially in regard to new situations and limitations, which are potentially anxiogenic. For this reason was proposed this study to validate the content to be explored in the construction of a virtual site related to the use of toys in the pediatric nursing care to hospitalized children. This research is exploratory, descriptive, quantitative and qualitative in which the Delphi technique was used to validate three major thematic areas: "The play as a strategy for pediatric nursing care", "The therapeutic play as a strategy for pediatric nursing care" and " The child-nurse therapeutic communication. " These domains initially included 24 items. For evaluation was used Likert scale with five degrees of adequacy: Fully Sound (CA), Adequate (A), Partially Adequate (PA), Inadequate (I) and Completely Inadequate (CI). Was used as the Cronbach alpha coefficient to measure internal consistency with cutoff ≥ 0.7 , as the percentage to compare the agreement, also with cutoff $\geq 70\%$. The judging panel consisted of 12 nurses with experience in using the play as a strategy of care. With regard to sociodemographic characteristics: their ages ranged from 35 to 60 years incomplete, 8 (66.8%) lived and worked in the State of São Paulo, nine (75%) were formed in public, 8 (66.6%) were formed over 20 years. Six judges (50%) used the toy from 5 to 10 years, four (33.3%) used the play in hospital and four (33.3%) in college in teaching practice. Delphi had two cycles: In the first, which lasted five months, three subjects reached Alpha correlation coefficients between 0.95 to 0.96, higher than the cutoff value pre-set. Although alpha values were high, it was decided to implement the second cycle in order to enhance Delphi and dialogue with the judges. This cycle lasted seven months and the three thematic areas were assessed in relation to property and the clarity reached a Cronbach alpha of 0.90 to 0.91 respectively. The percentage of agreement reached values greater than 80%. The suggestions in the two cycles were treated qualitatively Delphi. The Delphi technique proved a potential application and a innovative use in the nursing. In this study, this technique instrumentalized the development of sovereign educational project that will be built. In addition it was found that the Delphi technique is also useful in augmenting the dialogue between judges and investigators, even after having obtained the necessary consensus expected. The according to consensus obtained, all judges were highly qualified and from variously located in relation to geographical area, indicating that, in pediatric nursing can be detected the children's needs, so they can be served by the play.

KEYWORDS: Pediatric Nursing. Play. Hospitalization. Communication

Castro AR V. Validación de un contenido de sitio virtual sobre el uso del juguete en la enfermería pediátrica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMEN

El juguete posibilita al enfermero cuidar mejor del niño hospitalizado, especialmente en lo que se refiere a situaciones nuevas y limitadoras, las cuales son potencialmente ansiogénicas. Por este motivo se propuso el presente estudio destinado a validar el contenido para ser explorado en la construcción de un sitio virtual relacionado a la utilización del juguete en la asistencia de la enfermería pediátrica al niño hospitalizado. Estudio exploratorio, descriptivo, cuantitativo y cualitativo en el cual fue utilizado la técnica Delphi para validar tres grandes dominios temáticos: “El juguete como estrategia de cuidado de enfermería pediátrica”; “El juguete terapéutico como estrategia de cuidado en la enfermería pediátrica” y “La comunicación terapéutica niño-enfermero”. Estos dominios comprendieron inicialmente 24 ítems. Para la evaluación fue empleada la escala tipo Likert con cinco grados de adecuación: Completamente Adecuado (CA), Adecuado (A), Parcialmente Adecuado (PA), Inadecuado (I) e Completamente Inadecuado (CI). Fue utilizado tanto el coeficiente Alfa de Cronbach, para medir la consistencia interna con valor de corte $\geq 0,7$, como el porcentaje para comparar la concordancia, también con valor de corte $\geq 70\%$. El panel de jueces fue constituido por 12 enfermeras con experiencia en la utilización del juguete como estrategia de cuidado. En relación a la caracterización socio demográfica: sus edades variaron entre 35 a 60 años incompletos, 8 (66,8%) residían y trabajaban en el Estado de São Paulo, nueve (75%) se formaron en instituciones públicas; 8 (66,6%) se formaron a más de 20 años. Seis jueces (50%) utilizaron el juguete de 5 a 10 años; cuatro (33,3%) utilizaron el juguete en hospital y cuatro (33,3%) en institución de educación superior en la enseñanza práctica. Hubo dos ciclos Delphi: En el primero, que duró cinco meses, las tres temáticas alcanzaron coeficientes de concordancia Alpha entre 0,95 a 0,96, mayores que el valor de corte pre-establecido. A pesar que los valores Alfa fueron altos, se decidió aplicar el segundo ciclo Delphi con objetivo de valorizar y dialogar con las jueces. Este ciclo duró siete meses y las tres áreas temáticas fueron evaluadas en relación a la propiedad y a la clareza alcanzando un Alfa de Cronbach de 0,90 a 0,91 respectivamente. El porcentaje de concordancia alcanzó valores superiores de 80%. Las sugerencias en los dos ciclos Delphi fueron tratadas cualitativamente. La técnica Delphi demostró su aplicación y potencial de uso innovador en el área de enfermería. En el presente estudio, esta técnica instrumentalizó la elaboración de proyecto educativo sobre el juguete a ser construido. Además se comprobó que la técnica Delphi también es útil al potencializar el diálogo entre los jueces e investigadores, mismo después de haber obtenido el consenso necesario esperado. De esta manera el consenso fue obtenido a partir de un grupo de jueces altamente calificadas y

diversamente localizadas en relación al área geográfica, indicativo de que, en la enfermería pediátrica se tiene una evaluación semejante a las necesidades infantiles que pueden ser atendidas por el juguete.

DESCRIPTORES: Enfermería Pediátrica. Juegos. Juguete. Hospitalización. Comunicación.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sócio-demográfica e profissional das juízas. São Paulo -2009/2010	72
Tabela 2	Tempo e local de experiência teórico-prático das juízas com a utilização de brinquedo e/ou brinquedo terapêutico. São Paulo - 2009/2010	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - O brincar como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica. Este tema aborda o brincar na vida da criança em qualquer ambiente (casa, escola, instituição de saúde). Compreende o brinquedo normativo ou recreacional e o terapêutico, bem como a responsabilidade do enfermeiro em promovê-los junto às crianças que estão sob seus cuidados, abordando aspectos de segurança no que diz respeito à prevenção de acidentes e agravos. Baseia-se na abordagem da Associação Brasileira de Normas Técnicas-ABNT (2004); Sociedade Brasileira de Pediatria (Campos, Paes, Blank, Costa, Pfeiffer, Waksman, 2004); (Vessey, Mahon (1990). São Paulo-2009/2010	77
Quadro 2 - O brincar terapêutico como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica. Este tema aborda o brincar terapêutico (catártico, instrucional e facilitador das funções biológicas) promovido pelo enfermeiro junto às crianças hospitalizadas. Vale-se da classificação do brincar terapêutico, tal como proposta por Vessey, Mahon (1990). São Paulo - 2009/2010.....	81
Quadro 3 - Comunicação terapêutica (Maldonado, 2008) criança-enfermeiro, durante as sessões de brinquedo terapêutico (Vessey, Mahon, 1990). São Paulo - 2009/2010	83
Quadro 4 - O brincar como estratégia de cuidado na enfermagem pediátrica. São Paulo - 2009/2010.....	87
Quadro 5 - O brincar terapêutico como estratégia de cuidado na enfermagem pediátrica. São Paulo -2009/2010	89
Quadro 6 - Comunicação terapêutica. São Paulo - 2009/2010.....	93
Quadro 7 - O brincar como estratégia de cuidado na enfermagem pediátrica. São Paulo - 2009/2010.....	99
Quadro 8 - O brincar terapêutico como estratégia de cuidado na enfermagem pediátrica. São Paulo - 2009/2010	99
Quadro 9 - Comunicação terapêutica. São Paulo - 2009/2010.....	100

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRINQ	Associação Brasileira de Fabricantes de Brinquedos
ABBri	Associação Brasileira de Brinquedotecas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE	Associação de Pais e Amigos de Crianças Excepcionais
BT	Brinquedo Terapêutico
BTD	Brinquedo Terapêutico Dramático
BTI	Brinquedo Terapêutico Instrucional
CA	Completamente Adequado
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível Superior
CCIHs	Comissões de Controle de Infecção Hospitalar
CD-ROM	Compact Disk-Read Only Memory
CE	Ceará
CEP-EEUSP	Comissão de Ensino e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
GEBrinq	Grupo de Estudos do Brinquedo
HONcode	Health On the Net Foundation
Humaniza	Política Nacional de Humanização do Sistema Único de
SUS	Saúde
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
INPI	Instituto Nacional da Propriedade Industrial
IPA	International Play Association
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

Mercosul	Mercado Comum do Sul
NECAD	Núcleo de Estudos da Criança e do Adolescente
PNHAH	Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar
PRCI	Processo de Comunicação Interno
RJ	Rio de Janeiro
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
USPInovação	Universidade de São Paulo-Inovação
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
1.1	APRESENTAÇÃO	23
1.1.1	A criança hospitalizada e a experiência pessoal no cuidado de enfermagem.....	23
1.1.2	O brinquedo na experiência pessoal no cuidar em enfermagem pediátrica	25
1.2	O BRINCAR	27
1.2.1	O brinquedo	27
1.2.2	O enfermeiro e o brincar no contexto da humanização do cuidado	30
1.2.3	O brincar como estratégia de cuidado à criança pelo enfermeiro.....	33
1.2.4	A segurança no brincar	42
1.3	A COMUNICAÇÃO CENTRADA NA CRIANÇA.....	46
1.4	OS MEIOS ELETRÔNICOS E O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM	49
2	OBJETIVO	57
3	MÉTODO	59
3.1	TIPO DE ESTUDO	59
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	63
3.3	POPULÇÃO DO ESTUDO	64
3.4	OBTENÇÃO DAS INFORMAÇÕES	65
3.5	TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES.....	68
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	69

4	RESULTADOS	71
4.1	CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DAS JUÍZAS	71
4.2	CICLOS DELPHI.....	76
4.2.1	Primeiro Ciclo.....	76
4.2.2	Segundo Ciclo	86
5	DISCUSSÃO	105
5.1	CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DAS JUÍZAS	105
5.2	CICLOS DELPHI.....	112
5.2.1	Primeiro Ciclo.....	112
5.2.2	Segundo Ciclo	134
6	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	144
	REFERÊNCIAS	149
 APÊNDICES		
	APÊNDICE A - CARTA DE ESCLARECIMENTO ÀS JUÍZAS	166
	APÊNDICE B - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	168
	APÊNDICE C - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DAS JUÍZAS	170
	APÊNDICE D - PRIMEIRO CICLO DA TÉCNICA DELPHI	172
	APÊNDICE E - SEGUNDO CICLO DA TÉCNICA DELPHI.....	177
	APÊNDICE F - CARTA DE AGRADECIMENTO.....	187
 ANEXOS		
	ANEXO A - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA	189

PALAVRAS INICIAIS

No presente estudo, é feita uma apresentação inicial, no capítulo 1, parte 1.1, na qual evidenciam-se as razões do interesse em trabalhar e pesquisar o brinquedo no cuidado às crianças. No item 1.2, O brincar, aborda-se aspectos gerais relacionados com o brinquedo e a estratégia utilizada pelo enfermeiro no contexto de humanização e de cuidado à criança, bem como a segurança no brincar. No item 1.3, Comunicação centrada na criança, apresenta-se a importância da comunicação como estratégia facilitadora para o cuidado centrado nas necessidades da criança. Brinquedo e comunicação são indissociáveis e ocorrem de modo concomitante, mas estão apresentados em separado unicamente para maior clareza. No item seguinte, 1.4, Os meios eletrônicos e o profissional de enfermagem, aborda-se os meios de aprendizagem nesta área, uma vez que a pesquisa está inserida em uma proposta de elaboração de um sítio virtual, dirigido, sobre o brinquedo como estratégia de cuidado em enfermagem pediátrica. Subsequentemente, no capítulo 2, apresenta-se o objetivo da pesquisa e, no capítulo 3, o método, que consiste na utilização da técnica Delphi para a validação de conteúdo de um sítio virtual a ser oportunamente desenvolvido. Os capítulos quarto e quinto são destinados aos resultados e discussão, respectivamente. Finalmente, no capítulo 6, conclui-se a pesquisa e são feitas as considerações finais e as recomendações.

INTRODUÇÃO

“Experiência não é o que acontece; é o que um homem faz com que lhe aconteça.”

Aldous Huxley

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

1.1.1 A criança hospitalizada e a experiência pessoal no cuidado de enfermagem

Há vinte e um anos atrás, ao cursar graduação em enfermagem, na Escuela de Enfermería da Facultad de Ciencias Médicas da Universidad Central del Ecuador, em Quito - Equador, a temática do brinquedo não fazia parte do currículo dos cinco anos de graduação e não era usual a utilização do brinquedo como ferramenta de assistência na área de pediatria, tanto pela falta de abordagem quanto pelo sentimento de “vergonha”, pois ser adulto implicava manter distância com os objetos que, indubitavelmente, fazem parte da infância e que, com certeza, trazem momentos prazerosos, com descobertas interessantes.

Durante a especialização, no Brasil, justamente na área de Pediatria e Puericultura, em 1991, no Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina, foram apresentadas a fundamentação da utilização do brinquedo e, durante o estágio e o seu emprego cotidiano na assistência. Contudo, talvez pela falta de contato contínuo com as crianças e suas famílias, a convicção total em utilizá-lo não se fazia presente.

O despertar pela temática relacionada com brinquedo surgiu em 1994, ao iniciar carreira na área de pediatria. A assistência especializada nas unidades de cuidados intensivos, clínica médica, oncologia e ambulatório de especialidades do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo demonstrava que as crianças, por vezes com hospitalizações prolongadas, interrupção das atividades escolares, do contato com colegas e amigos e de atividades cotidianas comuns a uma criança, apresentavam necessidades específicas.

No transcorrer do cuidado prestado no âmbito hospitalar, observava-se que o cuidado a estas crianças não era focado na assistência integral, tal como preconizado. Muitas vezes, as crianças não eram

percebidas e assistidas em suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais de forma integrada e competente, e não havia preocupação com sua inserção na sociedade.

Este fato era ainda mais intrigante ao se observar que a equipe de enfermagem, excelente em termos técnicos, se mostrava até um pouco amedrontada na interação afetiva com a criança. A possibilidade de desempenhar, no ambiente hospitalar, ações que não fossem restritas ao cuidar técnico-administrativo não era percebida pela equipe. Comumente, podiam ser vistas reações de desespero de algumas crianças, manifestadas por agitação, choro e gritos. Tais comportamentos eram especialmente comuns às que tinham doenças crônicas, pelas recorrentes hospitalizações. Em outras ocasiões, como forma de defesa, a criança usava linguagem brusca ou comportamentos não aceitos pela sociedade, como morder e utilizar linguagem imprópria.

Sabe-se que doença e hospitalização podem desencadear crises na vida da criança, na dependência de sua idade, de suas experiências anteriores e do tipo de apoio recebido, tanto por parte da equipe que a assiste, quanto da própria família (Ribeiro, 1999). Consequentemente, a criança poderá vivenciar uma experiência traumatizante, com repercussões em seu desenvolvimento, mesmo após sua alta hospitalar. As situações desconhecidas, dolorosas, desconfortáveis ou limitadoras são fatores desencadeantes da ansiedade, do medo e do mal-estar.

Por outro lado, os profissionais também manifestavam angústia, principalmente ao executar procedimentos invasivos, com repercussão no estado emocional dos colegas de trabalho, potencializando, ainda mais, o mal-estar. Ressalta-se que a angústia era perceptível pelas expressões faciais, corporais e mesmo verbais. Observava-se que a equipe de enfermagem sentia-se impotente frente à necessidade de executar procedimentos que gerassem dor, limitação ou desconforto. Ao perceber o sofrimento das crianças, muitos profissionais desistiam de realizar tais procedimentos. Acredita-se que, em parte, estas reações aconteciam como mecanismos de defesa. Pagliari, Collet, Oliveira, Viera (2008) apresentam e discutem estas situações em sua pesquisa relacionada com o sofrimento

psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada, onde ressaltam que, dentre os mecanismos de defesa, a banalização dos sentimentos é uma estratégia defensiva para escapar destes conflitos.

Outro mecanismo consiste em diálogo mínimo com as crianças e com os acompanhantes. De qualquer modo, as reações defensivas expressam suas dificuldades para lidar com evidências comuns em seu cotidiano. É possível que estas reações acontecessem pelo fato da equipe não estar capacitada para lidar com a clientela pediátrica (Pagliari, Collet, Oliveira, Viera, 2008).

Vale ressaltar que, além da criança e do profissional, também os pais dos pacientes reagem aflitos e exaltados, exigindo, muitas vezes, a interrupção do procedimento e afastamento dos profissionais de enfermagem, considerados por eles como os causadores intencionais destas situações.

Enfim, todos os envolvidos, as crianças, seus familiares e os próprios membros da equipe de enfermagem necessitavam de ajuda para lidar com tais situações.

Ao refletir sobre a necessidade de resgatar o cuidado integral e individualizado à criança, sem deixar de lado os aspectos tecnológicos e os avanços científicos, igualmente fundamentais, se faz necessário que profissionais acolham e atendam às necessidades das crianças fragilizadas pela hospitalização, a partir de uma visão mais completa.

1.1.2 O brinquedo na experiência pessoal no cuidar em enfermagem pediátrica

As observações acima relatadas estimularam o início de uma prática que possibilitou não só conhecer melhor a realidade como, também, as possibilidades do uso do brinquedo como recurso de assistência de enfermagem, no sentido de minimizar o sofrimento das crianças e dispensar uma assistência fundamentada no atendimento de suas necessidades individualizadas.

Por entender que, objetos, atividades familiares, brinquedos e brincadeiras fariam bem às crianças, passou-se à utilização do brinquedo e teve início a um projeto de brinquedo recreacional para entreter as crianças que vivenciavam situações potencialmente estressantes. As crianças eram estimuladas a se engajarem em atividades que lhes trouxessem prazer e, concomitantemente, permitissem a comunicação com a equipe de enfermagem. Esta iniciativa teve repercussão de sucesso manifestado por expressões corporais, verbais, relaxamento e bem-estar.

Desta forma, passou-se à utilização de brinquedos, de diferentes maneiras, como fantoches e teatro de fantoches, como meio de fornecer informações sobre o que e como seria feito. Passou-se, também, a empregar bonecos adaptados simulando situações que as crianças viviam no cotidiano, tais como coleta sanguínea, sondagens, administração de soro através de dispositivos de acessos periféricos ou centrais. Deste modo, ficou mais fácil para as crianças compreenderem as explicações a respeito das situações que iriam vivenciar. Assim, as crianças aprendiam a respeito de suas doenças, condições e tratamentos de uma forma lúdica e prazerosa. Ao “fazer de conta”, controlavam a situação, pois lhes era permitido mexer nos equipamentos e objetos (Hockenberry, Winkelstein, Wong, 2006).

Após a brincadeira, a criança ficava calma e relaxada e os procedimentos podiam, então, ser realizados contando com sua participação, permitindo-lhe, por exemplo, escolher a veia para punção venosa. Cabe ressaltar que outra estratégia que promove o bem estar e segurança da criança é encorajá-la e respeitá-la quanto à sua escolha de permanecer sentada, deitada ou no colo da mãe. Assim, vários procedimentos necessários ao cuidado e tratamento da criança passaram a ser realizados com o uso da brincadeira. Destaca-se, entre eles, a colocação de cateteres de longa e curta permanência, colocação de sondas gástricas e vesicais, aplicação de injeções, realização de curativos, manipulação de gastrostomia e traqueostomia. Em alguns casos, trabalhou-se aspectos relacionados com o autocuidado de doenças crônicas que teriam que ser realizados no próprio domicílio. Utilizou-se, também, na consulta de enfermagem, um carrinho e uma casinha de brinquedos que simulavam a

insulina e a célula, respectivamente, que foram efetivos na explicação do diabetes e da sua terapêutica.

O uso do brinquedo também melhorou a comunicação com os pais e familiares, pois estes ficavam mais calmos ao verem a criança serena, além de eles próprios brincarem com os filhos e compreenderem melhor os cuidados e tratamentos.

Assim, as crianças ficavam mais tranquilas, muitas sorriam, conversavam e brincavam com os profissionais, evidências de que o brincar estava auxiliando a serem resilientes frente às experiências potencialmente estressantes (Hockenberry, Winkelstein, Wong, 2006). No entanto, apesar das evidentes mudanças de comportamento observadas, havia profissionais que ainda não aceitavam a prática do brinquedo. Verbalizavam “não acreditar” em tal objeto e consideravam seu uso inadequado e impróprio por adultos, além do que, empregá-lo sempre implicaria em faltar tempo para as outras atividades, estas sim, importantes. Não obstante, uma parcela destes iniciava a utilização do brinquedo como cuidado de enfermagem, o que deve ser continuamente incentivado.

Em decorrência das observações expostas, no exercício atual de coordenação do Serviço de Educação Permanente do Instituto da Criança, apresenta-se teatro de fantoches em datas comemorativas relacionadas à educação em saúde às crianças e familiares. Além disto, foi elaborado um projeto institucional que tem por objetivo treinar e disseminar a utilização da brincadeira de forma sistematizada à equipe de enfermagem de todas as unidades do hospital.

1.2 O BRINCAR

1.2.1 O brinquedo

Em português, os termos brincar, brincadeira e brinquedo podem ser utilizados de modo intercambiável (Bomtempo, Hussein, Zamberlan, 1986). No entanto, além da anterior, o vocábulo brinquedo tem outra conotação específica. Pode significar, também, o objeto, o suporte físico utilizado para

brincar, no dizer de Brougère (1995), autor que também afirma que os termos relacionados com brincadeira e brinquedo variam de acordo com épocas, culturas e forma de ser utilizado. Brincar envolve a utilização de diversos materiais, brinquedos e jogos, os quais tem sentido lúdico quando se tornam suportes da brincadeira. Esta função dá estatuto de brinquedo ao objeto. Jogo, por sua vez, em se tratando da língua portuguesa, costuma ser utilizado para designar a brincadeira que envolve regras.

Nota-se que não há uniformidade nos aspectos conceituais do brincar, sendo que alguns autores enfatizam mais um do que outro. Contudo, há clareza acerca do caráter espontâneo e prazeroso do brincar. Assim, a ação de brincar resulta de uma atividade não estruturada, tal como movimentos que a criança realiza nos primeiros anos de vida, manipulação de objetos que estão ao seu alcance, até atividades mais complexas de certos jogos tradicionais e brinquedos específicos (Bee, 2003; Bomtempo, Hussein, Zamberlan, 1986; Friedman, 1996; Lebovici, Diatkine, 1988; Machado, 1994).

Entende-se que o brincar, de forma espontânea ou não, implica no exercício da fantasia, característica que o identifica (Lebovici, Diatkine, 1988). O brinquedo deixa a realidade rumo ao universo imaginário específico, no qual são manipuladas as imagens e as significações simbólicas. Tais imagens e significados são decorrentes, parcialmente, da cultura na qual o sujeito criança está inserido. Também são fontes da atribuição de significado a própria estrutura psíquica e as vivências do sujeito (Brougère, 1995). Vale ressaltar que a criança se apropria do brinquedo, de acordo com o espaço oferecido, seja social e/ou familiar, para transformá-lo e poder criar sua própria história, aproximando-se da realidade e da materialidade. Por isto, pode-se afirmar que o brincar, ou o brinquedo nas mãos da criança, possibilita espontaneidade e liberdade à criança (Benjamin, 1969; Brougère, 1995; Vigotsky, 2007).

Para ilustrar a fantasia, pode-se citar o urso de pelúcia pois, apesar do urso ser um animal até potencialmente perigoso em virtude de seu tamanho e força, pode ser recriado no imaginário infantil com um significado afetivo. Deste modo, além de se prestar às variadas interpretações e

elaboraões do mundo do afeto, pode ser também explorado organolepticamente. A criança manipula este brinquedo, enriquecendo sua percepção quanto a cores, texturas, consistência, temperatura, entre outros, e transformando os achados em novas significações e não na imagem própria de um urso animal selvagem (Brougère, 1995; Vigotski, 2007).

O brinquedo permite à criança recriar e recriar-se, sendo uma atividade necessária em sua vida, em todos os estágios de desenvolvimento (Bee, 2003; Lebovici, Diatkine, 1988). Brincar é uma atividade lúdica universal encontrada em todos os grupos humanos, em diferentes períodos históricos e estágios de desenvolvimento econômico (Winnicott, 1975). A criança aprende as normas sociais de comportamento, hábitos determinados pela cultura, desenvolve a linguagem, a narrativa e trabalha com o imaginário para conhecer os eventos e fenômenos que ocorrem à sua volta (Brougère, 1995). O brincar possibilita que a criança se conheça, a si própria, e aos outros, em suas relações recíprocas, e colabora no desenvolvimento infantil (Vigostky, 2007).

Para Erickson (1993), o brinquedo, além de lazer, propicia auto-cura e possibilita à criança adquirir domínio sobre si mesma e sobre o ambiente que a rodeia. Auxilia a criança a representar papéis do mundo adulto que irá desempenhar mais tarde, desenvolvendo capacidades físicas, verbais e intelectuais (Bomtempo, Hussein, Zamberlan, 1986; Winnicott, 1975).

Dessa forma, o brinquedo facilita à criança, especialmente às mais vulneráveis, o infante, criança de um a três anos de idade (Hockenberry, Winkelstein, Wong, 2006) e o pré-escolar, de três a seis anos, a auto-organização dos próprios sentimentos e percepções, uma vez que a verbalização e vocabulário são limitados nestas faixas etárias (Schmitz, Piccoli, Viera, 2003; Zahr, 1998).

Cabe lembrar que o brincar é reconhecido internacionalmente como de crucial importância na vida infantil. Assim, criou-se em 1961, na Escandinávia, a *International Play Association* (IPA) que, em 1979, se transformou em entidade reconhecida internacionalmente, sediada nos Estados Unidos e com 50 países membros. A Declaração da *International*

Play Association, em seu artigo 7º, defende o direito da recreação infantil e do brincar e, cria esforços por favorecer o exercício deste direito (International Play Association, 2010).

1.2.2 O enfermeiro e o brincar no contexto da humanização do cuidado

Entende-se por humanização, a individualização da assistência valorizando a qualidade do cuidado frente à satisfação das necessidades de cada indivíduo. Para tal, leva-se em conta a compreensão e busca-se soluções compartilhadas para as necessidades biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo. Além disso, agrega-se à eficiência técnica e científica, valores éticos, além de respeito, acolhimento, solidariedade ao ser humano, enfatizando a comunicação e integração dos profissionais (Rios, 2009). Tendo em vista esta visão da humanização, pode-se dizer que todos os recursos lúdicos utilizados em diferentes situações estão atrelados à humanização da assistência.

O processo de humanização tem como uma de suas estratégias a mudança de comportamento e atitudes dos profissionais frente a pacientes e familiares e não somente mudanças no ambiente físico. Assim, o profissional de saúde e mesmo o de outras áreas, como as de apoio e as administrativas, por exemplo, ou seja, todos os que assistem, de modo direto ou indireto, são responsáveis pela humanização (Souza, 2010).

No Brasil, a iniciativa da criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), pelo Ministério da Saúde, em 2000, envolvendo Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e entidades da sociedade civil, surgiu justamente para incrementar o propósito de implementar uma assistência humanizada em hospitais (Brasil, 2003). Para ampliar esta dimensão no atendimento à saúde, o programa foi transformado em Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), em 2004, fundamentando-se em medidas que articulam os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (Brasil, 2004).

Nesta envergadura, os esforços conjuntos da interação da equipe com o paciente e com sua família propiciam benefício físico e emocional ao cliente e colaboram com as transformações e mudanças propostas para atingir a qualidade da assistência.

Tendo em vista o foco preconizado pelo HumanizaSUS também nos profissionais da área de saúde e a importância do trabalho em equipe multiprofissional habilitada aos cuidados onde, principalmente, o enfermeiro desempenha papel primordial na assistência humanizada efetiva entre as pessoas dentro de um ambiente hospitalar, percebe-se quão importante é, na atenção pediátrica, o conhecimento das necessidades da criança. (Souza, 2010).

A visão da criança como um ser de direitos originou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, como a Lei Federal Nº 8.069, a qual, no Capítulo II “Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade”, artigo 16, capítulo II, prevê que o direito à liberdade compreende vários aspectos, dentre eles o de “brincar, praticar esportes e divertir-se”. O brincar é um aspecto importante de desenvolvimento e de liberdade da criança e subsidia sua proteção no âmbito da Lei e o compromisso do direito da utilização do brinquedo (Brasil, 1990).

Além do Estatuto da Criança e do Adolescente e da própria iniciativa do Ministério da Saúde, é importante levar em conta que as próprias associações profissionais tem se mobilizado na mesma direção. Entre elas, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) aprovou e apresentou ao Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério da Justiça a Resolução 41, de 1995, que prevê direitos da criança e do adolescente hospitalizados. O 9º direito é explícito ao postular que a criança e o adolescente têm o direito a “desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, durante sua permanência hospitalar” (Sociedade Brasileira de Pediatria, 1995).

Esta Resolução, que contempla outros 19 direitos, norteia a conduta de seus profissionais de modo a preservar a integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente hospitalizados (Sociedade Brasileira de Pediatria, 1995). A enfermagem, por sua vez, conta com a resolução do

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 295/2004 e a do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de São Paulo, nº 51669, de 24 de junho de 2004, sobre utilização do brinquedo terapêutico pelo enfermeiro (Conselho Federal de Enfermagem, 2004; Conselho Regional de Enfermagem, 2004). Estas resoluções vêm ao encontro do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, nº 311/2007, que estabelece o respeito à vida, à dignidade e aos direitos humanos, em todas as suas dimensões, para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e compromisso com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade, em consonância com os preceitos éticos e legais (Conselho Federal de Enfermagem, 2007)

Cabe acrescentar que, no Brasil, surgiu a idéia de implantar um espaço de estimulação a crianças deficientes na Associação de Pais e Amigos de Crianças Excepcionais (APAE), em 1973, sob o nome de Ludoteca, sendo que ludo significa "jogo, divertimento, brincadeira" e teca, originalmente, "cofre, estojo". Em escola, a primeira brinquedoteca foi criada em 1981, em São Paulo, na Escola Indianópolis, voltada para o ato de brincar no processo educativo da criança (Cunha, 1992). A partir daí, foram surgindo outras brinquedotecas, a ponto de ser criada a Associação Brasileira de Brinquedotecas, em 1984, responsável pelo incremento de brinquedotecas por todo o Brasil (Associação Brasileira de Brinquedotecas, 2010). Estes espaços passam a ser vistos como um caminho privilegiado de humanização e simboliza a necessidade da inclusão do brinquedo na vida da criança (Morais, Paula, 2010).

Concebidas como integrantes de movimentos de humanização, a instalação de brinquedotecas tornou-se obrigatória em hospitais públicos e privados, amparada pela lei Federal 11.104, de 21 de março de 2005, que “dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedoteca nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação” (Brasil, 2005). A brinquedoteca, provida de brinquedos e jogos, destina-se, principalmente, a estimular a brincadeira nas crianças e nos seus acompanhantes como parte da assistência ao paciente pediátrico.

Nota-se que o HumanizaSUS, bem como os dispositivos legais mencionados, dão suporte à proposição de que profissionais da área da saúde, principalmente a equipe de enfermagem, que cuida do paciente pediátrico, vinte e quatro horas, devem ofertar uma assistência que leve em conta as necessidades dessa clientela. Para tal, deve se valer da premissa que a criança é ser que merece respeito incondicional e de que variadas estratégias de cuidado devem ser exploradas com o objetivo de cuidá-la de modo adequado. É interessante acrescentar, à proposta de humanização, o conceito de cuidado atraumático. Segundo Hockenberry, Winkelstein, Wong (2006), este cuidado refere-se à intervenção terapêutica oferecida às crianças de forma individualizada, em qualquer local e de forma segura. O cuidado atraumático ameniza ou diminui ao mínimo possível, as condições perturbadoras, dolorosas e assustadoras enfrentadas pelas crianças e seus familiares, por meio da prevenção, diagnóstico, tratamento e alívio de condições agudas ou crônicas. Uma estratégia poderosa para se alcançar o cuidado atraumático é o brincar.

1.2.3 O brincar como estratégia de cuidado à criança pelo enfermeiro

Há registro, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, de enfermeiras brasileiras utilizando o brincar no cuidado de crianças hospitalizadas já nas décadas de 40 e de 50, em dois importantes hospitais da cidade de São Paulo, o Hospital das Clínicas e o Hospital São Paulo (Rezende, 2010). Tal interesse teve continuidade e, no final da década de 1960, era conteúdo importante da disciplina de Enfermagem Pediátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), na qual os alunos aprendiam a utilizar o brinquedo como recurso de intervenção na assistência de enfermagem (Cintra, Silva, Ribeiro, 2005).

A partir da década de 1980, no Brasil, começam os estudos científicos sobre brinquedo na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. Neste contexto, tem-se o estudo de Angelo (1985) que aplicou o brinquedo em cinco crianças de 3 a 6 anos de idade, com doença crônica,

internadas em hospital do Estado de São Paulo, para obter elementos que subsidiassem a compreensão das necessidades de crianças hospitalizadas. Durante a sessão não diretiva de brinquedo, por quinze minutos, foi observado que as crianças projetaram suas experiências e percepções no material lúdico disponibilizado, apesar de terem falado muito pouco. As que falaram mais participaram ativamente, experimentando diversos procedimentos nos brinquedos e fizeram perguntas relacionadas ao contexto da situação. Após a aplicação do brinquedo, mesmo com uma sessão, as crianças passaram a procurar a pesquisadora para brincar, o que facilitou seu relacionamento profissional com as crianças.

Ribeiro (1986) realizou pesquisa com vinte e duas crianças de 3 a 5 anos de idade, hospitalizadas em três hospitais infantis da cidade de São Paulo-SP, que mantinham visitas restritas, ausência de pais acompanhantes, pouca disponibilidade de brinquedos e pouca interação da equipe de enfermagem. As crianças foram divididas em dois grupos: experimental e controle. A intervenção com brinquedo, durante aproximadamente 45 minutos, com bonecos de pano que representavam profissionais e familiares, utensílios domésticos e material hospitalar, possibilitou que as crianças do grupo experimental passassem a interagir melhor, tanto entre elas mesmas quanto com outras pessoas. O grupo controle permaneceu sem se comunicar. Esta pesquisa constatou a possibilidade do enfermeiro utilizar o brinquedo como instrumento de comunicação da criança pequena.

Pinheiro, Lopes (1993) realizaram estudo experimental em 10 crianças, entre 4 e 5 anos de idade, hospitalizadas na clínica médica de hospital pediátrico no Município de Rio de Janeiro-RJ. Para verificar a influência das orientações sobre punção venosa empregando bonecos e materiais próprios para realizar o procedimento, foi aplicado um formulário de coleta de dados sobre as reações apresentadas pelas crianças ao procedimento, antes e depois das orientações realizadas com o material lúdico. Os comportamentos manifestados pelas crianças antes da aplicação do brinquedo foram agressões físicas, expressão verbal, dependência da

mãe. Entretanto, após as orientações constatou-se uma redução acentuada de agressividade.

Martins, Ribeiro, Borba, Silva (2001) testaram protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa utilizando brinquedo. Foram abordadas três crianças, entre 3 a 6 anos de idade, internadas em hospital de São Paulo-SP. Valendo-se de uma história, contada previamente à dramatização da coleta de sangue em bonecos, seguida da explicação da técnica de forma individual, com emprego de bonecos e materiais hospitalares, foram realizadas sessões de brinquedo de quinze minutos, com a presença do acompanhante. A história contada durante o emprego do brinquedo permitiu que a criança dramatizasse a situação vivenciada. Ao final de três dias de intervenção, as crianças demonstraram entender melhor o procedimento, sem necessidade de restrição. O protocolo proposto foi considerado eficaz para amenizar o estresse da criança.

Ribeiro, Sabatés, Ribeiro (2001) realizaram pesquisa em Laboratório Central de hospital de São Paulo-SP, com 42 crianças internadas, de 3 a 6 anos de idade, divididas em dois grupos, o experimental e o controle, com o objetivo de verificar o efeito da aplicação do brinquedo sobre o comportamento de crianças durante a coleta de sangue para exames laboratoriais. As análises dos resultados permitiram identificar comportamentos manifestados por ambos os grupos. As crianças preparadas com o brinquedo terapêutico, antes do procedimento de coleta de sangue, ficaram mais calmas durante e após a coleta de sangue. Dessa forma, a utilização do brinquedo mostrou-se eficaz por ter ajudado a criança a lidar com a situação.

Almeida, Angelo (2001) traçaram como objetivo, descrever as respostas comportamentais de crianças de 3 a 6 anos de idade, internadas em hospital de São Paulo-SP, submetidas a cirurgia cardíaca, na fase pós-anestésica imediata. Assim, empregaram o brinquedo terapêutico em 15 crianças desta faixa etária, em sessões de 45 minutos, durante o próprio período pós-operatório. Foi observado que as crianças quase não brincavam e se movimentavam pouco, quase não falavam nem manipulavam os brinquedos oferecidos, mas respondiam às perguntas. Durante a aplicação

do brinquedo, a preocupação maior da criança foi com o ambiente da sala de recuperação, motivo que as levou a pensar que o brinquedo pode trazer melhores resultados se utilizado em outro momento, quando a criança tenha saído de uma situação crítica. Apesar das crianças prestarem mais atenção ao ambiente que as cercava, mantiveram uma interação mais efetiva com as autoras, observada pelo olhar aos profissionais.

Schmitz, Piccoli, Viera (2003) empregaram o brinquedo em três crianças, de 3 a 9 anos de idade, internadas num hospital do Estado do Paraná, para realização de procedimentos cirúrgicos. Durante a visita pré-operatória explicavam, com brinquedo, o procedimento que seria realizado e observavam as reações das crianças. Notaram que as crianças ficaram mais tranquilas ao chegarem ao centro cirúrgico. Ao contrário, as crianças que não tiveram a oportunidade de serem preparadas com o brinquedo continuavam chorando.

Soares, Guimarães, Ribeiro (2003) utilizaram o brinquedo em quatro crianças, de 2 a 6 anos de idade, submetidas a quimioterapia intratecal, em hospital oncológico da cidade de São Paulo-SP. As crianças tiveram oportunidade de manipular os bonecos de pano que representavam a família, profissionais de saúde, bichos de estimação e materiais hospitalares e dramatizaram as situações que estavam vivendo no hospital. Após as dramatizações, as crianças se mostravam relaxadas e tranquilas, ao contrário do início, quando estavam aflitas. A formação de vínculo entre crianças, mães e profissionais foi outro resultado positivo obtido após as sessões de brinquedo.

Ribeiro, Angelo (2005) utilizaram o brinquedo com 11 crianças, de 3 a 6 anos de idade, com diferentes doenças, hospitalizadas em hospital escola da cidade de São Paulo-SP. As crianças foram entrevistadas, utilizando-se o brinquedo antes de observação comportamental. A pesquisa tinha por finalidade explorar o papel materno na situação de hospitalização. Nesta situação, o brincar foi empregado como estratégia para entrevista da criança e não como um fim em si mesmo.

Sabino, Almeida (2006) empregaram o brinquedo em 16 crianças com câncer, entre 3 a 9 anos de idade, hospitalizadas em hospital infantil de São Paulo-SP. As autoras utilizaram o brinquedo dramático de forma individualizada, após dez minutos de avaliarem a intensidade da dor em cada criança. Os brinquedos oferecidos durante as sessões representavam membros da família e do hospital. Após estas sessões, as crianças foram avaliadas, novamente. As pesquisadoras observaram que a intensidade da dor foi variada em cada criança, mas houve uma diminuição significativa, inclusive em duas crianças que não receberam analgesia antes de apresentarem dor. Estes resultados constataram a eficácia do uso do brinquedo terapêutico inclusive em situações que envolvessem dor.

Frota, Gurgel, Pinheiro, Martins, Tavares (2007) aplicaram sessões de trinta minutos de brinquedo, em 10 crianças de 3 a 6 anos de idade, com diferentes tipos de câncer, em hospital de Fortaleza-CE. Foram utilizados bonecos representativos da família, profissionais de saúde e utensílios domésticos e materiais hospitalares. Observou-se que as crianças ficaram mais calmas, o que sugere, igualmente, que o brincar foi útil para as crianças lidarem com seus medos.

Pedro, Nascimento, Poleti, Lima, Mello, Rosa Luiz (2007) realizaram pesquisa, em sala de espera, com 12 crianças, maiores de 7 anos de idade, que aguardavam atendimento ambulatorial, junto com seus acompanhantes, em hospital de grande porte na cidade de Ribeirão Preto-SP. No setor, foram disponibilizados brinquedos para as crianças durante a espera do atendimento. A pesquisa se destinava a avaliar a influência destes. Constatou-se que as crianças ficaram mais dispostas para iniciar o atendimento e que o ambiente geral ficou mais descontraído.

Melo, Leite (2008) realizaram um estudo de caso com uma criança de 2 anos e dez meses de idade com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 e hospitalizada em hospital da cidade de Campinas-SP. Foram realizadas quatro sessões de brinquedo, com o auxílio de estória contada, semelhante à situação vivenciada pela criança. Após emprego do brinquedo, o medo inicial da criança diminuiu, esta passou a demonstrar maior tranquilidade aos

procedimentos invasivos, como injeções de insulina e extração de sangue capilar da ponta dos dedos das mãos.

Silva, Cabral, Christoffel (2008) investigaram 12 crianças escolares com câncer, que aguardavam consulta ambulatorial em hospital especializado do Rio de Janeiro-RJ. O objetivo do estudo foi descrever e analisar os mediadores usados na brincadeira e jogos, quais sejam, os próprios suportes e os sujeitos. Disponibilizaram, para as crianças, massa de modelar, canetas, lápis de cor, giz de cera, folhas de papel e brinquedos em miniatura. Segundo as crianças, estar doente não diminui ou elimina sua necessidade de brincar. Buscam normalizar suas vidas e estão abertas a relacionamentos com seus pares, transformando diferentes cenários em lugares de brincadeiras. Chama a atenção, neste trabalho, a perspectiva normativa do brincar na vida infantil, em contraposição à tônica dos outros trabalhos, mais voltados para o brincar face às situações de doença e limitação.

Medeiros, Matsumoto, Ribeiro, Borba (2009) prepararam, para punção venosa, cinco crianças de 3 a 6 anos de idade, atendidas em Pronto Atendimento de hospital na cidade de São Paulo-SP. Utilizando bonecos de pano e material hospitalar, contaram uma prévia história, na qual também havia uma situação referente à punção venosa. As crianças passaram a entender melhor o procedimento após dramatizarem com os bonecos e serem encorajadas pela família, que transmitia segurança e proteção.

Ribeiro, Araújo, Souza, Silva (2009) aplicaram o brinquedo para compreender as percepções de seis crianças e de um adolescente com câncer, mantendo cateter totalmente implantável, internados em hospital de São Paulo-SP. Foi observado que houve melhor entendimento da importância dos procedimentos, medicamentos e realização de exames laboratoriais, necessários para o tratamento, e que reconheceram as vantagens de utilizar o dispositivo para acesso venoso. Por outro lado, percebeu-se preocupação com o risco de infecção que implica a manipulação do cateter.

Kiche, Almeida (2009) compararam reações manifestadas por 34 crianças de 3 a 10 anos de idade, internadas em hospital de São Paulo-SP, antes e após a realização de curativo, com e sem preparo prévio utilizando o brinquedo. Os comportamentos iniciais predominantes, durante o curativo, foram de menor adaptação e aceitação do procedimento, expressos com gestos faciais de medo, tensão e solicitação da presença da mãe. Após emprego do brinquedo, apesar das crianças manterem as mesmas reações, houve diferenças estatisticamente significativas, como: comportamento menos protetor, expressão facial mais relaxada e intensidade de dor de escore 5 inicial para 0, após avaliação em 33 pacientes.

Campos, Rodrigues, Pinto (2010) compararam o comportamento, antes e após a aplicação de brinquedo, de 30 crianças entre 3 a 6 anos de idade, internados em hospital de Santos-SP. Antes das sessões de brinquedo, as crianças se movimentavam pouco, não expressavam seus sentimentos e quase não brincavam; a comunicação verbal e não verbal era escassa com os profissionais. Ao contrário, após as sessões com o uso de bonecos representativos da família, de profissionais, bichos de estimação, utensílios domésticos e matérias hospitalares, as crianças apresentaram significativas mudanças de comportamento, como brincar e expressar suas emoções, estabelecer comunicação verbal e não verbal com os enfermeiros e apresentar menos ansiedade frente a procedimentos.

Fontes, Mondini, Moraes, Bachega, Maximino (2010) utilizaram o brinquedo no alívio da tensão de 44 crianças, entre 4 a 12 anos de idade, antes de cirurgia de correção de fissura labiopalatina, em Hospital de São Paulo-SP. Após contar história, os pesquisadores ofereceram um cenário lúdico com bonecos e materiais hospitalares que serviram para as crianças manipularem os objetos antes do procedimento. Foi constatado que demonstraram mais tranquilidade, se sentiram seguras e sanaram suas dúvidas com o enfermeiro que as estava apoiando durante o processo de hospitalização.

Todos os estudos apresentados acima constatarem a utilidade do brinquedo na assistência de enfermagem, no sentido de auxiliar a criança à

compreensão do que acontece a seu redor, à resolução de conflitos e sentimentos passados, possibilitando maior domínio sobre situações, o entendimento de procedimentos, bem como melhorar o relacionamento entre crianças, familiares e profissionais (Vessey, Mahon, 1990; Zahr, 1998).

No que diz respeito ao uso do brincar como estratégia de enfermagem, Vessey, Mahon (1990) propõem uma classificação com duas modalidades: brinquedo normativo ou recreacional e brinquedo terapêutico, ambas importantes no ambiente hospitalar.

O **brinquedo recreacional** é a modalidade que encoraja a criança a brincar por prazer e de modo espontâneo. Pode ser realizado individualmente ou em grupo. Promove o bem estar físico e emocional da criança em qualquer situação. Este tipo de brinquedo pode ser utilizado, por exemplo, numa sala de recreação ou brinquedoteca, permitindo promover o bem estar físico e emocional da criança que vivencia a hospitalização.

O **brinquedo terapêutico (BT)**, definido como uma atividade estruturada que possibilita à criança a compreensão de procedimentos e situações invasivas, dolorosas e/ou limitantes, auxilia no enfrentamento de situações hostis através da elaboração do significado do que estas situações representam para a criança. O BT permite à criança: dramatizar papéis e conflitos; fazer um elo entre seu mundo interior e o exterior; aliviar a ansiedade gerada por experiências desagradáveis, traumáticas ou ameaçadoras; aceitar seus sentimentos; compreender novas situações por meio da exploração e entendimento do que se passa ao seu redor; esclarecer conceitos errôneos; estimular a autoconfiança, mesmo às crianças mais seguras. Ao enfermeiro, por sua vez, possibilita: comunicar-se melhor e compreender as necessidades e sentimentos da criança; preparar a criança para experiências novas e amedrontadoras e planejar as condutas de enfermagem de forma individualizada.

O brinquedo terapêutico pode ser utilizado para cada criança individualmente, bem como para grupos (Ribeiro, 1999; Vesey, Mahon, 1990) e possibilita a elaboração do medo e da angústia vividos pela criança (Green, 1974).

O BT se baseia nos princípios da ludoterapia, que consiste em uma forma de psicoterapia que tem por objetivo promover ou restabelecer o bem estar psicológico da criança (Green, 1974; Ziegler, Prior, 1994). Segundo o objetivo a ser atingido pelo profissional, o brinquedo terapêutico pode ser utilizado em três submodalidades: dramático, instrucional e facilitador das funções biológicas (Vesey, Mahon, 1990).

O brinquedo terapêutico na modalidade catártica é conhecido como **brinquedo dramático (BTD)** e possibilita à criança dramatizar a situação que a está amedrontando, permitindo-lhe a catarse ou purificação, ou seja, a descarga emocional subsequente a esta última. Como exemplo, em necessidade de procedimentos invasivos repetidos, pode diminuir, significativamente, o nível de ansiedade gerada por experiências atípicas e ameaçadoras. É especialmente útil para crianças pequenas, tais como os pré-escolares, faixa caracterizada pela linguagem limitada, vocabulário restrito de palavras e dificuldade de expressar verbalmente seus sentimentos (Green, 1974; Pinheiro, Lopez, 1993).

O brinquedo dramático promove a autoterapia das crianças por ajudá-las a aliviar ou resolver temporariamente os conflitos associados à hospitalização, com melhor aceitação dessa situação (Vesey, Mahon, 1990). Por meio da fantasia, a criança resolve ou remodela as experiências e sentimentos desagradáveis passados, como medo, angústia, mutilação e raiva (Green, 1974; Pinheiro, Lopez, 1993; Zahr, 1998).

O brinquedo instrucional (BTI) é o recurso lúdico utilizado, de forma organizada, com finalidade de esclarecer e/ou treinar a criança sobre algum aspecto relacionado à sua doença, condição, terapêutica ou a procedimentos a que será submetida. Possibilita o bem estar físico e emocional da criança através de atividades específicas e estruturadas (Vessey, Mahon, 1990). Além disso, o brinquedo instrucional favorece comportamentos mais compatíveis ao estágio de desenvolvimento da criança, bem como aos considerados de difícil adaptação e pode incluir pais e/ou responsáveis (Dahlquist Busby, Slifer, Tucker, Eischen, Hilley, et al., 2002; Schmitz, Piccoli, Viera, 2003; Thompson, 1994; Vessey, Mahon, 1990; Zahr, 1998).

O brinquedo facilitador de funções fisiológicas compreende as atividades organizadas pelo profissional para promover, manter ou melhorar a saúde física e bem estar da criança. São geralmente estimuladas a deambulação, alimentação, hidratação e movimentação física (Vessey, Mahon, 1990). Deve ser adaptado para cada faixa etária, bem como à situação específica da criança. Pode incluir os pais e/ou responsáveis pela mesma.

Por todo o exposto, pode-se dizer que o brinquedo propicia liberdade e oportunidade à criança de verbalizar seus medos, ansiedade, raiva, de projetar suas vivências e gerar independência. Com ele, a criança apresenta maior facilidade de entender, lidar e assimilar conhecimentos a respeito da doença ou terapêutica, o que favorece comportamentos mais compatíveis ao seu estágio de desenvolvimento. Ao profissional, possibilita conhecer melhor o sujeito criança, suas necessidades e, conseqüentemente, cuidá-lo melhor, ao longo de toda a hospitalização e mesmo ao longo do ciclo vital, no caso das situações crônicas.

1.2.4 A segurança no brincar

Para contribuir ao desenvolvimento físico, intelectual, social e psicológico infantil, a escolha adequada do brinquedo é fundamental. Os profissionais que lidam com as crianças devem conhecer aspectos relacionados com o brinquedo, para que a criança possa brincar de forma segura. Entre as características indispensáveis levadas em consideração para a escolha do brinquedo estão: recomendações de uso, tipo de material, adequação à idade, durabilidade, forma de higienização nos diferentes ambientes e submissão a fiscalização por órgãos governamentais. No que diz respeito ao material, se preconiza leveza e facilidade de manipulação, ser inquebrável, lavável, sem pêlo nem lã, ter peças bem fixas para prevenir acidentes como broncoaspiração. Quanto às cores, preconiza-se serem firmes, sem utilização de tintas tóxicas (Asociación Española de Fabricantes de Juguetes, 2000). Os brinquedos não podem provocar risco à integridade física da criança como queimaduras, choques elétricos, explosão,

intoxicação, laceração, estrangulamento, captação de dedos, cabelos ou roupas (Committee on Accidents and Poison Prevention, 1990).

Outro aspecto a ser levado em consideração nas instituições é a higiene diária e concorrente dos brinquedos, para evitar a contaminação cruzada.

A esse respeito, estudo realizado em hospital universitário em São Paulo-SP constatou, através de sessenta testes de culturas, o crescimento da flora bacteriana tanto dos brinquedos usados pelas crianças, quanto do mobiliário e das mãos de profissionais atuantes na brinquedoteca. Os autores ressaltam que o local de pesquisa manteve critérios de higienização diária dos brinquedos, de acordo com método não apresentado, implantados pela Comissão de Infecção Hospitalar. As culturas obtidas constataram a presença de microbiota da pele humana e do ambiente. Na maioria das culturas, não houve crescimento significativo de bactérias nos meios de culturas semeados, e sim, um crescimento discreto de bactérias ambientais. Quando detectadas, predominaram *Micrococcus gram positivos* e *Staphylococcus epidermidis*, agentes de flora normal de pele, sem patogeneidade. Os autores concluíram que a brinquedoteca é uma área de baixo risco de transmissibilidade ou mesmo sem risco, porém faz-se indispensável a adoção de rotinas eficientes pela Comissão de Infecção Hospitalar (Novaes, Isaacsson, Sandrini, Gruber, Dalmora, Gaspar, et al., 1997).

Com objetivo de também avaliar a presença de bactérias, nos brinquedos utilizados por crianças hospitalizadas, foi realizado estudo, em hospital do interior de São Paulo, em cidade não especificada. Foram coletadas trinta amostras de dez brinquedos de plástico e analisado o perfil de resistência às drogas dos isolados bacterianos. O estudo não especificou se havia alguma rotina de limpeza e higienização dos brinquedos. Houve presença de grande número de bactérias da microbiota do ambiente, e humana do gênero *Bacillus sp*, *Acinetobacter sp*, *Enterobacter SP*, e *Staphylococcus SP*, a maioria das quais sensíveis às drogas antimicrobianas, como Tobramicina, Ticarcilina, Cefotaxima, Ampicilina, Sulbactam, Amicacina, Ceftazidima, Nitrofurantoína, Tetraciclina,

Gentamicina, Imipenem, Vancomicina, Tetraciclina, Gentamicina, Penicilina, Clindamicina, Norfloxacin, Oxacilina, Eritromicina e Nitrofurantoína. A maioria das bactérias foi susceptível às drogas, sendo que 90% foram resistentes a um ou dois antimicrobianos. Os microorganismos não trazem risco potencial para pessoas híidas, porém podem ser potencialmente patogênicos para crianças hospitalizadas imunocomprometidas. A sugestão foi manter medidas preventivas de infecções cruzadas realizando limpeza e desinfecção diária dos brinquedos (Freitas, Silva, Carvalho, Pedigone, Martins, 2007).

Outra pesquisa, realizada na Costa Rica, consistiu em culturas de brinquedos de variados materiais, manipulados por crianças internadas por infecções respiratórias e diarreias. Constatada presença de bactérias em 70 brinquedos, sendo encontrados *Staphylococcus coagulase negativo*, *Bacillus sp*, *Staphylococcus aureu*; *Streptococcus alfa hemolítico*, *Pseudomonas sp*, *Stenotrophomonas maltophilia*. Após a higienização dos brinquedos, as culturas dos microorganismos diminuíram consideravelmente. Tais resultados apontam para a necessidade de medidas preventivas de infecções para o manejo dos brinquedos (Avila, German, Paris, Herrera, 2004).

Davies, Mehr, Garland (2000), na Austrália, pesquisaram a presença e crescimento de microorganismos nos brinquedos, em unidade de cuidados intensivos neonatais, durante quatro semanas. Os microorganismos isolados foram os mesmos encontrados nos berços e incubadoras, assim como em culturas sanguíneas de alguns neonatos. Alguns resultaram ser potencialmente patogênicos, sendo que, em ordem decrescente, encontrou-se: 84% de *Staphylococcus coagulase negativos*, 50% de *Micrococcus*, 21% de *Bacillus sp*, 13% de, *Staphylococcus metilicilina resistentes*, 12% de *Difteroides*, 4% de *Staphylococcus metilicilina susceptíveis*. Não houve presença de fungos. Os autores recomendam avaliação da manipulação dos brinquedos pelas pessoas e ressaltam a importância da limpeza e desinfecção adequada dos mesmos, tal como é feito nos berços e incubadoras. Ressalta-se também que a presença de microorganismos nos brinquedos estaria relacionada à falta ou inadequada higienização das mãos das crianças, profissionais e familiares, havendo, portanto, necessidade de

investimentos neste sentido e não no de eliminar ou evitar o uso de brinquedos.

Neste contexto, é fundamental a atuação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIJs) em parceria com as Educações Permanentes, para capacitação periódica de profissionais, orientação a acompanhantes e aos próprios pacientes em relação à higienização adequada das mãos e limpeza periódica correta de cada brinquedo. Outros aspectos a serem considerados são a avaliação do paciente e tipo de brinquedo utilizado, bem como a existência de uma rotina clara sobre o manejo dos brinquedos manipulados pelas crianças hospitalizadas, especialmente as que necessitam de cuidados específicos como, por exemplo, pacientes com infecções ou mesmo aqueles que se encontram com baixa imunidade. Outras condutas que devem ser adotadas são a avaliação periódica da presença de microrganismos nos brinquedos e o estabelecimento de medidas profiláticas para o controle de infecções hospitalares (Freitas, Silva, Carvalho, Pedigone, Martis, 2007).

A respeito da limpeza e desinfecção dos brinquedos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam precauções para manter limpos os brinquedos a fim de evitar contaminação (Cunha, 2006; Machado, 2006). As precauções recomendadas por esses órgãos são as seguintes:

- separá-los por diferentes grupos de pacientes;
- utilizar somente brinquedos laváveis; no caso de terem sido levados à boca pelas crianças, lavá-los imediatamente após o uso;
- higienizar mãos de todas as pessoas envolvidas nas atividades lúdicas, antes e após da manipulação dos brinquedos;
- desprezar brinquedos que não se enquadrem no critério de higienização e que tenham entrado em contato com sangue, secreções e fluidos corpóreos.

A ANVISA e a SBP recomendam, também, a implantação de rotinas de descontaminação periódicas: os brinquedos de uso comunitário devem ser lavados com água e sabão, enxaguados e secos. Após, devem ser

friccionados com álcool a 70%, por três vezes, e novamente secos. Quando os brinquedos entram em contato com pacientes que estejam sob precauções especiais, devem ser lavados com água e sabão, enxaguados e, logo após, imergidos em solução de hipoclorito de sódio, por trinta minutos. Se os brinquedos são de material corrosivo, ao invés da solução de hipoclorito de sódio, deve ser usado álcool a 70%, enxaguá-los e após deixá-los secar (Cunha, 2006; Machado, 2006).

Ressalta-se que não pode ser esquecida a possibilidade do uso individualizado de brinquedos, no caso de não ser viável o manejo de cuidados adequados. O emprego de material lúdico de caráter descartável como, por exemplo, papéis brancos e coloridos, lápis ou giz de cera, objetos de papelão, bem como brinquedos de baixo custo, devidamente testados e fiscalizados por órgãos competentes, também deve ser considerado no caso de não existir de fato outra possibilidade lúdica. O brinquedo é um material integrante do cuidado à criança, tal como qualquer outro. Mesmo tendo um custo, o brinquedo deve ser considerado indispensável na vida da criança.

Os brinquedos, como ferramentas de desenvolvimento infantil, de comunicação e de assistência, devem ser preservados e incrementados em todos os locais onde haja crianças, pois, mesmo internadas, estas necessitam brincar e se relacionar com as pessoas que estão a sua volta. Os enfermeiros, bem como toda a equipe de enfermagem, devem atuar de modo incisivo na promoção da segurança no brincar.

1.3 A COMUNICAÇÃO CENTRADA NA CRIANÇA

O cuidado à criança é indissociável da comunicação, motivo pelo qual esta será aqui abordada. A comunicação consiste no processo de compreender e compartilhar mensagens, quer sejam verbais ou não verbais. Por seu intermédio, as pessoas podem expressar suas idéias, emoções, satisfazer suas necessidades e, inclusive, influenciar o comportamento dos outros (Maldonado, 2008; Stefanelli, Carvalho, 2005). Esta influência pode se dar a curto, médio ou longo prazo. Deste modo, não deve causar

admiração dizer que a comunicação é um dos componentes fundamentais do cuidado centrado nas necessidades do outro (Pontes, Leitão, Ramos, 2008), um dos pilares da humanização do cuidado. Assim, entende-se que a comunicação é um dos mais importantes componentes do cuidado de qualidade de enfermagem (Kenneth, Ginsburg, Committee on Communications, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2007).

Observa-se que a evolução da tecnologia e a difusão dos meios informatizados, bem como o crescimento urbano-industrial e a exigência profissional do mercado tem promovido a especialização dos profissionais no aspecto técnico-científico (Reis, Gomes, Fonseca, Góis, Souza, 2009). O cuidado, muitas vezes, está mais inclinado à tecnologia relegando-se, erroneamente, a um segundo plano, a importância das habilidades interativas, a tal ponto que Reis, Gomes, Fonseca, Góis, Souza (2009) afirmaram que essa dicotomia leva à escassa capacitação do enfermeiro para desenvolver estratégias de comunicação. No caso do enfermeiro da área de pediatria, tal necessidade ainda é mais premente, uma vez que necessita ser competente não somente nas habilidades verbais como também, e em muitos casos principalmente, nas não verbais (Bondioli, Mantovani, 1998).

Vale salientar que a comunicação enfermeiro-cliente tem sido um grande desafio no sentido de estreitar laços de compreensão, o que implica estabelecer uma relação de confiança e entender as necessidades dos clientes, segundo faixa etária, vivências e necessidades específicas. Brazelton e Greenspan (2002) são contundentes na afirmação de que a qualidade do cuidado é um importante contribuinte para o desenvolvimento infantil.

O estabelecimento de uma relação interpessoal satisfatória do profissional com a criança, isto é, com percepção e atendimento das necessidades, depende das habilidades de comunicação do primeiro (Brazelton e Greenspan, 2002). A partir destas, o adulto constrói um vínculo afetivo saudável com a criança. Quando se leva em conta a situação da criança hospitalizada, eventualmente até por longos períodos, percebe-se

como é inevitável que o profissional tenha o compromisso de otimizar sua atitude e habilidades de comunicação.

Para que a comunicação seja centrada na criança (Maldonado, 2008), a utilização de formas facilitadoras da comunicação depende do desenvolvimento da sensibilidade, de percepção subjetiva. Somente assim, a sintonia e aprendizado de ver e entender as pessoas podem ser alcançados.

Ressalta-se que as crianças, mesmo doentes, são ativas e buscam respostas para o seu mundo. O enfermeiro, ao manter comunicação com a criança, pode utilizar, em conjunto, outros recursos que intermedeiem a comunicação e a compreensão das suas necessidades, o que possibilita um cuidado consistente e integral que mostre a eficiência de compreensão do mundo da criança e estimule a expressão verbal e não verbal dos seus sentimentos (Maldonado, 2008).

Quanto à forma de comunicação, o profissional deve levar em consideração que conversar com a criança é um ato de cuidado profissional, segundo constata o estudo de Rezende, Shibayama (2005) que abordou, com entrevistas, seis educadoras que lidavam com crianças de 0 a 3 anos de idade de creche em universidade de São Paulo. O objetivo do estudo foi saber como essas educadoras percebiam o ato de conversar com as crianças, obtendo-se duas categorias: a primeira, relacionada à importância da conversa para auxiliar a criança em seu desenvolvimento cognitivo e emocional, bem como em sua integração social e criação de ambiente democrático e seguro ao permitir conhecer a criança; a segunda categoria ressaltou a necessidade de ouvir e fazer combinações, de conversar com o olhar ao nível dos olhos da criança, com tom de voz de acordo com a finalidade da conversa.

Assim, o profissional de enfermagem, em seu processo de comunicação com a criança, deve estar atento a todas estas recomendações para aprimorar o cuidado focado na clientela pediátrica.

1.4 OS MEIOS ELETRÔNICOS E O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Nos dias atuais, o crescimento dos conhecimentos científicos e técnicos tem se tornado cada vez mais ágil, não pertencendo mais apenas a pequenos grupos, face aos recursos tecnológicos disponíveis. Os impactos das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) vêm sendo profundos e diversificados nos âmbitos financeiro, cultural, social, comercial e educacional (Caetano, 2005)

As possibilidades que as novas TICs geraram, em termos de produção, armazenamento, recuperação, consumo e reutilização de informações, são inevitáveis (Costa, Peres, Rogenski, Baptista, 2009). Mesmo assim, o seu uso na área de saúde é novo, em comparação com outros setores como o bancário ou o industrial.

Para atender ao mercado da área da saúde, em constante evolução e aperfeiçoamento, faz-se necessário o desenvolvimento de novas competências e habilidades individuais do enfermeiro e a busca de fontes para seu aprimoramento. Esta necessidade vem se refletindo no processo educativo atual, globalizado, que trouxe mudanças no modelo tradicional de aprender e ensinar, de forma presencial, dedicando muito tempo à aquisição de conhecimentos para inclusão no mercado de trabalho (Marziale, Mendes, 2005).

Vale ressaltar que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, prevê a educação à distância (Ministério de Educação e Cultura, 1996). O COFEN segue na mesma direção; assim, sua resolução de nº 274, de 2002, reforça que o profissional de Enfermagem poderá sempre se atualizar, acessando também meios informatizados (Conselho Federal de Enfermagem, 2002).

A utilização de meios de comunicação, valendo-se de recursos computacionais, como internet, vem sendo incrementada para atualização de conhecimentos e práticas de ensino na área de enfermagem (Peres, Meira, Leite, 2007). Ressalta-se a importância de um planejamento prévio, por uma equipe multidisciplinar das áreas de educação, comunicação,

gestão e tecnologia da informação que defina o conteúdo, objetivos, estratégias de ensino e aprendizagem. Esse ambiente virtual, por sua vez, deve ser ameno, amistoso e agradável, visando um aprendizado independente direcionado a um grupo específico (Filiato, 2004).

Nessa perspectiva, a educação à distância, por meio de ambientes digitais de aprendizagem - sistemas computacionais que se encontram disponíveis na *Internet* e em *softwares* -, oferece suporte a atividades mediadas pelas TICs. Os ambientes digitais são poderosos auxiliares para desenvolver a autonomia do profissional de saúde na busca de conhecimento e de atitudes de se aprimorar, requisitos indispensáveis para o profissional do mundo contemporâneo (Costa, Peres, Rogenski, Baptista, 2009).

Os ambientes virtuais de aprendizagem são mais um recurso disponível aos serviços de educação permanente. Os programas de treinamento podem ser inseridos em instituições de saúde para atender às necessidades de assistência, ensino, pesquisa e gestão de enfermagem. Estes ambientes podem disponibilizar conhecimentos indispensáveis para atualizar a equipe de enfermagem, no próprio horário e local de trabalho ou no tempo que ele estipular para seu aprendizado, atendendo a vários níveis de aprofundamento. Além desses aspectos, os responsáveis pela educação permanente passam de transmissores de informações para tutores, guias no processo de aprendizado individualizado e permanente, abrangendo maior número de profissionais para melhorar a qualidade da assistência (Marziale, 2003).

O planejamento do material educativo digital, inserido nos processos de trabalho dos enfermeiros, se transforma em instrumento valioso para auxiliar os profissionais nas diferentes funções atribuídas a este profissional (Caetano, Peres, 2006). É possível a produção de documentos eletrônicos distribuídos por sítios virtuais, com formatos e conteúdos variados, nas diferentes áreas do conhecimento da enfermagem empregadas, com maior frequência, junto às atividades de ensino e pesquisa (Marziale, Mendes, 2005).

Assim, a criação de sítios virtuais e *softwares* vem crescendo no Brasil, com intuito de trabalhar a educação à distancia dos enfermeiros. Sítios virtuais são locais que albergam um conjunto de hipertextos, ou seja, páginas de textos, gráficos, imagens, sequências sonoras, documentos complexos, localizados em algum ponto da *web*, uma rede de alcance mundial que consiste em um sistema de computadores interligados. A *web* é gerenciada pelo *World Wide Web Consortium*, órgão internacional presidido por Berners-Lee, criador da *Web* (Nunes, 2007).

As informações podem conter recursos os mais variados, como textos, fotos, animações gráficas, ilustrações, sons, vídeos, banco de dados associados e *hiperlinks*, o que, segundo o Dicionário Internet (2004), se refere a palavras, textos e imagens que dão origem a outros conteúdos em um documento hipertexto. Ressalta-se que o vocábulo *site* é inglês, equivale a sítio em português, e se refere a lugar demarcado, local, posição. Ambas as palavras, a inglesa e a portuguesa, derivam do latim *situs*. No âmbito desta pesquisa, optou-se por empregar a expressão sítio virtual para designar site.

No Brasil, os recursos das TICs vêm sendo utilizados por enfermeiros para criar ambientes virtuais para orientar e aprimorar a equipe de enfermagem, tanto para assistência e gerenciamento, como para a área de ensino em enfermagem. Entre os ambientes virtuais destinados aos profissionais de enfermagem foram encontrados: aspiração de secreções pulmonares em adultos, focado à execução adequada do procedimento (Diogo, 2001); criação e validação de site sobre doença arterial coronariana que pretende, após validação do conteúdo, fornecer conhecimentos de assistência de enfermagem (Marques, Marin, 2002); planejamento de assistência para portadores de queimadura (Dalri, Carvalho, 2002); movimentação de pacientes através do emprego dos princípios da ergonomia (Marziale, 2003); *software* de diabetes mellitus, que objetiva subsidiar a educação continuada dos profissionais de saúde e suas práticas educativas (Duran, Cocco, 2003); planejamento da sistematização da assistência de enfermagem (Sperandio, Évora, 2005); transporte intra-hospitalar de pacientes críticos, que visa oferecer conhecimentos a

profissionais para esse tipo de transporte de forma segura (Nogueira, Marin, Cunha, 2005); orientações de procedimentos especializados realizados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que fornece informações sobre procedimentos especializados em cuidados intensivos (Sanches, Lopes, Malta, 2008); desenvolvimento de um sistema eletrônico de apoio no processo de sistematização de enfermagem envolvendo as fases de levantamento de dados, definição de diagnósticos, resultados esperados e intervenções (Peres, Cruz, Lima, Gaidzinski, Ortiz, Trindades, et al., 2009); desenvolvimento de aplicativo em formato de quadrinhos digitais para tomada de decisão do enfermeiro através de etapas que envolvem um planejamento detalhado (Caetano, Peres, 2009).

Entre os trabalhos voltados para o ensino de graduação de enfermagem, podem ser citados: administração de medicamentos em pediatria (Mascarenhas, Cassiani, 2001); exame físico de enfermagem do recém-nascido (Fernandes, Barbosa, Naganuma, 2006); organização de escala de pessoal de enfermagem que subsidia o ensino referente à consulta de confecção de escala mensal e oferece tópicos de legislação trabalhista (Juliani, Kurcgant, 2007); avaliação de proposta educacional *on-line* sobre úlcera por pressão para profissionais e estudantes de enfermagem voltados para a capacitação e atualização (Peres, Rogenski, Bruneti, Baptista, 2009); proposta educacional virtual sobre atendimento da ressucitação cardiopulmonar no recém-nascido utilizando recursos multimídia para incrementar a autonomia e reflexão do enfermeiro no processo ensino aprendizagem (Gonçalves, Peres, Rodrigues, Tronchin, Pereira, 2010).

Em relação à busca de sítios virtuais relacionados ao uso do brinquedo terapêutico por enfermeiros, foram encontrados dois, ambos mantidos por escolas de enfermagem de São Paulo. Um deles é relacionado à Brinquedoteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Consiste em acervo de brinquedos, destinado a estudantes de graduação e de pós-graduação vinculados à escola, podendo ser utilizado, também, por funcionários docentes e não-docentes da EEUSP (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010). Cabe ressaltar que este sítio não tem

finalidade instrucional, mas serve para divulgar a importância do brincar no cuidado de enfermagem a crianças. Rezende (2002), docente que criou e coordena a Brinquedoteca, elaborou um Compact Disk - Read Only Memory (*CD-ROM*) sobre o tema, que é utilizado em suas aulas e apresentações.

Por sua vez, o sítio do Núcleo de Estudos da Criança e do Adolescente (NECAD), da Disciplina de Enfermagem Pediátrica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), hospeda informações sobre o Grupo de Estudos do Brinquedo (GEBring), um grupo de pesquisas criado e organizado por enfermeiras docentes da mesma universidade e que tem por finalidade estimular e divulgar pesquisas acerca do tema (Núcleo de Estudos da Criança e do Adolescente, 2003). Tal como o anterior, não tem a finalidade de capacitar os profissionais a respeito do tema, servindo igualmente para divulgação do tema.

É neste contexto que se insere a pesquisa ora apresentada, a qual consiste na validação de conteúdo a ser desenvolvido na construção de um sítio virtual sobre o brinquedo no cuidado de enfermagem na área de enfermagem pediátrica.

Finalmente, é importante trazer à tona a questão dos direitos autorais no que tange à produção disponibilizada na *World Wide Web*. Entende-se por Direito Autoral o conjunto de prerrogativas de ordem não patrimonial e pecuniária que a lei reconhece a todo criador de obras literárias, artísticas e científicas de alguma originalidade, no que diz respeito à sua paternidade e ao seu ulterior aproveitamento, por qualquer meio, durante toda a sua vida e aos seus sucessores, ou pelo prazo que ela fixar. Dentro desta conjuntura, a ingerência do Direito nas relações de propriedade intelectual, como se caracterizam os direitos de autor de *Web site*, tem fundamental importância para a troca de informações através desta rede (Freitas, Silva, Castro, Neto, 2001).

Apesar de um sítio virtual incorporar uma produção multimídia que requer um ou mais programas de computador para gerenciar e organizar os conteúdos e utilizar, em grande parte, bases de dados eletrônicas, não se

enquadra completamente no sistema de proteção de Direitos Autorais regidos pela Lei do *Software* nº 9609/98 (Moncks, 2005).

Por outro lado, o autor de um programa de computador é titular de *software* tem a propriedade e o direito de exploração do programa. Assim, deve registrar o programa no Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), passando a ter, deste modo, a propriedade do programa, protegendo-o contra cópia ou uso não autorizados (Freitas, Silva, Castro, Neto, 2001). No entanto, vale recordar que toda esta estrutura de proteção aos direitos não impede que tais produtos sejam estudados por outrem e que os achados sejam publicados sob forma de artigos, livros, etc. Naturalmente, nesta situação, o programa que foi estudado deve ser identificado em termos de nome, autoria e localização eletrônica.

Vale ainda chamar a atenção para o fato de que as instituições de pesquisa têm interesse no desenvolvimento de produtos eletrônicos, uma vez que são veículos poderosos de disseminação de informação. Dessa forma, as universidades brasileiras, especialmente as públicas, mantêm Agências de Inovação para garantir os direitos autorais. Estas iniciativas são consideradas de consulta indispensável para os membros das comunidades universitárias. Assim, a Universidade de São Paulo (USP) criou a Agência USP de Inovação (USPInovação) e sob a resolução Nº 5175 de 18 de fevereiro de 2005, apóia e auxilia o pesquisador na busca de proteção de seus produtos, novas idéias e serviços (Universidade de São Paulo, 2005).

Além da proteção aos direitos dos autores, é necessário garantir a proteção dos usuários, que precisam ter a certeza de estar acessando informações nas quais podem confiar. Para garantir a qualidade das informações na criação de sítios virtuais em saúde, existe o Código de Conduta *Health on the Net Foundation Code* (HONcode). Este Comitê, não governamental, sem fins lucrativos, acreditado pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, é uma fundação conhecida internacionalmente por seu trabalho no campo da ética de informações de saúde. Analisa e avalia os sítios eletrônicos, de acordo com requisitos de honestidade intelectual. Os sítios aprovados recebem um selo de qualidade e são acompanhados ao longo de um ano. Como os sítios são dinâmicos, o selo

precisa ser renovado anualmente, o que demonstra a importância da certificação para publicar, através de sítios eletrônicos, informações úteis, objetivas, corretas e adaptadas às necessidades do público alvo de modo a contribuir para a informação médica de qualidade (Boyer, 2006).

OBJETIVO

“Brincar é manter em nós a criança que fomos um dia para poder ser o adulto que gostaríamos de ser.”

Jean Piaget

2 OBJETIVO

- Validar o conteúdo a ser explorado na construção de um sítio virtual sobre a utilização do brinquedo na assistência de enfermagem pediátrica à criança hospitalizada.

MÉTODO

“Quem não sabe o que procura, não interpreta o que acha. Investigue, questione, vá mais longe”.

Anônimo

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Inicialmente, vale apresentar a proposta na qual está inserida a presente pesquisa, proposta esta que consiste em criar um sítio virtual com informações acerca da utilização do brinquedo no cuidado em enfermagem pediátrica. Sabe-se que para desenvolver um sítio virtual são necessárias as seguintes etapas: conceituação, desenvolvimento, implementação e avaliação (Trochim 1999).

Segundo Trochim (1999) na primeira fase, a de conceituação, realiza-se o levantamento bibliográfico, análise, seleção e definição do conteúdo a ser abordado. Na fase de desenvolvimento, aplica-se o conteúdo definido para o desenvolvimento das páginas; faz-se testes nos navegadores da internet para detectar erros de digitação, bem como verifica-se a resolução de imagens e toda a configuração, para realizar reajustes necessários. Na fase de implementação, faz-se a publicação do sítio na rede mundial de computadores, ou seja, na internet. Na fase de avaliação, a última da evolução do trabalho, faz-se sua validação por especialistas selecionados.

Na pesquisa ora apresentada, a opção foi por realizar uma validação do conteúdo a ser desenvolvido, futuramente, por ocasião da construção do sítio eletrônico propriamente dito. Assim, trata-se de uma inovação ao esquema atualmente utilizado, considerando-se oportuno fazê-lo deste modo para evitar gastos inúteis, no futuro, decorrentes de uma eventual mudança nos conteúdos. De qualquer modo, realizar a validação do conteúdo, no momento proposto, não invalida a fase de avaliação, nem a acessibilidade e clareza para o usuário, segundo Trochim (1999); a avaliação apenas se restringiu aos aspectos ligados ao emprego das ferramentas disponibilizadas pela eletrônica.

Assim, no que tange ao aspecto da validação do conteúdo, optou-se por realizar um estudo exploratório, de caráter descritivo e grupal, de cunho

quantitativo, com emprego auxiliar da abordagem qualitativa, utilizando-se o método de validação de conteúdo por meio da técnica Delphi.

Cabe ressaltar que a pesquisa exploratória investiga a natureza do fenômeno e outros fatores que possam estar relacionados com o mesmo. O estudo descritivo, por sua vez, expõe e detalha fenômenos ligados ao comportamento de uma variável sem que o pesquisador interfira no comportamento humano (Polit, Beck, Hungler, 2004). Além disto, uma pesquisa se torna quantitativa quando os atributos de um fenômeno são mensuráveis ou medidos (Polit, Beck, Hungler, 2004).

A pesquisa qualitativa tem por finalidade compreender a ótica de sujeitos e grupos. Com este fim, realiza-se esforços no sentido de apreender e interpretar a visão destes acerca do tema que estiver sendo estudado (Polit, Beck, Hungler, 2004). Outra característica desta pesquisa refere-se ao fato de ter sido realizada com um grupo de profissionais da mesma área do conhecimento humano. Sabe-se que, quando uma pesquisa conta com a participação de uma equipe de profissionais com as características supracitadas forma-se um painel de especialistas, peritos ou juízes (Marconi, Lakatos, 2006).

Por se tratar de um estudo de validação, é pertinente detalhar o processo. A validação refere-se ao estabelecimento da precisão do instrumento em medir algo. A validade de conteúdo tem por objetivo a adequação do conteúdo a ser medido e, para alcançar este propósito, vale-se do julgamento de um grupo de profissionais especialistas em algum assunto. O instrumento é desenvolvido a partir da conceituação minuciosa do construto de interesse, partindo da revisão da literatura, dos resultados de outra ou outras investigações, bem como do conhecimento do pesquisador (Polit, Beck, Hungler, 2004). Por este processo, a validade de um determinado conteúdo torna-se confiável e consistente do que se pretende representar (Polit, Beck, Hungler, 2004).

No caso desta pesquisa, com a finalidade de validar conteúdo sobre a utilização do brinquedo por enfermeiros que atuam com a clientela pediátrica, utilizou-se a técnica Delphi, método estruturado de julgamento de informações, com solicitação, coleta, tabulação e avaliação de dados a

respeito de um fenômeno por meio da obtenção do consenso de um grupo de especialistas, peritos ou juízes, engajados numa determinada área ou assunto (Spínola, 1984).

No presente estudo, os profissionais selecionados para validar o conteúdo, são chamados de juízes. No que tange ao tema desenvolvido, optou-se por incluir o brincar recreativo e o terapêutico, uma vez que ambos são importantes na área de enfermagem pediátrica.

A técnica Delphi vale-se da utilização de formulários para coletar informações de forma sequencial, sendo que as primeiras respostas obtidas são consideradas para reformulação e obtenção das subseqüentes até atingir o consenso estipulado pelo pesquisador (Spínola, 1997).

Em termos de consenso, os mais utilizados são o Coeficiente Alfa de Cronbach para medir a consistência interna dos resultados (Cronbach, 1951) e a porcentagem, para comparar a concordância entre os juízes. O Coeficiente Alfa de Cronbach mede a consistência interna entre os itens de um instrumento, por meio de valores numéricos de 0 a 1 (Nunnally, 1978), apontando maior consistência e, conseqüentemente, maior confiabilidade quando os escores se aproximam de 1 (Braga, 2005; Nunnally, 1978). No presente estudo, adotou-se como critério o Alfa de Cronbach sugerido por Nunnally (1978): $\geq 0,70$. Em termos de porcentagem, também se optou o critério de corte $\geq 70\%$, tal como na maioria dos estudos encontrados na enfermagem brasileira, nos quais varia de 50% a 90% (Castro, Rezende, 2009; Faro, 1995).

A técnica Delphi é articulada em fases, etapas ou ciclos sendo que, no estudo proposto, adotou-se a denominação de ciclos. Não há um número pré-determinado de ciclos, sendo indicado que sejam feitos até se obter o consenso estipulado previamente (Mancussi, 1998; Polit, Beck, Hungler, 2004; Spínola, 1984). Experiências mostram que o instrumento Delphi pode circular duas ou três vezes no grupo de juízes, até os pareceres chegarem a um consenso de informações a respeito do fenômeno estudado. Em geral, após o segundo questionário, pode-se obter um nível satisfatório de concordância de respostas e a posição dos informantes torna-se estável (Castro, Rezende, 2009; Spínola, 1984).

Na enfermagem brasileira, a primeira pesquisa da qual se tem registro de utilização da técnica Delphi foi realizada por Faro (1995) que identificou os diagnósticos e condutas de enfermagem em pacientes lesados medulares adultos, em programa de reabilitação. Posteriormente, (Faro, 1997) destacou a importância da técnica Delphi para validação de diagnósticos e intervenções de enfermagem ao paciente lesado medular. Mancussi (1998) identificou e analisou as intervenções de enfermagem, em estudo realizado para assistir ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinhal.

Cassiani, Rodrigues (1998) utilizaram a técnica Delphi para propor programa para a disciplina de Metodologia da Pesquisa em relação ao conteúdo, estratégias e avaliação. As mesmas autoras apresentaram uma reflexão sobre a importância da técnica Delphi como recurso em pesquisa na área de enfermagem (Cassiani, Rodrigues, 1996). Outras autoras pesquisaram as necessidades individuais de pacientes adultos hospitalizados (Perroca, Gaidzinski, 1998). Silva, Tanaka (1999) realizaram pesquisa relacionada às competências gerais e específicas em atenção primária de saúde de enfermeiros e de médicos.

Na década de 2000, observa-se que houve um incremento considerável de pesquisas que se valeram da técnica Delphi e foram realizadas por enfermeiros. Entre as registradas, podem ser citadas: dimensionamento e validação de instrumento traduzido para a língua portuguesa para dimensionar horas diárias de assistência em enfermagem residencial (Dal Ben, Sousa, 2004); pesquisa na área de neonatologia, com o objetivo de validar um instrumento para classificação do grau de dependência de recém-nascidos hospitalizados (Bochembuzio, Gaidzinski, 2005); proposta de classificação de pacientes psiquiátricos segundo nível de dependência (Martins, Forcella, 2006); avaliação de instrumento de registro de paciente adulto em sala de recuperação pós-anestésica (Cunha, Peniche, 2007); conhecimento das competências gerais e específicas em atenção primária de saúde de enfermeiros (Witt, Almeida, 2008); elaboração e validação de instrumento de classificação dos tipos de veias superficiais periféricas de adolescentes, adultos e idosos (Sena, Carvalho, 2008).

Destaca-se, também, a experiência de pesquisadores utilizando a técnica Delphi on-line para avaliar as competências essenciais do enfermeiro que atua em Saúde Pública (Silva, Rodrigues, Silva, Witt, 2009). Com objetivo de identificar e caracterizar pesquisas realizadas por enfermeiros que tenham empregado a técnica Delphi, Castro, Rezende (2009) realizaram busca bibliográfica para conhecer a produção brasileira referente ao assunto, estimulando, de certa forma, a utilização da técnica em questão por enfermeiros, nas diferentes áreas de conhecimento. A técnica Delphi auxiliou, ainda, a identificar as tendências atuais e futuras da função do enfermeiro auditor no mercado de trabalho (Scarpato, Ferraz, Chaves, Gabriel, 2010).

Percebe-se assim, que a técnica Delphi é uma estratégia que vem sendo utilizada de forma crescente em pesquisas de enfermagem, tanto na área de assistência, quanto em educação, administração e auditoria, contribuindo para o avanço científico em todas as especialidades e campos de atuação (Castro, Rezende, 2009).

Em relação às vantagens, a técnica Delphi possibilita obter avaliação, mesmo de indivíduos distantes geograficamente, por meio da comunicação escrita, sem que haja interação direta entre os especialistas (Mancussi, 1998; Spínola, 1984; Williams, Webb, 1988). Outra vantagem a ser apontada é a possibilidade de consolidação de consensos, de alta qualidade e especificidade, com baixo custo, pois não se têm despesas com transporte, acomodação e alimentação dos participantes. No entanto, perde-se a possibilidade de conseguir consenso por discussão direta entre os especialistas (Cassiani, 1987; Williams, Webb, 1988).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), cidade de São Paulo-SP, no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP).

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os critérios de seleção dos juízes para este estudo foram compostos considerando-se algumas das recomendações de Ayton, Ferrel, Stewart (1999); Fehring (1987), recomendações estas relacionadas, principalmente, à vasta experiência sobre o fenômeno a ser pesquisado, bem como a homogeneidade de assuntos abordados nos estudos realizados pelos juízes que irão compor o painel. Nota-se que, as recomendações centram-se nos requisitos de titulação, experiência, realização de pesquisas e publicações de estudos que relacionem o assunto a ser estudado.

Dessa forma, os requisitos definidos, no presente estudo, para a seleção dos juízes foram os seguintes:

- ser enfermeiro;
- ter título de Especialista, Mestre, Doutor ou Livre Docente;
- ter experiência profissional mínima de três anos;
- ter publicação de pelo menos um artigo (nacional ou internacional) acerca do brinquedo recreacional e/ou terapêutico como recurso para o cuidado da criança;
- trabalhar no Brasil, independente do estado ou município, e prestar cuidado à criança, seja nas áreas de assistência, ensino e/ou pesquisa em enfermagem.

Para compor a amostra de juízes que fizeram parte do presente estudo foi feita uma busca na Plataforma Lattes, a base de currículos e instituições das áreas de Ciências e Tecnologia no Brasil (Brasil, 2008), utilizando-se as palavras enfermagem, pediatria, jogos e brinquedo. Dos 47 resultados obtidos, os 11 primeiros foram os escolhidos, uma vez que preenchiam todos os critérios acima listados. A partir do décimo segundo, percebeu-se que a listagem que havia sido obtida já não servia ao propósito, havendo muita dificuldade em se conseguir sujeitos que tivessem todos os pré-requisitos. Assim, decidiu-se incluir três profissionais que publicaram artigos referentes ao brinquedo na assistência da criança, selecionados a

partir da busca bibliográfica, mas que não foram encontrados na listagem Lattes. Entretanto, as mesmas preencheram os critérios anteriormente definidos para comporem a amostra, dados confirmados com o questionário aplicado aos juízes.

Deste modo, obteve-se um total de 14 sujeitos, todos do sexo feminino, que constituíram o corpo de juízes, a partir deste momento denominadas juízas.

3.4 OBTENÇÃO DAS INFORMAÇÕES

A coleta de dados constou de uma primeira parte, destinada à caracterização das juízas, seguida pela aplicação da técnica Delphi propriamente dita, que foi realizada em dois ciclos.

Um primeiro contato foi estabelecido com as 14 juízas, via mensagem eletrônica, com a finalidade de obter sua anuência. O segundo contato, também por correio eletrônico, foi feito para realizar um convite formal, com uma carta de esclarecimento sobre a pesquisa (APÊNDICE A). As juízas foram consultadas acerca de suas preferências em termos de modalidade de comunicação: por correio eletrônico ou convencional e, a seguir, solicitadas a preencherem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), dessa vez encaminhados por correio, para serem assinados e devolvidos à pesquisadora, juntamente com envelopes postados como cartas registradas, para a devolução. Uma segunda via do TCLE foi encaminhada, por e-mail, para cada juíza. Além disso, foi reforçado, às juízas, o caráter de participação espontânea e a possibilidade de se retirarem do estudo, a qualquer momento.

A coleta dos dados iniciou-se por meio de dois instrumentos, o destinado à caracterização sócio-demográfica e profissional das juízas (APÊNDICE C) e o formulário para o primeiro ciclo de Delphi (APÊNDICE D).

O formulário utilizado para o primeiro ciclo (APÊNDICE D) destinou-se à avaliação de ementas referentes a três áreas temáticas, as quais foram agrupadas em três **Quadros**. As ementas foram resultado de levantamento

bibliográfico e da própria experiência teórico-prática, tanto da pesquisadora como da orientadora da pesquisa, em termos de utilização do brinquedo e/ou brinquedo terapêutico. Pediu-se às juízas que se pronunciassem acerca de cada um dos tópicos que compunham os três quadros. Ao final de cada um, incluiu-se espaço para sugestões.

Para padronização dos enunciados das ementas, adotou-se um formato afirmativo sobre diferentes aspectos do assunto em questão. Cada ementa teve esclarecimento sucinto, com referência bibliográfica quando necessário.

Com a finalidade de as juízas expressarem sua opinião, foi adotada uma escala do tipo Likert. Esta escala é intervalar e visa medir julgamentos, opiniões e atitudes. A distância entre as posições é a mesma (Likert, 1932). As respostas sugeridas na escala são quantitativas, sendo construídas com proposições que medem as posições do mais favorável ao mais desfavorável (Marconi, Lakatos, 2006). A escala Likert permite atribuir um escore numérico com graus variados de concordância em relação aos atributos que estão sendo medidos e, assim, facilita a escolha das respostas graduadas para cada afirmação (Polit, Beck, Hungler, 2004). Geralmente, a escala apresenta cinco graus, de tal forma que um extremo corresponde ao acordo total e o outro ao desacordo total e o ponto intermediário (grau 3) representa o meio termo (Marconi, Lakatos, 2006).

Assim, a escala foi construída por cinco graus de adequação com valores decrescentes de 5 a 1 (Marconi, Lakatos, 2006), tal como segue:

- Completamente Adequado (CA): item correto, sem necessidade de qualquer tipo de acréscimo. O item é completamente pertinente.
- Adequado (A): item correto, porém cabe alguma complementação ou mudança. O item é pertinente.
- Parcialmente Adequado (PA): item que necessita de razoável correção ou reformulação para melhorar o entendimento. O item é parcialmente pertinente.
- Inadequado (I): item que necessita ser quase todo refeito.

- Completamente Inadequado (CI): item completamente inadequado. Precisa ser refeito, suprimido ou retirado, pois é completamente Inconveniente.

As três áreas temáticas, agrupadas nos 03 quadros utilizados no primeiro ciclo de Delphi foram:

- Quadro 1 - O brincar como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica. Este tema aborda o brincar na vida da criança em qualquer ambiente (casa, escola, instituição de saúde). Compreende o brinquedo normativo ou recreacional e o terapêutico, bem como a responsabilidade do enfermeiro em promovê-los junto às crianças que estão sob seus cuidados, abordando aspectos de segurança no que diz respeito à prevenção de acidentes e agravos. Baseia-se na abordagem da Associação Brasileira de Normas Técnicas-ABNT (2004); Sociedade Brasileira de Pediatria (Campos, Paes, Blank, Costa, Pfeiffer, Waksman, 2004); (Vessey, Mahon (1990). Este quadro compreendia cinco tópicos.
- Quadro 2 - O brincar terapêutico como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica. Este tema aborda o brincar terapêutico (catártico, instrucional e facilitador das funções biológicas) promovido pelo enfermeiro junto às crianças hospitalizadas. Vale-se da classificação do brincar terapêutico tal como proposto por Vessey, Mahon (1990). Este quadro compreendia seis tópicos.
- Quadro 3 - Comunicação terapêutica (Maldonado, 2008) criança-enfermeiro durante as sessões de brinquedo terapêutico (Vessey, Mahon, 1990). Este quadro compreendia 13 tópicos.

Os resultados obtidos a partir da avaliação dos tópicos em termos de sua pertinência (CA, A, PA, I e CI) foram computados e analisados estatisticamente. Vale ressaltar que, no caso de ausência de respostas, é possível fazer sua substituição pelos valores médios, desde que a ausência de resposta ocorra em menos de 20% (Afifi, Elashoff, 1966).

Solicitou-se às juízas que devolvessem este primeiro instrumento em 10 dias, prazo posteriormente visto como inadequado: as juízas necessitaram de prazo maior para administrarem esta atividade no âmbito de seu cotidiano. Assim, o retorno total deu-se cinco meses após.

As respostas emitidas pelas juízas, neste primeiro ciclo, nortearam a reformulação que originou o segundo ciclo, para o qual foi empregado o formulário apresentado no APÊNDICE E, acompanhado de uma introdução na qual se apresentava um resumo dos resultados estatísticos obtidos no primeiro ciclo, além das instruções específicas para o segundo.

O segundo ciclo teve como finalidade avaliar as ementas em relação à propriedade e clareza e não a intensidade da pertinência, como havia sido feito no primeiro. A propriedade foi definida como a correção do conteúdo e a clareza como o emprego de linguagem clara, concisa, simples e de fácil compreensão (Guimarães, 2004). Cada uma destas características foi avaliada de modo dicotômico, por meio das opções Sim ou Não.

Em termos de tempo, esse ciclo teve sete meses de duração.

O formulário do segundo ciclo foi composto pelo mesmo número de quadros usados no primeiro, mudando-se apenas sua numeração, para fins de clareza (Quadros 4, 5 e 6).

3.5 TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES

Os dados obtidos dos formulários correspondentes ao primeiro e segundo ciclos Delphi foram inseridos em um banco de dados, em Planilha Eletrônica Excel, onde se registraram todas as informações numéricas preenchidas pelas juízas.

No primeiro ciclo, avaliou-se a consistência interna do conteúdo das ementas por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach, utilizando-se o critério de $\geq 0,70$, tal como anteriormente mencionado.

No segundo ciclo, utilizou-se o Coeficiente Alfa de Cronbach para propriedade e para clareza, com critério de corte $\geq 0,70$, tal como no primeiro ciclo. Além disto, o consenso de opinião foi avaliado por meio das porcentagens, de acordo com o critério de corte de $\geq 70\%$. Os quadros, nesta segunda fase, contêm as alterações sugeridas no primeiro ciclo destacadas em sublinhado, com vistas a enfatizá-las.

Após cada rodada, ou seja, a cada ciclo da técnica Delphi, as sugestões e/ou comentários, por seu caráter qualitativo, foram agrupadas e analisadas de modo diferente. As aceitas foram incorporadas imediatamente, caso fosse considerado adequado, ou registradas e mantidas, com o fim de serem utilizadas no momento da elaboração do sítio virtual propriamente dito, etapa que ocorrerá após finalização desta pesquisa.

Para a análise estatística, utilizou-se o programa Stata versão 10 em ambiente Windows.

Finalmente, ao término do segundo ciclo, foram elaboradas as ementas dos conteúdos que serão desenvolvidos por ocasião da elaboração do sítio virtual propriamente dito.

Como última etapa, uma carta de agradecimento e de fechamento dos resultados foi enviada às juízas, por sua valiosa colaboração (APÊNDICE F).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto do presente estudo foi analisado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 25/11/2008 e aprovado sob nº 786/2008/CEP-EEUSP (ANEXO A), atendendo às questões éticas e legais exigidas pela Resolução nº 196/96 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

“O brincar é algo tão espontâneo, tão natural, tão próprio da criança, que não haveria como entender sua vida sem brinquedos”

Vital Didonet

4 RESULTADOS

Os resultados obtidos são apresentados em duas partes: a primeira referente à caracterização sócio-demográfica e profissional das juízas (4.1) e a segunda referente aos resultados propriamente ditos, obtidos nos dois ciclos de Delphi aplicados (4.2).

4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DAS JUÍZAS

A caracterização sócio-demográfica e profissional foi obtida em relação a doze juízas pois, das quatorze selecionadas, uma não respondeu ao convite e uma abandonou a participação no início do estudo. A caracterização sócio-demográfica e profissional das juízas compreendeu os seguintes tópicos, apresentados nas tabelas 1 e 2 e comentados após:

- Identificação - sexo, idade da juíza, localização da residência e da atuação profissional atual (cidade e Estado). Para a idade, escolheu-se os intervalos de 35 anos completos a 40, 40 anos completos a 45; 45 anos completos a 50; 50 anos completos a 55 e 55 anos completos a 60 anos;
- Tipo de instituição de ensino superior em que foi realizada a graduação - instituição de ensino superior pública ou privada;
- Tempo decorrido desde o término do curso de graduação - menos de 5 anos, de 5 anos completos a 10; de 10 anos completos a 15; de 15 anos completos a 20; e mais de 20 anos;
- Título de maior qualificação profissional após a graduação - doutorado, mestrado, especialização, habilitação e outros;
- Área de conhecimento onde foi realizada a pós-graduação;
- Tipo de instituição de trabalho - instituição de ensino superior, hospital, empresa, outra;
- Área de atuação atual e de experiência profissional - ensino, pesquisa e assistência;

- Tempo de experiência teórico-prática com a utilização do brinquedo e/ou brinquedo terapêutico - menos de 5 anos, de 5 anos completos a 10 anos, de 10 anos completos a 15 anos, de 15 anos completos a 20, de 20 anos completos a 25, de 25 anos completos a 30 anos e de 30 anos completos a 35 anos;
- Local de maior experiência com o brinquedo e/ou brinquedo terapêutico - hospital, instituição de ensino superior, hospital e instituição de ensino superior, unidade básica de saúde e outros.

Para apresentação das tabelas a opção foi por acentuar, em negrito, os resultados mais frequentes. Também para os comentários, a preferência foi por sempre iniciar pelos resultados frequentes.

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica e profissional das juízas. São Paulo - 2009/2010

Características	nº	%
Sexo		
F	12	100,0
M	0	0,0
Total	12	100,0
Idade (anos)		
35-40	03	25,0
40-45	02	16,7
45-50	02	16,7
50-55	04	33,3
55-60	01	8,3
Total	12	100,0
Local de residência e de atuação profissional atual (Estado)		
Ceará	01	8,3
Mato Grosso	01	8,3
Paraíba	01	8,3
Paraná	01	8,3
São Paulo	08	66,8
Total	12	100,0
Tipo de instituição de ensino superior em que realizou a graduação de enfermagem		
Pública	09	75,0

continua

continuação

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica e profissional das juízas. São Paulo - 2009/2010

Privada	03	25,0
Total	12	100,0
Tempo decorrido desde o término do curso de Graduação (anos)		
0 - 5	0	0,0
5 - 10	0	0,0
10 - 15	02	16,7
15 - 20	02	16,7
Mais de 20 anos	08	66,6
Total	12	100,0
Título da maior qualificação profissional após a graduação		
Doutorado	11	91,6
Mestrado	01	8,4
Especialização	0	0,0
Habilitação	0	0,0
Outros	0	0,0
Total	12	100,0
Área de conhecimento em que foi realizada a Pós-graduação		
Enfermagem Pediátrica	11	91,6
Psicologia	01	8,4
Total	12	100,0
Tipo de instituição de trabalho		
Instituição de Ensino Superior	09	75,0
Hospital	0	0,0
Instituição de Ensino Superior e Hospital	03	25,0
Empresa	0	0,0
Outra	0	0,0
Total	12	*100,0
Área de atuação atual e experiência profissional		
Ensino	02	16,7
Ensino e Pesquisa	08	66,7
Ensino e Assistência	01	8,3
Ensino, Pesquisa e Assistência	01	8,3
Total	12	*100,0

*Ajustado para 100%.

conclusão

Em relação às características **sexo e idade**, conforme demonstrado na **Tabela 1**, constata-se que o grupo de juízas foi formado exclusivamente pelo sexo feminino (100%). Suas idades variaram de 35 a 60 anos

incompletas, sendo que três (25%) juízas tinham de 35 anos completos a 40 anos; duas juízas (16,7%), de 40 anos completos a 45 anos; duas (16,7%) tinham de 45 anos completos a 50 anos. Entretanto, o maior número de juízas, quatro (33,3%), se enquadraram nas idades de 50 anos completos a 55 anos. Uma (8,3%) juíza tinha entre 55 anos completos a 60 anos.

Verifica-se que o maior número de juízas **residia e trabalhava** no estado de São Paulo, oito (66,8%) e que havia, também, uma (8,3%) juíza em cada um dos estados de Ceará, Mato Grosso, Paraíba e Paraná.

No que diz respeito ao **tipo de instituição de ensino superior** em que as juízas realizaram a graduação de enfermagem, nove (75%) eram formadas em instituições públicas e três (25%) em instituições privadas.

Quanto ao **tempo de formação**, a maior parte das juízas, oito (66,6%), se formou há mais de 20 anos. Além disto, duas tinham entre 10 anos completos e 15 de graduação e duas (16,7%) de 15 anos completos a 20.

No que tange ao **título de maior qualificação profissional** após a graduação de enfermagem, observa-se 11 (91,6%) juízas com título de Doutoradas e uma (8,4%) com título de Mestre.

Em relação à **área de conhecimento em que foi realizada a pós-graduação**, constata-se que 11 (91,6%) juízas a realizaram na área de Enfermagem Pediátrica e uma (8,3%) na de Psicologia.

Em termos de **tipo de instituição de trabalho**, nove (75%) juízas trabalhavam exclusivamente em instituição de ensino superior e três (25%) juízas se encontravam trabalhando em instituição de ensino superior e em hospital. Nenhuma juíza se encontrava trabalhando exclusivamente em hospital ou algum outro serviço de assistência.

No que concerne à **área de atuação e experiência profissional** das juízas, a predominância é em ensino e em pesquisa, realizada por oito (66,7%) delas. Duas (16,7%) atuavam somente no ensino. Quanto às outras duas, uma (8,3%) atuava em ensino e pesquisa e uma (8,3%) nas três áreas.

No que diz respeito ao tempo e local de experiência teórico-prático das juízas com a utilização do brinquedo e/ou brinquedo terapêutico, as informações estão apresentadas na **Tabela 2**.

Tabela 2. Tempo e local de experiência teórico-prático das juízas com a utilização de brinquedo e/ou brinquedo terapêutico. São Paulo - 2009/2010

Tempo de experiência teórico-prática com a utilização do brinquedo e/ou brinquedo terapêutico (anos)	Número Absoluto (n)	Número relativo (%)
0 - 5	01	8,3
5 - 10	06	50,0
10 - 15	02	16,8
15 - 20	01	8,3
20 - 25	01	8,3
25 - 30	0	0,0
30 - 35	01	8,3
Total	12	*100,0
Local de maior experiência com brinquedo e/ou brinquedo terapêutico		
Hospital	04	33,3
Instituição de Ensino Superior	04	33,3
Hospital e Instituição de Ensino Superior	02	16,6
Unidade Básica de Saúde	01	8,4
Outros	01	8,4
Total	12	100,0

*Ajustado para 100%.

No que tange ao **tempo de experiência teórico-prático com a utilização do brinquedo e/ou brinquedo terapêutico**, constata-se que o tempo de experiência das juízas foi variado. Uma juíza (8,3%) o utilizava de 0 a 5 anos incompletos. O maior tempo de utilização foi de 5 anos completos a 10 anos, assinalado por seis juízas. Duas juízas (16,8%) o faziam de dez anos completos a quinze. Uma (8,3%) o utilizava há menos de quinze anos completos a 15 anos. Outra juíza (8,3%) o utilizava entre vinte anos completos a vinte e cinco anos e uma outra (8,3%), de 30 anos completos a 35 anos.

Verifica-se que os **locais de maior utilização do brinquedo e/ou brinquedo terapêutico** foram tanto o hospital quanto a instituição de ensino superior, com a mesma frequência de quatro (33,3%) para ambos. Duas juízas (16,6%) empregavam o brincar tanto em hospital quanto em

instituição de ensino superior. Também se observa a utilização do recurso em questão tanto em unidade básica de saúde, uma (8,4%), quanto em creche, uma (8,4%).

4.2 CICLOS DELPHI

4.2.1 Primeiro Ciclo

Tal como apresentado no capítulo anterior, as três temáticas exploradas nos formulários destinados à obtenção dos pareceres das juízas foram organizadas cada uma em um quadro. Assim, a área “o brincar como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica” foi composta por cinco tópicos e é apresentada no **Quadro 1**. A área temática “o brincar terapêutico como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica” foi composta por seis tópicos e é apresentada no **Quadro 2** e, finalmente, a área “comunicação terapêutica criança-enfermeiro durante as sessões de brinquedo terapêutico”, composta por treze tópicos, é apresentada no **Quadro 3**.

Vale assinalar que os três quadros apresentados nesta seção (**Quadros 1, 2 e 3**) reproduzem exatamente o conteúdo enviado para as juízas, exceto pelo fato de que se acrescentou uma coluna a cada um deles, com a finalidade de expor os resultados dos testes estatísticos. Além disto, foram acrescentadas as informações referentes ao local e data de coleta das informações, motivo pelo qual, em cada gráfico, foi acrescentada a informação “São Paulo - 2009 - 2010”.

Os **Quadros 1, 2 e 3**, com seus respectivos tópicos e os resultados dos testes estatísticos (Alpha de Cronbach), são apresentados a seguir:

Quadro 1 - O brincar como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica. Este tema aborda o brincar na vida da criança em qualquer ambiente (casa, escola, instituição de saúde). Compreende o brinquedo normativo ou recreacional e o terapêutico, bem como a responsabilidade do enfermeiro em promovê-los junto às crianças que estão sob seus cuidados, abordando aspectos de segurança no que diz respeito à prevenção de acidentes e agravos. Baseia-se na abordagem da Associação Brasileira de Normas Técnicas-ABNT (2004); Sociedade Brasileira de Pediatria (Campos, Paes, Blank, Costa, Pfeiffer, Waksman, 2004); (Vessey, Mahon (1990). São Paulo - 2009/2010

Item	Assuntos	Alpha de Cronbach
1.1	O brincar normativo ou recreacional e o brincar terapêutico na vida das crianças de 0 a 10 anos de idade. O brincar normativo ou recreacional encoraja a participação e engajamento da criança em grupo, em qualquer situação, oferecendo-lhe prazer por meio de atividades espontâneas. O brincar terapêutico auxilia a criança a compreender situações e introjetar papéis, trabalhando seus medos e/ou insegurança frente às situações potencialmente estressantes, tais como procedimentos invasivos e dolorosos, enfrentamento de ambientes e rotinas novas, entre outros.	0,96
1.2	O brincar como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica a fim de promover o desenvolvimento infantil, bem como a comunicação entre a criança e a equipe de enfermagem.	0,96
1.3	Brinquedotecas hospitalares: definição e importância. Estes espaços lúdicos tem como objetivo promover o desenvolvimento físico, intelectual e social das crianças internadas, auxiliando-as na sua recuperação por meio da brincadeira livre e dirigida. Legislação brasileira.	0,96
1.4	Riscos/acidentes em brincadeiras: aspiração de objetos, intoxicação por ingesta e por contato, ferimentos, quedas, reações alérgicas, riscos microbiológicos, etc. Recomendações gerais frente a cada um deles (normas da ABNT, da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Mercosul). Responsabilidade dos profissionais de enfermagem frente à temática.	0,96
1.5	Inclusão do brincar na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com vistas a zelar pelo brincar da criança durante a internação.	0,96

Vale ressaltar que, na circunstância das juízas não terem emitido avaliação em algum tópico, o que ocorreu em menos de 2%, os espaços foram substituídos por valores médios. Sabe-se que isto é possível quando a ausência de resposta é de menos de 20% (Afifi, Elashoff, 1966).

Como apresentado no **Quadro 1**, observa-se que cada um dos tópicos superou o Alpha mínimo eleito para esta pesquisa ($\geq 0,70$).

No que diz respeito às sugestões e comentários emitidos pelas juízas, procedeu-se do seguinte modo: primeiramente, foi identificado a qual item cada comentário ou sugestão pertencia. Após, cada um foi analisado e as sugestões foram incorporadas às ementas propostas.

Apenas duas sugestões não foram aceitas. A primeira, a sugestão na qual a juíza orientava não se abordar os aspectos da segurança do brinquedo considerados polêmicos como, por exemplo, risco de contato e desinfecção do material de brincar. A opção por manter a proposta decorreu da percepção de que o tema gera dúvidas que não podem ser desconsideradas. Além disto, todas as outras juízas aceitaram e consideraram importante a inclusão do tema.

A segunda sugestão não aceita consistiu da recomendação de incorporar outros referenciais de uso do brinquedo e/ou brinquedo terapêutico. A não aceitação foi gerada pela avaliação de que os referenciais utilizados no presente estudo respondem adequadamente às necessidades de cuidado às crianças. Além disto, tal como a sugestão anterior, esta foi trazida por apenas uma das juízas.

Convém destacar também que, por sugestão de uma das juízas, o item de número 1.5, relacionado à inclusão do brincar na sistematização da assistência de enfermagem durante a internação hospitalar, foi acoplado ao item 1.2, que também previa o brincar como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica. No caso deste último, o enfoque era promover o desenvolvimento infantil, bem como a comunicação entre a criança e a equipe de enfermagem. Por se complementarem na sistematização do cuidado à criança utilizando o brincar, foram fundidos em um só.

A seguir, são apresentadas todas as sugestões apontadas pelas juízas, de acordo ao item, organizadas em colunas com as respectivas ações tomadas pela pesquisadora:

Item	Sugestões	Ações
1.1	<i>Desmembrar a faixa etária de 0-10 anos, tanto para o brincar recreativo, quanto para o terapêutico, a fim de melhor considerar as especificidades de cada faixa;</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
	<i>Considerar o brinquedo recreativo desde a fase de lactente, mas o BT a partir da idade pré-escolar;</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
	<i>Manter apenas a expressão “brincar recreacional” ao invés de “brinquedo normativo”. A justificativa da juíza foi de que, apesar de ser conceitualmente correto, não é de uso comum em nossa linguagem, podendo ser facilmente confundido;</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
	<i>Acrescentar que o brinquedo recreacional também pode ser aplicado a grupo de crianças e junto com familiar, de acordo com o propósito do enfermeiro;</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
	<i>Abordar o conceito de brincar e explicar as funções do brinquedo. A justificativa é que o brincar em si é potencialmente uma atividade terapêutica para a criança;</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
1.2	<i>Manter os termos Brinquedo Terapêutico ou brincadeira terapêutica. A justificativa é que os termos, principalmente o primeiro, são consagrados na literatura nacional sobre a temática;</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
	<i>Incluir aspectos de desenvolvimento. A justificativa é que o brinquedo está intimamente ligado ao desenvolvimento, ou seja, para cada etapa são indicados determinados tipos/modalidades;</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
	<i>Acrescentar que o direito de brincar deve ser garantido.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa

1.3	<i>Definir o que é brinquedoteca hospitalar;</i>

<i>Acrescentar que a brinquedoteca é um espaço apropriado para a brincadeira e não para tratamentos.</i> | Esta sugestão foi incorporada à ementa

Esta sugestão foi incorporada à ementa |
| 1.4 | <i>Acrescentar que a equipe multidisciplinar deve garantir a co-responsabilidade do familiar. A justificativa é que a participação da família neste processo, torna a criança mais confiante e segura no enfrentamento da hospitalização.</i> | Esta sugestão foi incorporada à ementa |

Além das sugestões apontadas pelas juízas no conteúdo das ementas, ressalta-se que também houve uma observação de caráter geral, que foi utilizada nos três **Quadros**: a sugestão de mudar a palavra “Assuntos” por “Temas”, tendo-se colocado esta palavra em itálico no título de cada quadro.

Finalmente, modificou-se o título de cada quadro. A idéia inicial da primeira etapa foi a de apresentar títulos mais descritivos e, portanto, mais longos. A partir do momento que as áreas temáticas estavam bem caracterizadas, os títulos puderam ser apresentados de modo resumido, o que se fez ao término deste primeiro ciclo. Este mesmo procedimento foi aplicado aos **Quadros 2 e 3**.

A seguir, se apresenta o **Quadro 2** com seis itens, cujo conteúdo se relaciona com o brincar terapêutico como estratégia de enfermagem pediátrica.

Quadro 2- O brincar terapêutico como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica. Este tema aborda o brincar terapêutico (catártico, instrucional e facilitador das funções biológicas) promovido pelo enfermeiro junto às crianças hospitalizadas. Vale-se da classificação do brincar terapêutico, tal como proposta por Vessey, Mahon (1990). São Paulo - 2009/2010

Item	Assuntos	Alpha de Cronbach
2.1	O brincar terapêutico em situações de dor, medo, restrições, procedimentos, rotinas incomuns. Atividade planejada que possibilita à criança projetar seus sentimentos, fazendo-a reviver situações que a preocupam, assim como aprender e compreender, utilizando suportes adequados.	0,96
2.2	Tipos de brincar terapêutico: dramático ou catártico, instrucional e facilitador das funções biológicas. São utilizados de forma individualizada, segundo a idade e as necessidades das crianças.	0,96
2.3	O brincar dramático ou catártico: modalidade que possibilita tanto a descarga emocional dos sentimentos ansiogênicos gerados pelas experiências amedrontadoras quanto o domínio sobre situações emocionalmente prejudiciais. Promove a autoterapia por ajudar a aliviar ou resolver temporariamente os conflitos.	0,96
2.4	O brincar instrucional: modalidade que possibilita orientar a criança a respeito de procedimentos, eventos, mudanças na imagem corporal e/ou limitações fisiológicas. Utiliza linguagem compatível à idade e o nível de compreensão da criança para estimular sua autoconfiança e seu senso de segurança.	0,96
2.5	O brincar facilitador das funções biológicas: modalidade que consiste em adaptar as atividades para manter e melhorar a saúde física da criança. A escolha das atividades reforça e possibilita maior participação da criança no autocuidado e a capacita em termos fisiológicos.	0,96
2.6	Inclusão do brincar terapêutico na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): possibilita ao enfermeiro assistir a criança de forma individualizada, em termos de diagnóstico, intervenção e avaliação de forma mais efetiva.	0,96

Os itens deste **Quadro**, tal como o anterior, alcançaram coeficientes de concordância Alpha maiores do que o valor de corte ($\geq 0,70$).

Os seis itens que compõem o **Quadro 2** foram analisados e modificados segundo sugestões das juízas. Vale ressaltar que, todas as sugestões foram acatadas e não houve aumento nem diminuição de nenhum item. A seguir, são apresentadas as sugestões em forma de colunas para melhor visualização das mesmas:

Item	Sugestões	Ações
2.1	<i>Substituir a palavra projetar por expressar.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
	<i>Explorar o conceito de brinquedo terapêutico e seu objetivo.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
2.2	<i>Acrescentar que o brinquedo instrucional se dá por meio de atividade lúdica com adaptações das atividades segundo as necessidades da criança;</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
	<i>Incluir a aplicação do brinquedo terapêutico também em grupo de crianças, até mesmo junto com familiar, de acordo com o propósito da atividade e da meta do enfermeiro.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
2.3	<i>Esclarecer que o brincar dramático promove autoterapia ao ajudar a resolver situações ansiogênicas, de modo temporário ou permanente, a depender da causa da ansiedade.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
2.4	<i>Substituir a palavra orientar pela palavra explicar em relação ao procedimento a que será submetido.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
2.5	<i>Substituir a expressão “brincar facilitador das funções biológicas” pela expressão “brincar facilitador das funções fisiológicas”. A justificativa é que o fisiológico é mais amplo do que o primeiro termo, incorporando processos estruturais e dinâmicos.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
2.6	<i>Adicionar à ação de eficácia, a idéia de que tal deve ser feito de acordo com as necessidades e etapa de desenvolvimento da criança.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa

O **Quadro 3**, abaixo apresentado, mostra os treze itens propostos e ajuizados. Houve poucas sugestões, não havendo mudança no número de itens.

Quadro 3- Comunicação terapêutica (Maldonado, 2008) criança-enfermeiro, durante as sessões de brinquedo terapêutico (Vessey, Mahon, 1990). São Paulo - 2009/2010

Item	Assuntos	Alpha de Cronbach
3.1	Conceito de comunicação: processo que envolve o emissor, o receptor e a mensagem, concatenados para compreender, compartilhar as mensagens enviadas e recebidas, exercendo influencia no comportamento das pessoas nele envolvidas, a curto, médio ou longo prazo.	0,96
3.2	Formas de comunicação: verbal e não verbal. A verbal consiste no uso da linguagem escrita e falada para expressar idéias e partilhar experiências com outras pessoas. A comunicação não verbal consiste no uso de expressões faciais, corporais e fisiológicas. É a mais utilizada.	0,96
3.3	Importância da comunicação entre a criança e o adulto: possibilita compreensão das necessidades da criança pelo profissional.	0,96
3.4	Comunicação terapêutica: processo no qual o foco é a pessoa que está sendo cuidada (no caso a criança), a fim de que seja compreendida nos seus sentimentos e emoções.	0,96
3.5	Técnicas de comunicação terapêuticas como facilitadoras da comunicação: reflexão de sentimentos, auto-expressão, confrontoamento, estabelecimento de limites, redução de impasses e conflitos, distribuição do poder, resolução de conflitos, orientação antecipatória e aprendizagem da confiança.	0,96
3.6	Reflexão de sentimentos: consiste em dizer explicitamente, ao outro, os sentimentos subjacentes captados nas mensagens que são enviadas. Possibilita entrar em sintonia com o mundo interior da pessoa e transmitir aceitação e compreensão. Principal forma facilitadora de comunicação e da qual dependem todas as outras.	0,95

continua

continuação

Quadro 3- Comunicação terapêutica (Maldonado, 2008) criança-enfermeiro, durante as sessões de brinquedo terapêutico (Vessey, Mahon, 1990). São Paulo - 2009/2010

3.7	Auto expressão: consiste em expressar de forma clara, ao outro, os próprios sentimentos. Possibilita ampliar o autoconhecimento.	0,96
3.8	Confronto: consiste na aprendizagem de enfrentar as consequências que certas atitudes provocam no outro, acentuando os efeitos da aprendizagem social, substituindo mensagens de crítica, ameaça ou julgamento por outras de autêntica compreensão do ponto de vista alheio.	0,95
3.9	Estabelecimento de limites: consiste em ensinar a criança, por meio de enunciados firmes e claros, o que é permitido ou proibido para protegê-la ou proporcionar segurança.	0,95
3.10	Redução dos impasses e conflitos: consiste em direcionar a atenção da criança com vistas a oferecer-lhe alternativas de comportamento mais adequadas em termos de desenvolvimento psicológico e social. Possibilita à criança desenvolver seu potencial e reduz a frequência de condutas inaceitáveis, ampliando e enriquecendo suas experiências.	0,95
3.11	Distribuição do poder: consiste na resolução conjunta de conflitos, possibilitando o desenvolvimento de responsabilidade e equidade.	0,95
3.12	Orientação antecipatória: consiste em preparar a criança para acontecimentos importantes, por meio da orientação de situações futuras que terá que enfrentar, conduzindo-a a reduzir a insegurança, a ansiedade e o medo do desconhecido, e para facilitar a ativação dos processos adaptativos da personalidade.	0,96
3.13	Reasseguramento da aprendizagem da confiança: consiste no alívio da ansiedade, dos temores ou das dúvidas, seja pela falta ou distorção de informações ou pela presença de sentimentos de tristeza, culpa, auto depreciação e insegurança, para ajudar a criança lidar com vivências intensas e assustadoras.	0,96

conclusão

As observações efetuadas no **Quadro 3** evidenciam que os coeficientes do Alpha de Cronbach superaram o valor de corte, tal como nos tópicos dos **Quadros 1** e **2**. O maior valor foi de 0,96 e o menor foi de 0,95.

Novamente, as sugestões apontadas pelas juízas são apresentadas, à seguir, em forma de colunas para facilitar a leitura de cada uma delas, com suas respectivas ações realizadas pela pesquisadora:

Item	Sugestões	Ações
3.2	<i>Acrescentar a comunicação tacésica, a que se dá por meio do toque;</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
	<i>Introduzir o conceito de comunicação simbólica. A justificativa é que este tipo de comunicação se encontra no contexto da comunicação verbal e não verbal.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
3.3	<i>Acrescentar sentimentos, além das necessidades;</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
	<i>Incrementar que a comunicação possibilita à criança compreender o profissional. A justificativa é que por meio da linguagem do brincar, também a criança pode entender o adulto.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
3.5	<i>Esclarecer que as técnicas de comunicação terapêutica são usadas, quando cabíveis.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
3.6	<i>Colocar o termo se cabível quando se trata de reflexão de sentimentos.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa

Em relação ao **Quadro 3**, foi solicitado esclarecer alguns conceitos, com exemplos, para deixar mais claras as ementas, o que foi realizado. Assim, foram acrescentados exemplos aos itens: utilização do BT e às diferentes estratégias utilizadas na comunicação terapêutica, reflexão, autoexpressão, confronto, estabelecimento de limites, redução dos impasses e conflitos e distribuição do poder, orientação antecipatória e reassseguramento da aprendizagem da confiança. No entanto, vale ressaltar que os exemplos foram incorporados às ementas, mas tem-se clareza de

que, no momento da elaboração do sítio virtual propriamente dito, eles farão parte do conteúdo e não das ementas.

Outra modificação realizada nos três **Quadros**, apesar de não ter sido sugerida, foi a modificação do título da coluna das ementas propriamente ditas para “Ementa dos temas a serem desenvolvidos no site”, por ter sido observado que não havia ficado claro, para as juízas, que os tópicos arrolados eram ementas de temas que serão desenvolvidos por ocasião da elaboração do site propriamente dito.

Ressalta-se que, o coeficiente de Cronbach obtido nesse ciclo para os três domínios temáticos já apontava para o encerramento da consulta às juízas. No entanto, decidiu-se pela realização de um segundo ciclo, pois havia disponibilidade de tempo para tal e seria uma excelente oportunidade de se dialogar com as juízas, inclusive valorizando o trabalho realizado na primeira etapa.

4.2.2 Segundo Ciclo

No segundo Ciclo, as modificações realizadas nos **Quadros 1, 2, e 3**, correspondentes aos resultados do I Ciclo Delphi, foram encaminhadas em carta (APÊNDICE E), a qual continha as orientações necessárias para preenchimento do instrumento correspondente ao segundo ciclo Delphi. Para facilitar a análise das juízas, as alterações e modificações deste Ciclo foram escritas em cor vermelha, para diferenciá-lo do primeiro. Entretanto, para apresentação, neste estudo, essa cor foi substituída por sublinhado por ocasião de fins didáticos.

No segundo formulário, a opção foi por solicitar o julgamento das ementas quanto à propriedade ou à clareza, tal como apresentado no capítulo anterior, e também sugestões.

A seguir, apresenta-se os resultados dos **Quadros 4, 5 e 6**. O coeficiente de Alfa de Cronbach foi aplicado para a propriedade e para a clareza, com resultados de 0,90 e 0,91, respectivamente para os três **Quadros** juntos. Tal como no primeiro ciclo, considerou-se $\geq 0,70$ como o critério de corte (Nunnally, 1978).

Entretanto, como não foi possível medir o efeito de eliminação de cada quesito, por se obterem dados muito homogêneos, foi medida a porcentagem de concordância em cada um deles, atingido-se valores muito altos, todos acima de 70%.

As porcentagens para os critérios propriedade e clareza são apresentadas nos três **Quadros**, ao lado de cada item. Como houve alterações em relação ao quadro original, estão assinaladas com sublinhado, com vistas a enfatizá-las.

Quadro 4- O brincar como estratégia de cuidado na enfermagem pediátrica. São Paulo - 2009/2010

Item	<i>Ementa dos temas a serem desenvolvidos no site</i>	Propriedade (%)	Clareza (%)
4.1	<u>Conceito de brincar. Funções do brinquedo. O brinquedo recreacional na vida das crianças de 0 a 10 anos. O brinquedo recreacional provê à criança socialização e prazer, por meio de atividades individuais ou em grupo.</u>	100,0	91,7
4.2	O brincar como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica a fim de promover o desenvolvimento infantil, bem como a comunicação entre a criança e a equipe de enfermagem. Inclusão do brincar na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): permite <u>garantir</u> o brincar da criança durante a internação.	100,0	91,7
4.3	<u>Definição de brinquedoteca hospitalar.</u> Estes espaços lúdicos tem como objetivo promover o desenvolvimento físico, intelectual e social das crianças internadas, auxiliando-as na sua recuperação por meio da brincadeira livre e dirigida. Legislação brasileira.	91,7	83,3

continua

continuação

Quadro 4- O brincar como estratégia de cuidado na enfermagem pediátrica. São Paulo - 2009/2010

4.4	Riscos/acidentes em brincadeiras: aspiração de objetos, intoxicação por ingestão e contato, ferimentos, quedas, reações alérgicas, riscos microbiológicos, etc. <u>Influência de cada etapa do desenvolvimento. Recomendações frente a cada um deles (normas da ABNT, da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Mercosul). Responsabilidade da equipe de enfermagem e de saúde em geral no que diz respeito à prevenção destes danos. Co-responsabilidade dos familiares, após orientação da equipe de enfermagem e de saúde, acerca da prevenção destes danos.</u>	100,0	83,3
-----	---	-------	------

conclusão

No que concerne à propriedade, os resultados evidenciam 100% de concordância para os quatro itens, exceto o de número 4.3, com 91,7%. Para efeito de maior clareza, aponta-se os valores que variaram de 83,3% a 91,7%, bastante acima dos 70% estipulados previamente como critério de corte. Nenhuma das sugestões foi no sentido de alterar o número de tópicos, mantido em quatro.

Todas as sugestões feitas pelas juízas no segundo ciclo foram consideradas pertinentes e são descritas à seguir, da mesma forma que as sugestões anteriores:

Item	Sugestões	Ações
4.1	<i>Ampliar a idade das crianças para 12 anos para utilização do brinquedo e/ou brinquedo terapêutico. A justificativa é que a adolescência se inicia aos 12 anos</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
	<i>Frisar o direito de a criança brincar, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente e da Internacional Play Association.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa

- 4.3 *Frisar que a brinquedoteca, no âmbito hospitalar, colabora para o desenvolvimento físico, intelectual e social da criança;* Esta sugestão foi incorporada à ementa
- Frisar a importância da brincadeira na Política Nacional de Humanização.* Esta sugestão foi incorporada à ementa
- 4.4 *Substituir riscos e acidentes na brincadeira por segurança na brincadeira.* Esta sugestão foi incorporada à ementa

O mesmo procedimento, ou seja, as alterações em relação ao quadro original estão assinaladas com sublinhado, nos **Quadros 5 e 6**, com vistas a enfatizá-las.

Quadro 5- O brincar terapêutico como estratégia de cuidado na enfermagem pediátrica. São Paulo -2009/2010

Item	<i>Ementa dos temas a serem desenvolvidos no site</i>	Propriedade (%)	Clareza (%)
5.1	<u>Conceito e objetivos de brinquedo terapêutico. O brinquedo terapêutico na vida do pré-escolar e do escolar. O terapêutico auxilia a criança a lidar com situações ansiogênicas, tais como o desconhecido, o temor de mutilação e de perda de controle, as quais são comuns em assistência à saúde. Brinquedo terapêutico em situações de dor, medo, restrições, procedimentos, rotinas incomuns. Atividade lúdica planejada que possibilita à criança expressar seus sentimentos fazendo-a reviver situações que a preocupam, assim como aprender e compreender, utilizando suportes adequados.</u>	100,0	100,0

continua

continuação

Quadro 5- O brincar terapêutico como estratégia de cuidado na enfermagem pediátrica. São Paulo -2009/2010

5.2	Tipos de brinquedo terapêutico: dramático ou catártico, instrucional e facilitador das funções fisiológicas. A modalidade <u>(ou as modalidades, pois a criança pode necessitar de mais de uma) é (são) proposta(s) segundo idade e necessidades das crianças (por exemplo: uma doença, uma limitação motora ou sensorial). O brinquedo terapêutico pode ser utilizado de forma individualizada ou em grupo e ainda com participação ou não de familiar(es).</u>	100,0	91,7
5.3	O brinquedo dramático ou catártico: modalidade que possibilita tanto a descarga emocional dos sentimentos ansiogênicos gerados pelas experiências amedrontadoras quanto o domínio sobre situações emocionalmente prejudiciais. Promove a <u>resolução temporária ou definitiva</u> de tais situações.	100,0	83,3
5.4	O brinquedo instrucional: modalidade que possibilita <u>explicar</u> , à criança, a respeito de procedimentos, eventos, mudanças na imagem corporal e/ou limitações fisiológicas. Utiliza linguagem compatível com a idade e nível de compreensão da criança, a fim de estimular sua autoconfiança e senso de segurança.	100,0	100,0

continua

continuação**Quadro 5-** O brincar terapêutico como estratégia de cuidado na enfermagem pediátrica. São Paulo -2009/2010

5.5	O brinquedo facilitador das funções <u>fisiológicas</u> : modalidade que consiste em adaptar atividades para manter e melhorar a saúde física da criança. A escolha das atividades reforça e possibilita maior participação da criança no autocuidado e a capacita em termos fisiológicos.	100,0	83,3
5.6	Inclusão do brinquedo terapêutico na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): possibilita ao enfermeiro assistir a criança, com <u>eficácia</u> , de acordo com suas necessidades <u>e etapa de desenvolvimento</u> .	100,0	100,0

conclusão

Neste **Quadro 5**, observa-se 100% de concordância para todos os seis tópicos relativos à propriedade. O critério clareza aponta valores de 83,3% a 100% de concordância, este último para três tópicos. Assim, a concordância em relação à propriedade e clareza de todas as ementas aponta valores acima dos 70% de corte estipulados previamente. Apesar das sugestões e modificações, este **Quadro** se manteve com os seis itens inicialmente propostos.

As sugestões apontadas pelas juízas para cada item, referentes ao **Quadro 5**, inclusive as ações executadas pela pesquisadora, são apresentadas, à seguir, em forma de colunas para melhor visualização:

Item	Sugestões	Ações
5.3	Excluir a frase: <i>Promove a resolução temporária ou definitiva de tais situações. A justificativa é da possibilidade de confundir com as proposições da ludoterapia;</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa

	Acrescentar que o <i>brinquedo dramático favorece a possibilidade do adulto, no caso o enfermeiro, aproximar-se e/ou estabelecer contato próximo com a criança, permitindo-lhe compreender o significado de suas vivências.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
5.5	<i>Acrescentar o adjetivo “lúdicas” no que tange às atividades para manter e melhorar a saúde física da criança.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
5.6	<i>Anteceder a palavra maior à palavra eficácia.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa
	<i>Incluir a questão da competência legal do enfermeiro para uso do brinquedo terapêutico.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa

Além das sugestões acima referidas, duas outras foram apresentadas. A primeira dizia respeito às *crianças terem oportunidade de conversar pela internet, tal como a atividade desenvolvida pelo projeto “Pediatria em rede”* (Sewo, Ribeiro, Vieira, 2008). Neste caso, o *chat* possibilitaria às crianças hospitalizadas, de diferentes áreas geográficas, conversarem em tempo real a respeito de suas vivências em hospital. Esta sugestão não foi incorporada por ser incompatível com a proposta do sítio, destinado a profissionais de enfermagem, podendo, no entanto, ser utilizada no conteúdo do sítio virtual como sugestão aos profissionais para melhor cuidarem das crianças hospitalizadas. A outra sugestão foi a de incluir imagens e filmes ao site em questão, o que é cabível e será levado em consideração por ocasião de sua elaboração.

No **Quadro 6**, apresentado a seguir, verifica-se que as porcentagens de concordância para o critério de propriedade alcançam os valores de 91,7% a 100%. Para o critério de clareza, oscilam entre 83,3% e 100%.

Quadro 6- Comunicação terapêutica. São Paulo - 2009/2010

Item	<i>Ementa dos temas a serem desenvolvidos no site</i>	Propriedade (%)	Clareza (%)
6.1	Conceito de comunicação: processo que envolve o emissor, o receptor e a mensagem, concatenados para compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, exercendo influencia no comportamento das pessoas nele envolvidas, a curto, médio ou longo prazo.	100,0	100,0
6.2	Formas de comunicação: verbal, não verbal (<u>cinésica, proxêmica, tacêsica, paralinguagem</u>). A verbal consiste no uso da linguagem escrita e falada para expressar idéias e partilhar experiências com outras pessoas. A comunicação não verbal consiste no uso de expressões faciais, corporais e fisiológicas. É a mais utilizada, <u>especialmente com crianças menores (lactente, pré-escolar) que ainda não dominam a verbal.</u>	91,7	91,7
6.3	Importância da comunicação entre a criança e o adulto: possibilita a este compreender <u>necessidades, sentimentos e conceitos</u> da criança. <u>Por outro lado, também possibilita à criança compreender o adulto, no que diz respeito a suas intenções de cuidado. O brinquedo enquanto comunicação simbólica.</u>	100,0	91,7

continua

continuação

Quadro 6- Comunicação terapêutica. São Paulo - 2009/2010

6.4	Comunicação terapêutica: processo no qual o foco é a pessoa que está sendo cuidada (no caso a criança) a fim de que seja compreendida nos seus sentimentos e emoções. O cuidador interpreta a linguagem verbal e não verbal, bem como se vale de técnicas com vistas a potencializar o fortalecimento do ego infantil.	91,7	100,0
6.5	6.5- <u>Uso, quando cabível,</u> de técnicas de comunicação terapêuticas como facilitadoras da comunicação: reflexão de sentimentos, auto-expressão, confronto, estabelecimento de limites, redução de impasses e conflitos, distribuição de conflitos, orientação antecipatória e reassseguramento da aprendizagem da confiança.	91,7	91,7
6.6	Reflexão de sentimentos: consiste em dizer explicitamente, <u>e se cabível,</u> ao outro, os sentimentos subjacentes que captamos nas mensagens que são enviadas. <u>Por exemplo: durante o preparo da criança para uma punção venosa, reconhecer que esta sente medo e que este é legítimo.</u> Possibilita entrar em sintonia com o mundo interior da pessoa e transmitir aceitação e compreensão. A reflexão de sentimentos é a principal forma facilitadora de comunicação da qual dependem todas as outras.	100,0	91,7

continua

continuação

Quadro 6- Comunicação terapêutica. São Paulo - 2009/2010

6.7	Auto expressão: consiste em expressar, de forma clara, ao outro, os próprios sentimentos. <u>Outro exemplo: um profissional de enfermagem necessita realizar na criança um procedimento invasivo, tal como uma punção venosa. A criança, por não conhecer e não estar acostumada com o profissional, rejeita-o, escondendo-se ou mesmo cuspiendo, etc. O profissional pode verbalizar que compreende a criança e começa o processo de se dar a conhecer, que implica em disponibilidade interna, uso de linguagem acessível e recursos lúdicos.</u> Possibilita ampliar o autoconhecimento.	100,0	83,3
6.8	Confronto: consiste na aprendizagem de enfrentar as consequências que certas atitudes provocam no outro, acentuando os efeitos da aprendizagem social, substituindo mensagens de crítica, ameaça ou julgamento por outras de autêntica compreensão do ponto de vista alheio. <u>Por exemplo: na situação em que a criança reage violentamente, mordendo ou dando chutes, é aconselhável dizer-lhe que não deve fazê-lo, mas também devemos dizer que compreendemos como está se sentindo e que estamos buscando alternativas para cuidá-la do modo possível.</u>	100,0	91,7
6.9	Estabelecer limites: consiste em ensinar a criança, por meio de enunciados firmes e claros, o que é permitido ou proibido para protegê-la ou proporcionar-lhe segurança. <u>Por exemplo: combinar com a criança, no início da atividade, quanto tempo esta vai durar, lembrando que neste caso deve haver flexibilidade.</u>	100,0	91,7

continua

continuação

Quadro 6- Comunicação terapêutica. São Paulo - 2009/2010

6.10	Redução dos impasses e conflitos: consiste em direcionar o comportamento da criança com vistas a otimizar seu cuidado. <u>Por exemplo: a criança necessita hidratar-se, mas não o está fazendo, pois é algo monótono e pouco atraente. Ela pode ser auxiliada caso se transforme o ato de beber água (ou outro líquido permitido) em brincadeira, tal como, “vamos brincar de tomar chá?” (e colocar água em pequenas xícaras de plástico, devidamente lavadas).</u>	100,0	91,7
6.11	Distribuição do poder: consiste na resolução conjunta de situações, possibilitando melhor cuidado à criança e favorecendo seu desenvolvimento. <u>Por exemplo: o momento da realização de um curativo pode ajudar a criança a integrar o cuidado à sua experiência de vida. Neste caso, é indicado brinquedo terapêutico modalidade instrucional. Primeiramente, a criança precisa ser preparada para o curativo mediante explicação e manejo do material de curativo. Após, o profissional pode pedir a “ajuda” da criança para a realização do curativo, dando-lhe para segurar algum dos objetos utilizados (rolo de fita adesiva, por exemplo). Este comportamento serve para distribuir o poder entre o profissional e a criança, possibilitando à esta a terapêutica sensação de compartilhar responsabilidades.</u>	100,0	91,7

continua

continuação

Quadro 6- Comunicação terapêutica. São Paulo - 2009/2010

6.12	Orientação antecipatória: consiste em preparar a criança para acontecimentos importantes por meio da orientação de situações futuras. Permite diminuição da insegurança, da ansiedade e do medo do desconhecido, bem como facilita a ativação dos processos adaptativos da personalidade. <u>O brinquedo terapêutico modalidade instrucional consiste no modo de realizar a orientação antecipatória nas situações de cuidado em saúde.</u>	100,0	91,7
6.13	Aprendizagem da confiança: consiste no alívio da ansiedade, temores ou dúvidas, seja pela falta ou distorção de informações ou pela presença de sentimentos de tristeza, culpa, autodepreciação e insegurança. Ajuda a criança a lidar com vivências intensas e assustadoras. <u>Por exemplo: para a criança, a experiência de ter que se submeter a uma injeção pode ser assustadora, a ponto de causar-lhe sentimento de culpa e de autodepreciação. Para esta situação, é indicado o brinquedo terapêutico modalidade instrucional, lembrando-se que cada situação deve ser analisada individualmente. Antes de realizar a injeção, o profissional assegura à criança que esta tem liberdade para chorar, por exemplo, e que isto não afetará a maneira como ela é vista. Este asseguramento é importante para preservar a autoimagem da criança. Se necessário, os pais também podem ser orientados a respeito deste fato, uma vez que o choro eventualmente não é aceito, especialmente quando relacionado a questões de gênero (“menino não chora”, “não chore, é feio”) ou maturidade da criança (“ser uma mocinha”, “mocinha não chora”).</u>	100,0	91,7

Para este **Quadro 6**, apenas uma sugestão foi efetuada, sendo incorporada em razão de sua pertinência e está apresentada em forma de colunas para melhor visualização.

Item	Sugestões	Ações
6.3	<i>Reforçar que a comunicação terapêutica entre a criança e o profissional de saúde é importante durante o processo de brincar.</i>	Esta sugestão foi incorporada à ementa.

A sugestão que não foi aceita neste momento foi: *definir as linguagens cinésica, proxêmica, tacésica, paralinguagem*. Considera-se, no entanto, que devem ser abordadas e tal ocorrerá por ocasião da construção do sítio virtual proposto.

A sugestão: *definir as linguagens cinésica, proxêmica, tacésica, paralinguagem* não foi aceita. Considera-se, no entanto, que deve ser abordada por ocasião da construção do sítio virtual proposto.

Sumarizando, os resultados do segundo ciclo são indicativos de aprovação extremamente elevados, motivo pelo qual foram construídos os três **Quadros** definitivos, com os conteúdos apresentados a seguir:

Quadro 7- O brincar como estratégia de cuidado na enfermagem pediátrica. São Paulo - 2009/2010

Item	<i>Ementa dos temas a serem desenvolvidos no sítio virtual</i>
7.1	Conceito de brincar. Funções do brinquedo. O brinquedo recreacional na vida das crianças de 0 a 12 anos. O brinquedo recreacional provê à criança socialização e prazer, por meio de atividades individuais ou em grupo. Direito da criança para brincar, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente e a <i>Internacional Play Association</i> .
7.2	O brincar como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica a fim de promover o desenvolvimento infantil, bem como a comunicação entre a criança e a equipe de enfermagem. Inclusão do brincar na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): permite garantir o brincar da criança durante a internação.
7.3	Definição de brinquedoteca hospitalar. Espaços lúdicos tem como objetivo promover o desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social das crianças internadas, auxiliando-as na sua recuperação por meio da brincadeira livre e dirigida. Sua importância na Política Nacional de Humanização. Legislação brasileira pertinente.
7.4	Segurança na brincadeira: aspiração de objetos, intoxicação por ingestão e contato, ferimentos, quedas, reações alérgicas, riscos microbiológicos, entre outros. Influência de cada etapa do desenvolvimento. Recomendações frente a cada um deles: normas da ABNT, da Sociedade Brasileira de Pediatria e do MERCOSUL. Responsabilidade da equipe de enfermagem e de saúde em geral, no que diz respeito à prevenção destes danos. Co-responsabilidade dos familiares, após orientação da equipe de enfermagem e de saúde, acerca da prevenção destes danos.

Quadro 8- O brincar terapêutico como estratégia de cuidado na enfermagem pediátrica. São Paulo - 2009/2010

Item	<i>Ementa dos temas a serem desenvolvidos no sítio virtual</i>
8.1	Conceito e objetivos de brinquedo terapêutico. O brinquedo terapêutico na vida do pré-escolar e do escolar. O brinquedo terapêutico em situações ansiogênicas, tais como o desconhecido, o temor de mutilação e de perda de controle, comuns em assistência à saúde. Brinquedo terapêutico em situações de dor, medo, restrições, procedimentos, rotinas incomuns. Atividade lúdica planejada que possibilita à criança expressar seus sentimentos, fazendo-a reviver situações que a preocupam, assim como aprender e compreender, utilizando suportes adequados.

continua

continuação**Quadro 8-** O brincar terapêutico como estratégia de cuidado na enfermagem pediátrica. São Paulo - 2009/2010

8.2	Tipos de brinquedo terapêutico: dramático ou catártico, instrucional e facilitador das funções fisiológicas. A modalidade, ou as modalidades necessárias, de acordo com as necessidades da criança. Escolha da(s) modalidade(s) segundo idade e necessidades das crianças (por exemplo: doença, limitação motora ou sensorial). O brinquedo terapêutico utilizado de forma individualizada ou em grupo, com participação ou não de familiar(es).
8.3	O brinquedo dramático ou catártico: modalidade que possibilita à criança a catarse e controle de situações. Possibilita ao adulto, no caso o enfermeiro, aproximação e estabelecimento de contato próximo à criança, permitindo-lhe compreender o significado de suas vivências.
8.4	O brinquedo instrucional: modalidade que possibilita explicar à criança procedimentos, eventos, mudanças na imagem corporal e/ou limitações fisiológicas. Utiliza linguagem compatível com a idade e nível de compreensão da criança, a fim de estimular sua autoconfiança e senso de segurança.
8.5	O brinquedo facilitador das funções fisiológicas: modalidade que consiste em adaptar atividades lúdicas para manter e melhorar a saúde física da criança. A escolha das atividades reforça e possibilita maior participação da criança no autocuidado e a capacita em termos fisiológicos.
8.6	Inclusão do brinquedo terapêutico na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Possibilita ao enfermeiro assistir a criança, com maior eficácia, de acordo com suas necessidades e etapa de desenvolvimento. Competência legal do enfermeiro para o uso de brinquedo terapêutico.

conclusão**Quadro 9-** Comunicação terapêutica. São Paulo - 2009/2010

Item	Ementa dos temas a serem desenvolvidos no site
9.1	Conceito de comunicação: processo que envolve o emissor, o receptor e a mensagem, concatenados para compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, exercendo influência no comportamento das pessoas nele envolvidas, a curto, médio ou longo prazo.

continua

continuação**Quadro 9-** Comunicação terapêutica. São Paulo - 2009/2010

9.2	Formas de comunicação: verbal, não verbal. A verbal consiste no uso da linguagem escrita e falada para expressar idéias e partilhar experiências com outras pessoas. A comunicação não verbal (cinésica, proxêmica, tacêsica, paralinguagem) consiste no uso de expressões faciais, corporais e fisiológicas. É a mais utilizada, especialmente com crianças menores, isto é, lactente, pré-escolar que ainda não dominam a verbal.
9.3	Importância da comunicação entre criança e adulto: possibilita ao adulto compreender necessidades, sentimentos e conceitos da criança. Também possibilita, à criança, compreender o adulto no que diz respeito à suas intenções de cuidado. O brinquedo enquanto comunicação simbólica.
9.4	Comunicação terapêutica: processo no qual o foco é a pessoa que está sendo cuidada, a fim de que seja compreendida nos seus sentimentos e emoções.
9.5	Uso, quando cabível, de técnicas de comunicação terapêuticas como facilitadoras da comunicação: reflexão de sentimentos, auto-expressão, confrontamento, estabelecimento de limites, redução de impasses e conflitos, distribuição de conflitos, orientação antecipatória e reassseguramento da aprendizagem da confiança.
9.6	Reflexão de sentimentos: consiste em dizer explicitamente, e se cabível, ao outro, os sentimentos subjacentes que captamos nas mensagens que são enviadas. Por exemplo: durante o preparo da criança para uma punção venosa, reconhecer que esta sente medo e que este é legítimo. Possibilita entrar em sintonia com o mundo interior da pessoa e transmitir aceitação e compreensão. É a principal forma facilitadora de comunicação e da qual dependem todas as outras.
9.7	Auto expressão: consiste em expressar, de forma clara, ao outro, os próprios sentimentos. Outro exemplo: um profissional de enfermagem necessita realizar, na criança, um procedimento invasivo, tal como uma punção venosa. A criança, por não conhecer e não estar acostumada com o profissional, rejeita-o, escondendo-se ou mesmo cuspiendo, etc. O profissional pode verbalizar que compreende a criança, e começa o processo de se dar a conhecer, que implica em disponibilidade interna, uso de linguagem acessível e recursos lúdicos. Possibilita ampliar o autoconhecimento.

continua

continuação**Quadro 9- Comunicação terapêutica. São Paulo - 2009/2010**

9.8	Confrontamento: consiste na aprendizagem de enfrentar as consequências que certas atitudes provocam no outro, acentuando os efeitos da aprendizagem social, substituindo mensagens de crítica, ameaça ou julgamento por outras de autêntica compreensão do ponto de vista alheio. Por exemplo: na situação em que a criança reage violentamente, mordendo ou dando chutes, pode-se dizer-lhe que não deve fazê-lo, mas também devemos dizer que compreendemos como está se sentindo e que estamos buscando alternativas para cuidá-la do modo possível.
9.9	Estabelecer limites: consiste em ensinar a criança, por meio de enunciados firmes e claros, o que é permitido ou proibido para protegê-la ou proporcionar-lhe segurança. Por exemplo: combinar com a criança, no início da atividade, quanto tempo esta vai durar, lembrando que, neste caso, deve haver flexibilidade.
9.10	Redução dos impasses e conflitos: consiste em direcionar o comportamento da criança com vistas a otimizar seu cuidado. Por exemplo: a criança necessita hidratar-se, mas não o está fazendo, pois é algo monótono e pouco atraente. Ela pode ser auxiliada, caso se transforme o ato de beber água ou outro líquido permitido em brincadeira.
9.11	Distribuição do poder: consiste na resolução conjunta de situações, possibilitando melhor cuidado à criança e favorecendo seu desenvolvimento. Por exemplo: o momento da realização de um curativo pode ajudar a criança a integrar o cuidado à sua experiência de vida. Neste caso, é indicado brinquedo terapêutico modalidade instrucional. Primeiramente, a criança precisa ser preparada para o curativo mediante explicação e manejo do material de curativo. Após, o profissional pode pedir sua “ajuda” dando-lhe para segurar algum dos objetos utilizados, como, por exemplo, rolo de fita adesiva. Este comportamento serve para distribuir o poder entre o profissional e a criança, possibilitando à esta a terapêutica sensação de compartilhar responsabilidades.
9.12	Orientação antecipatória: consiste em preparar a criança para acontecimentos importantes por meio da orientação de situações futuras. Possibilita diminuição da insegurança, da ansiedade e do medo do desconhecido, bem como facilita a ativação dos processos adaptativos da personalidade. O brinquedo terapêutico modalidade instrucional consiste no modo de realizar a orientação antecipatória nas situações de cuidado em saúde.

continua

continuação**Quadro 9-** Comunicação terapêutica. São Paulo - 2009/2010

9.13	Reasseguramento da aprendizagem da confiança: consiste no alívio da ansiedade, temores ou dúvidas, seja pela falta ou distorção de informações ou pela presença de sentimentos de tristeza, culpa, autodepreciação e insegurança. Ajuda a criança a lidar com vivências intensas e assustadoras. Por exemplo: para a criança, a experiência de ter que se submeter à uma injeção pode ser assustadora, a ponto de causar-lhe sentimento de culpa e de autodepreciação. Para esta situação é indicado o brinquedo terapêutico modalidade instrucional, lembrando que cada situação deve ser analisada individualmente. Antes de realizar a injeção, o profissional assegura à criança que esta tem liberdade para chorar, por exemplo, e que isto não afetará a maneira como ela é vista. Este asseguração é importante para preservar a autoimagem da criança. Se necessário, os pais também podem ser orientados a respeito deste fato, uma vez que o choro eventualmente não é aceito, especialmente quando relacionado a questões de gênero ou maturidade da criança.
------	--

conclusão

As ementas, assim validadas, serão desenvolvidas por ocasião da construção do sítio virtual proposto. Além disso, houve a necessidade de refinar e alterar o título inicial do estudo em virtude do objetivo traçado.

DISCUSSÃO

“É no brincar, e somente no brincar, que a criança e o adulto, podem ser criativos.”

Winnicott

5 DISCUSSÃO

A discussão está apresentada em duas partes, ou seja, a primeira (5.1) referente à caracterização das juízas e a segunda (5.2) referente aos dois ciclos de Delphi aplicados.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DAS JUÍZAS

A caracterização das juízas é etapa importante uma vez que permite aquilatar a pertinência de sua composição.

Vale ressaltar que, das quatorze profissionais selecionadas, no âmbito do Brasil, somente duas não participaram: uma que não chegou a responder ao convite e outra que desistiu do estudo logo em seu início. Estes números evidenciam uma taxa de desistência muito baixa, da ordem de 14,4%. Estudos apontam abstenção de 30% a 50% dos respondentes no primeiro ciclo, e de 20% a 30% no segundo (Wright, Giovinazzo, 2000). A perda de juízes pode chegar a ser alta, atingindo até 76% no cumulativo de todas as fases (Castro, Rezende, 2009).

É possível que tal perda tenha sido baixa porque a comunidade de peritas desta área, no Brasil, é pequena e já se tem a prática de colaboração interinstitucional, mesmo que de modo não formal. No entanto, não podem ser feitas afirmações categóricas a respeito, mas apenas serem ventiladas as possibilidades.

Segundo Williams, Webb (1988), grupos numerosos nem sempre são indicadores de bons resultados. Mais importante do que um vasto número é uma seleção criteriosa dos juízes, segundo domínio e experiência do assunto, o que possibilita obter resultados sólidos, gerando um maior número de idéias para serem discutidas e garantir resultados consistentes (Fehring, 1987; Wright, Giovinazzo, 2000).

A discussão, a seguir apresentada, refere-se à caracterização sócio-demográfica e profissional das juízas.

Em relação ao **sexo**, observa-se a ocorrência absoluta do sexo feminino (100%). Na prática, constata-se que em todas as áreas da enfermagem há prevalência do sexo feminino, característica mais notável na área de pediatria. Os cuidados ao ser humano para manutenção à vida vêm sendo, ao longo dos tempos históricos, quase exclusivos de responsabilidade do sexo feminino, o que ocorre, também, em relação ao cuidado na fase de reprodução biológica e às responsabilidades nos cuidados com o lar, com a família e com a criança (Coelho, 2005; Collière, 1999; Lopes, Leal, 2005). O papel dos homens, historicamente, se dava mais no cuidado aos doentes mentais e nas situações de guerra (Collière, 1999).

No Brasil, até final do século XIX, os homens eram cobiçados para trabalhar em hospitais militares e da marinha, cuja assistência era focada nos doentes do próprio sexo e na distribuição de medicamentos, roupa, alimentos, bem como para desenvolver tarefas de policiamento e de limpeza do hospital (Mott, 1999). Assim, a persistência da hegemonia do sexo feminino na área de enfermagem se relaciona a aspectos simbólicos, vocacionais e com a concepção de trabalho feminino, baseada em um sistema de qualidades supostamente naturais (Lopes, Leal, 2005).

Apesar de, atualmente, crescer o número de enfermeiros brasileiros do sexo masculino, seu número ainda não se equipara ao do feminino. Em nosso país, por exemplo, no ano de 2009, a porcentagem de enfermeiras era 90% (Conselho Regional de Enfermagem, 2010). No entanto, algumas especialidades concentram maior número de mão de obra masculina, tais como a Ortopedia, Emergências e Psiquiatria, o que pode estar relacionado à eventual necessidade de força física nestas áreas de cuidado (Lopes, Leal, 2005). As mesmas autoras afirmam que a inserção do homem é gradual na enfermagem brasileira em razão da estabilidade, segurança, garantias que os postos de trabalho oferecem, bem como do incremento do número de instituições de nível superior de enfermagem, o que possibilita um acesso mais fácil à profissão.

Em relação à **idade**, observa-se variação entre 35 a 60 anos, sem predomínio evidente de algum destes estratos de agrupamento. Chama, no entanto, a atenção, que a idade mínima das juízas estava na faixa de 35 a 40 anos, o que supõe certa maturidade profissional. Tal maturidade pode ser associada a experiência, desenvolvimento da capacidade de crítica social e autocrítica profissional, características de fato esperadas em se tratando de peritas em uma temática tão desafiadora, que exige o equilíbrio e firmeza na defesa das necessidades da criança e, ao mesmo tempo, empatia com um segmento da população que há pouco tempo tem seus direitos defendidos, por exemplo, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

A idade das juízas está articulada com seu **tempo de formação**, pois oito (66,6%) estão formadas há mais de vinte anos e quatro (33,4%), entre dez a vinte. Esta característica implica em oportunidades de desenvolvimento e de incremento de competências que se concretizam no bojo do processo técnico-científico. As concepções do ser, do fazer e do agir do enfermeiro estão ancoradas numa lógica de responsabilidade, participação e transformação dos contextos de trabalho de forma reflexiva, coletiva e integradora dos enfermeiros (Valente, Viana, 2009).

Quanto ao **local de residência e de atuação profissional atual** das juízas, constata-se que o maior número de juízas reside e trabalha no estado de São Paulo, oito (66,8%). Entretanto, observa-se uma juíza (8,3%) em cada um dos estados de: Ceará, Mato Grosso, Paraíba, e Paraná. A aglutinação da distribuição geográfica das juízas na grande São Paulo ocorre, sem dúvida, pelo fato desse estado concentrar maior número de centros de pesquisas.

Segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), até 2009 o estado de São Paulo tinha 132 instituições de nível superior de enfermagem, número maior do que o número total de instituições de nível superior de alguns estados brasileiros (Brasil, 2010). Além disso, no estado de São Paulo registra-se, também,

maior número de programas de pós-graduação. Até 2009, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) registrou onze cursos de pós-graduação estrito senso no estado de São Paulo, sendo dez públicos e um privado (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, 2009).

Mesmo assim, é digno de nota que outros cinco estados brasileiros se fizeram representar, o que demonstra que o tema está despertando a atenção em área geográfica mais ampla do que o estado de São Paulo, abrangendo, inclusive, outras regiões.

No que diz respeito ao **tipo de instituição de ensino superior em que as juízas realizaram a graduação**, nove (75%) se formaram em escolas públicas, o que era esperado até mesmo probabilisticamente, visto que se graduaram (a maioria, 66,6%, se formou há mais de 20 anos) em época anterior ao grande incremento das escolas privadas. A porcentagem de instituições públicas de nível superior de enfermagem, na década de 70, era de 57% (Barbosa, Baptista, 2008). Na década de 90, houve expansão das instituições privadas, atingindo 59,5% em relação a 40,5% das públicas (Barbosa, Baptista, 2008). Segundo Pinto (2004), o número de vagas, desde o início desse incremento até 2002, aumentou 37 vezes, sendo que, até 2004, as matrículas em instituições privadas cresceram em 70%.

Vale ressaltar que, as instituições públicas não têm fins lucrativos e, por consequência, dispõem de maior autonomia, o que poderia, em tese, favorecer o ensino, a assistência e a pesquisa. Todos esses aspectos indissociáveis e fundamentais potencializam a realização profissional do enfermeiro. No entanto, vale ressaltar que há instituições privadas que também oferecem estas oportunidades.

No que tange ao **título de maior qualificação profissional após a graduação**, 11 (91,6%) juízas são Doutoradas e uma (8,4%) Mestre, o que denota um grupo de excelente qualificação. A formação em nível de doutorado, em nosso país, é geralmente precedida pela formação em nível de mestrado. Para ambos os níveis, há exigência de realização de pesquisa,

além da tradicional frequência a cursos específicos que precedem ou são concomitantes à sua realização.

Este grupo seleto de profissionais contou, para sua formação, com programas específicos para a área de enfermagem, os quais vêm crescendo desde o ano de 1970, época em que foi inaugurado o primeiro curso de mestrado no país, na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Na ocasião, para atender à demanda do ensino superior no país, se fazia necessária uma política de formação de docentes qualificados. Com o avanço da ciência e tecnologia e a premência em formar doutores na área, o primeiro doutorado, modalidade Interunidades, foi iniciado nas Escolas de Enfermagem da USP, da capital e de Ribeirão Preto em 1981 (Rodrigues, Erdmann, Silva, Fernandes, Araújo, Vianna, et al., 2008).

Atualmente, o Brasil conta com 35 Programas, nível estrito senso em Enfermagem, credenciados e reconhecidos pela CAPES. Destes, 15 são de Doutorado, 18 correspondem ao Mestrado acadêmico e dois programas são de Mestrado Profissional (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, 2009). Relacionando a distribuição geográfica dos programas de doutorado com a titulação máxima das juízas tem-se que 11 (31,4%) programas estão localizados na região sudeste, três (8,6%) na região sul e dois (5,7%) na região nordeste (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, 2009).

As áreas de conhecimento em que foram realizadas a pós-graduação, com maior ocorrência, foram a Enfermagem Pediátrica, com 11 (91,7%) e a Psicologia, com uma (8,3%). A inclinação da enfermeira pelo cuidado da clientela pediátrica está enraizada na concepção, ainda vigorosa, de educação da mulher e na expressão da sua afetividade no cuidado à criança como uma das áreas privilegiadas (Mott, 1999). Além disto, a opção pela área de psicologia é lógica, tendo em vista que o cuidado à criança implica, por parte dos profissionais de enfermagem, em acesso a esta área de conhecimento, especialmente no que diz respeito ao emprego do brincar.

Quanto ao **tipo de instituição de trabalho**, nove (75%) juízas se encontravam ligadas a instituições de ensino superior. Essa alta porcentagem de enfermeiros na área acadêmica converge com as perspectivas profissionais de mais de 65,1% dos doutores brasileiros, de diferentes áreas do conhecimento, que se dirigem para o mercado acadêmico, especialmente o público (Balbachevsky, 2005).

As **áreas de atuação e experiência profissional** mais apontadas são as de ensino e pesquisa, com oito (66,7%) juízas, e a de ensino, com duas (16,7%) juízas. Esta alta porcentagem está relacionada com as instituições de ensino superior às quais a maioria das juízas pertence. Pressupõe-se que a maioria das juízas está ligada a área de ensino e de pesquisa pelo estímulo e pela oportunidade de aperfeiçoamento que as instituições de ensino superior promovem para a construção e formação dos profissionais que lecionam em suas instituições (Machado, 2000).

Outra questão de fundamental importância para as juízas atuarem no ensino e na pesquisa, em instituições de nível superior, consiste na escassa absorção de pós-graduados em estrito senso pelas instituições assistenciais. No caso do Brasil, historicamente, os pós-graduados em senso estrito têm participação nesse mercado de trabalho bem menor do que em países desenvolvidos, apesar do aumento expressivo do número de pós-graduados (Rodrigues, Erdmann Silva, Fernandes, Araújo, Vianna, et al., 2008). Este fato é também observado, rotineiramente, em nosso cotidiano.

Se não há espaço em instituições assistenciais para cientistas, é preciso questionar sobre as perdas para as instituições que, de fato, possivelmente melhorariam sua qualidade de assistência caso os absorvessem. Estas perdas podem estar relacionadas a fatores como a falta de planos de carreira nas instituições assistenciais, fruto da não valorização destes profissionais, além da oferta de vagas para pós-graduados em instituições educativas de nível superior.

Como a Legislação brasileira considera que o ensino e a pesquisa nas universidades são indissociáveis, um destino provável dos egressos dos pós-graduados é a docência superior em instituições de ensino (Valente,

Viana, 2009). Por consequência, a intervenção dos enfermeiros titulados, vinculados às instituições de ensino, nas instituições assistenciais, pode ocorrer de modo indireto, por intermédio das parcerias docente-assistencial, as quais, evidentemente, são insuficientes para garantir uma prática vitalizada, atuante, reflexiva e permanente.

Em relação ao **tempo de experiência teórico-prática com brinquedo e/ou brinquedo terapêutico**, observa-se que as de menor tempo o fazem já há de cinco a dez anos, sendo a metade do grupo (6 juízas). As outras o utilizam ainda há mais tempo, chegando uma a fazê-lo já há mais de 30 anos. Estes dados denotam a grande experiência das juízas e referendam as informações anteriores. Vale ressaltar que a valorização da experiência e do conhecimento de cada uma dos juízes é uma das características da técnica Delphi. Assim, os julgamentos são resultado de um longo processo de sistematização do conhecimento adquirido na teoria e na prática (Duncan, Schmidt, 1992).

Os **locais de maior experiência com brinquedo e/ou brinquedo terapêutico** são tanto em hospitais, quatro (33,3%), quanto instituições de ensino superior, também quatro (33,3%). Percebe-se que os enfermeiros docentes e os profissionais de hospitais mantêm vínculos constituídos em instituições caracterizadas pelo ensino e pela pesquisa. Sabe-se que, atualmente, as instituições de ensino superior de enfermagem, nas disciplinas ligadas à área de enfermagem pediátrica, desenvolvem conteúdo programático sobre brinquedo e que, muitas delas, o aplicam em aulas teórico-práticas. A valorização do uso do brinquedo mostra a preocupação do enfermeiro, principalmente do docente, em trabalhar os fatores emocionais das crianças diante da hospitalização e, ao mesmo tempo, problematizar tal valorização junto aos estudantes de graduação. Esta preocupação leva à aplicação de conhecimentos teóricos na prática em instituições pediátricas, como é o caso de hospitais públicos (Cintra, Silva, Ribeiro, 2005).

Apesar dessa preocupação, a aplicação do brinquedo à criança, tanto na função de recreação, quanto na educativa e catártica, nas quais se fundamenta o brinquedo terapêutico, não chega a ser utilizada, rotineiramente, como recurso integrante da prática assistencial do enfermeiro (Cintra, Silva, Ribeiro, 2005). As pesquisas relacionadas com brinquedo e/ou brinquedo terapêutico ainda se encontram vinculadas a instituições de ensino, especialmente as públicas.

Sumarizando, o grupo de peritas selecionado estava adequadamente preparado para servir como juiz, na pesquisa desenvolvida.

5.2 CICLOS DELPHI

5.2.1 Primeiro Ciclo

Os resultados dos tópicos do **Quadro 1** evidenciaram coeficientes Alfa de Cronbach acima de 0,96 superiores ao mínimo estipulado inicialmente ($\geq 0,70$). Ressalta-se que o valor do Alpha para cada item, caso o mesmo fosse eliminado, é alto (valor maior de 0,9658 e o menor valor de 0,9625) mas, no conjunto, os valores não são muito maiores que 0,96. Isto indica que, do ponto de vista da consistência interna, cada item poderia ser eliminado, isoladamente, e que sua permanência não diminui a concordância geral (Afifi, Elashoff, 1966).

Por sugestão de uma das juízas, o tópico de número 1.5, relacionado à inclusão do brincar na sistematização da assistência de enfermagem durante a internação hospitalar, foi fundido ao tópico 1.2, que também previa o brincar como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica. No caso deste último, o enfoque era promover o desenvolvimento infantil, bem como a comunicação entre a criança e a equipe de enfermagem. Assim, os dois se complementam para sistematizar o cuidado à criança utilizando o brincar. Duas ementas com a mesma temática do brincar puderam ser aglutinadas, visto que, mantinha em ambas, estrita relação com as ações de enfermagem.

A sistematização da assistência de enfermagem é um dos meios que o enfermeiro dispõe para dispensar à clientela, uma assistência fundamentada e organizada, de modo a permitir a avaliação de cada estratégia e a imediata mudança de ação, se eventualmente necessário. Assim, com um planejamento do trabalho, é possível conduzir o processo que compreende as fases: histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, execução das ações, evolução e avaliação dos resultados (North American Nursing Diagnoses Association, 2010). Estes passos sistematizados e inter-relacionados permeiam a assistência ao paciente, por possibilitar reconhecer problemas e intervir com equidade, integralidade, individualidade e eficácia. Assim, o enfermeiro pode utilizar os recursos possibilitados pelo brincar para a sistematização do processo de cuidados, visto que este deve conhecer as necessidades da criança e as formas de como atendê-las (Hong, Murphy, Conolly, 2008; Kenneth, Ginsburg, Committee on Communications, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2007).

O brinquedo, inserido na proposta de trabalho sistematizado do enfermeiro, torna-se indispensável na prática diária da assistência. Transformar técnicas de intervenção terapêutica em atividades lúdicas é a maneira mais adequada e eficiente de se trabalhar com a criança, que passa a ser sujeito da ação e não apenas o receptor ou objeto. Esse tipo de comunicação promove o engajamento e melhora do humor infantil no ambiente hospitalar e possibilita a promoção do brincar no espaço da hospitalização infantil como facilitador de uma dinâmica de interações (Hart, Walton 2010; Mitre, Gomes, 2004; Zahr, 1998). Contudo, o profissional deve adquirir conhecimentos sobre as funções do brinquedo e/ou brinquedo terapêutico, bem como a forma de utilização. Como parte integrante da assistência, o brinquedo deve ser utilizado desde o momento da admissão da criança à unidade pediátrica até a alta hospitalar.

As outras sugestões, relacionadas aos tópicos propriamente e foram todas incorporadas por serem julgadas pertinentes, são discutidas a seguir:

Em relação ao tópico 1.1 sobre o brincar normativo ou recreacional e o brincar terapêutico na vida das crianças de 0 a 10 anos de idade, foram

efetuadas seis sugestões. A primeira sugestão foi de *desmembrar a faixa etária de 0-10 anos, tanto para o brincar recreativo quanto para o terapêutico*.

Deste modo, optou-se por abordar, nesta ementa, somente o brinquedo recreativo, pois o terapêutico estaria sendo trabalhado na correspondente ao tópico 2.1.

Adotou-se a faixa etária de 0 a 10 anos por ser um período com maior necessidade de brincar. Aproximadamente a partir dos dez anos, as crianças começam a desenvolver um quadro gradual de si mesmas, o chamado senso interior de *self*, baseado em seus valores emergentes, em seus objetivos e em como seus pares as vêem. Além disso, são cada vez mais capazes de reconhecer e solucionar problemas junto com outras pessoas. Os adolescentes se tornam independentes dos adultos e se mostram mais sociáveis, estreitando laços de amizade com amigos e com manifestação verbal mais complexa (Brazelton, Greenspan, 2002). No entanto, vale ressaltar que as aquisições sociais são estreitamente dependentes das condições em que as crianças vivem. Deste modo, não é possível estabelecer idades rígidas para a delimitação das faixas de desenvolvimento.

A segunda sugestão referente ao tópico 1.1 foi *considerar o brinquedo recreativo desde a fase de lactente, e brinquedo terapêutico a partir da idade pré-escolar*, uma vez que lactente e pré-escolar pertencem a faixas etárias com diferentes necessidades.

Durante o primeiro ano de vida, as crianças brincam sozinhas ou com adultos, representados pelos pais, familiares ou pessoas que as cuidam e mantêm algum vínculo de aproximação. Nesse período, as crianças sorriem para o adulto, seguram os dedos das mãos e dos pés e realizam movimentos repetitivos do corpo, da cabeça, das extremidades, bem como emitem sons, gorjeios e balbucios. Além disto, pegam objetos para levá-los à boca ou para deixá-los cair. Todos esses gestos e movimentos são úteis para ajudar a criança a desenvolver habilidades, levando-a a outras atividades exploratórias e de aprendizagem (Brazelton, Greenspan, 2002;

Chateau, 1987). Nessa faixa etária, o brincar deve ser provido a elas, direcionando-se para o seu desenvolvimento sensório-motor, característica fundamental no lactente.

O infante, por sua vez, entendido como a criança cuja idade vai de um a três anos de idade, apresenta uma necessidade relevante de socialização com outras pessoas. Além disto, apresenta crescente nível de compreensão e de incremento da linguagem. Tais características possibilitam seus interesses em brincadeiras mais variadas, embora ainda não consiga brincar verdadeiramente em grupo. Nessa fase, brinca com seus pares em paralelo, isto é, lado a lado (Hockenberry, Winkelstein, Wong, 2006). Tais características apontam a necessidade do preparo do infante hospitalizado por intermédio do brinquedo.

As crianças pré-escolares, por sua maior autonomia e capacidade de conhecer o ambiente que as rodeia, exigem estratégias específicas para seu cuidado (Brazelton, Greenspan, 2002). Além disto, com a capacidade cognitiva mais elaborada, compreendem melhor o curso da temporalidade, por exemplo, podendo antecipar, com mais acurácia, eventos futuros. Assim, crianças pré-escolares, durante a hospitalização, podem apresentar reações físicas emocionais como medo, apatia, agressividade e irritabilidade, bem como sintomas físicos, tais como vômitos, diarreia, taquicardia, inapetência, insônia e enurese (Oliveira, Dantas, Fonseca, 2004). Uma hospitalização que não tenha sido organizada de modo a cuidar do pré-escolar em suas especificidades pode prejudicá-lo no que diz respeito ao desenvolvimento motor, emocional, cognitivo, sensorial, e social (Hockenberry, Winkelstein, Wong, 2006).

A preocupação de enfermeiros com crianças pré-escolares durante o pré e o pós-operatório, utilizando o brinquedo, foi evidenciada em dezesseis pesquisas de mestrado e de doutorado entre 1974 a 2004 (Leite, Shimo, 2008). Vale ressaltar que o pré-escolar consegue dramatizar, fazendo com que este recurso se torne um grande aliado em seu cuidado (Soares, Guimarães, Ribeiro, 2003).

O brinquedo recreativo pode ser utilizado em qualquer situação e em qualquer lugar, durante a hospitalização, como a sala de recreação, por

exemplo, promovendo a imaginação natural das crianças. O brinquedo permite satisfazer as necessidades e desejos da criança e estimula a capacidade de negociar as complexidades de múltiplos relacionamentos com outras pessoas (Vesey, Mahon, 1990).

A terceira sugestão relativa ao tópico 1.1 foi *manter apenas a expressão 'brincar recreacional', ao invés de brinquedo normativo*.

Normativo é sinônimo de recreacional, modalidade de brincar que consiste em atividades executadas de forma espontânea, quer individualmente ou em grupo. Isto proporciona prazer e auxilia as crianças a desenvolverem os domínios físico, social, psicológico, moral, intelectual para engajá-las em atividades que lhes traga prazer (Hockenberry, Winkelstein, Wong, 2006; Vesey, Mahon, 1990). No Brasil, os estudos realizados na área de enfermagem pediátrica vêm empregando mais comumente o segundo termo, motivo pelo qual foi mantido em detrimento do primeiro.

A quarta sugestão referente ao tópico 1.1 apontou *acrescentar que o brinquedo recreacional também pode ser aplicado a grupo de crianças e junto com o familiar, de acordo com o propósito do enfermeiro*.

Esta proposta fundamenta-se na consideração de que o brinquedo pode ser utilizado pela criança junto a outra, ou em grupo, ou com adultos, em ambiente seguro e com recursos apropriados. Levando em conta a socialização da criança, o enfermeiro pode promover a brincadeira de modo individual ou em grupo, afastada ou juntamente com familiares, a depender do propósito da ação de cuidado, uma vez que as crianças precisam brincar com outras crianças, a fim de que se aperfeiçoem os sofisticados processos de pensamento e de socialização (Ribeiro, 1998). Quando uma criança brinca com outras crianças, o brinquedo ajuda-a a aprender sobre relacionamentos. Brincar envolve ainda, habilidades reflexivas avançadas para negociar as complexidades que surgem nos relacionamentos com iguais (Brazelton, Greenspan, 2002). A dimensão simbólica do brinquedo recreativo, necessidade essencial na vida da criança, a encoraja a brincar de forma espontânea e prazerosa com outra criança ou em grupo, gerando

autonomia e socialização e proporcionando a aquisição de domínio social e psicológico (Erikson, 1993).

No que diz respeito à inclusão do familiar, principalmente dos pais, na brincadeira junto aos filhos, sabe-se que propicia o envolvimento entre estes e aumenta sua adesão ao tratamento da criança. Nessa perspectiva, o enfermeiro pode orientar e mostrar ao adulto, as funções do brinquedo e a possibilidade deste oferecer mediação entre o mundo familiar frente a situações novas ou ameaçadoras (Mitre, Gomes, 2004). Contudo, o adulto também necessita de orientação sobre a importância da utilização do brinquedo e de como utilizá-lo. Ajudar uma criança a atravessar os estágios de crescimento e desenvolvimento e incentivar essas capacidades centrais, requer tempo e energia do adulto (Brazelton, Greenspan, 2002).

O adulto, no geral, é preparado para não brincar, como se o brinquedo fosse aplicável somente às crianças. No entanto, percebe-se que quando o adulto brinca com a criança, esta se mostra mais receptiva e interessada, estabelecendo-se maior aproximação e melhor relacionamento. As atividades lúdicas devem ocorrer no cotidiano de convivência entre o adulto e a criança em qualquer lugar, mesmo em hospital, onde a criança tire proveito das situações que lhe ofereçam. O adulto deve estimular o brincar pensando na diminuição de riscos e aumento de benefícios (Hansen, Macarini, Martins, Wanderlind, Vieira, 2007). Este ponto deve ser bem frisado pois, usualmente, o adulto acredita que o hospital é um lugar onde não se deveria brincar. No entanto, é o oposto, exatamente por se tratar de local onde a criança está mais exposta a situações desconhecidas, à perda de controle do ambiente e, inclusive, às modificações de seu corpo e de suas funções. Além disto, a participação dos pais no brincar do filho é uma fonte de lazer e reforça o relacionamento entre ambos (Furtado, Lima, 1999; Lindquist, 1983).

A quinta sugestão ao tópico 1.1 relaciona-se com *abordar o conceito de brincar e explicar as funções do brinquedo*, uma vez que contribuiria para a compreensão destas.

Evidentemente que estava prevista, para a ocasião da elaboração do sítio virtual, a apresentação da conceituação e a caracterização de brincar. No entanto, considerou-se a sugestão muito bem vinda uma vez que não o ter explicitado, poderia dar margem à interpretação de que o tema não seria abordado. Sem dúvida, o aspecto será abordado detalhadamente no sítio proposto, cabendo no momento uma breve justificativa.

No geral, o brincar, propriamente dito, é até discutido em termos do que exatamente consiste e do motivo e as formas de se brincar. No entanto, um dos aspectos de crucial importância para o cuidado, consiste no brincar enquanto comunicação da criança com o adulto e da criança consigo mesma e com outras crianças. Assim, cabe ressaltar, inclusive, a origem etimológica da palavra. Brincar deriva da palavra brinco, por sua vez originária do latim *Vinculum*, que significa ligar-se, fazer laços (Saboya, 1985). Interessante a coincidência, que talvez não seja fortuita, entre o significado em latim e o efeito da ação de brincar, que une a criança ao mundo e aos adultos.

A última sugestão das juízas relacionadas ao tópico 1.1, também aceita pelo pesquisador, foi de *adotar os termos brinquedo terapêutico ou brincadeira terapêutica* ao invés de brincar terapêutico como tinha sido proposto. A justificativa para o aceite radica-se na consagração do termo, na literatura nacional sobre a temática e seu objetivo.

No que diz respeito ao item 1.2, que relaciona o brincar como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica, duas sugestões foram apresentadas. A primeira se refere a *incluir aspectos de desenvolvimento*, colocação pertinente, pois o brinquedo está intimamente ligado ao desenvolvimento, ou seja, para cada etapa deste, são indicados tipos/modalidades de brinquedos. O brincar se apresenta como linguagem própria da criança para entrar em contato com o mundo que a rodeia. Assim, o brinquedo ganha função e valor específicos, de acordo com a faixa etária e com o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra.

Para relacionar o brinquedo e/ou brinquedo terapêutico com o desenvolvimento da criança foi adotado o referencial teórico de Erikson (1993), cuja teoria de desenvolvimento psicossocial da personalidade aborda desde o nascimento até a velhice e a morte e enfatiza a importância do ambiente no qual o ser humano se desenvolve. Em cada estágio, o ser humano precisa enfrentar e superar um conflito central, ou seja, um grande desafio que deve ser resolvido para passar ao estágio seguinte. Este desafio surge não só de exigências internas de seu ego, mas também das exigências do meio.

Em cada uma destas crises, o ego é envolvido. Ao término de cada uma, o ego se modifica. Ao contrário da solução negativa, surge um ego mais fragilizado. Entretanto, o que é construído na infância em termos de personalidade, não é totalmente fixo e pode ser parcialmente modificado por experiências posteriores (Erikson, 1993). O ego, centro da consciência, representa o eu, a individualidade de cada pessoa, cuja função é buscar harmonia entre os desejos do *id* e a realidade. O *id* representa o inconsciente, os instintos, impulsos e desejos dirigidos ao prazer, respondendo as necessidades básicas do indivíduo ao nascer.

De acordo com Erikson (1993), as crises do ego, desde o nascimento até a fase escolar, faixa etária selecionada neste estudo para focar a utilização do brinquedo, são as seguintes:

1. **Confiança básica versus desconfiança** - caracteriza-se pela fase oral, do recém-nascido e lactente. A confiança é um sentimento que se estabelece na criança quando obtém, rotineiramente, a satisfação de seus sentidos e necessidades. O conflito resolvido pela criança permite-lhe confiar em si mesma e nas pessoas que a rodeiam, principalmente das que a cuidam sempre com vínculo de afeto e respeito. O conflito central bem resolvido desperta, na criança, confiança no mundo, isto é, fé e otimismo, como acontece quando a criança é provida de alimento, de calor, de abrigo, de conforto, de toque, de aconchego, de estímulos sonoros, num curto período, garantindo-lhe segurança. Entretanto, é importante ressaltar que a criança precisa conviver com pequenas frustrações pois, a partir delas, vai aprender a definir quais esperanças

são possíveis de serem realizadas, adquirindo noção de limites para enfrentar os seus impulsos e anseios (Erikson, 1993).

Nesta fase, os brinquedos oferecidos para a criança devem auxiliar na promoção de seu desenvolvimento sensório-motor e social. Podem ser escolhidos brinquedos simples, suficientemente maiores que a boca da criança, atóxicos, sem fitas, providos de estímulos sonoros, táteis e visuais e que possam ser facilmente limpos. Entre eles, podem ser citados, desde um simples pedaço de pano, até chocalhos, guizos, mordedores, encaixes, argolas, fantoches (Associação brasileira dos fabricantes de brinquedos, 2010; World Health Organization, 2005; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003; US Consumer Product Safety Commission, 1988).

2. **Autonomia versus vergonha e dúvida** - estágio caracterizado pela fase anal, na fase do infante, isto é, da criança de um a três anos de idade. A criança já tem algum controle de seus movimentos musculares, então direciona sua energia a experiências com atividades exploratórias e à conquista da autoconfiança. A autonomia se estabelece quando há possibilidade da criança ser capaz de controlar seu corpo e o ambiente, explorando, usando seu corpo, caminhando, subindo, manipulando e imitando. O controle do corpo está ligado estritamente ao controle dos esfíncteres, pois a criança consegue relaxá-los e contraí-los. O conflito resolvido permite à criança desenvolver o autocontrole e a força de vontade. Quando o adulto proporciona um ambiente seguro, mas que seja estimulante à criança, pode ajudá-la a adquirir a confiança em si, parabenizando-a pelos sucessos e acertos, deixando-a explorar o ambiente e seu próprio corpo, impedindo-a de sofrer acidentes. (Erikson, 1993).

Em termos de brinquedo, é interessante direcioná-lo às habilidades motoras e sociais, para crianças desta faixa etária. Entre os brinquedos que podem ser oferecidos nesta fase, sob supervisão do adulto, estão: bolas, dominó, fantoches, brinquedos de puxa e empurra, motocas para montar, pinturas com os dedos, lápis de cera grossos, giz, quadro negro, gravadores infantis que estimulem a linguagem. Também são indicados

programas infantis adequados na televisão, que permitam associação das imagens com as palavras, porém, com tempo limitado. Para as aquisições sociais, indicam-se bonecos, que são próprios para trabalhar com esquema corporal, bem como com os papéis sociais propriamente ditos (Associação brasileira dos fabricantes de brinquedos, 2010; Figueiras, Souza, Rios, Benguigui, 2005; Rezende, 2002; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003; US Consumer Product Safety Commission, 1988).

Deve-se ser frisado que, no transcorrer desta fase, as crianças começam a se beneficiar da brincadeira simbólica para compreender situações e introjetar papéis do mundo real. Sempre que possível, a criança pode brincar sozinha sem que o adulto interfira ou a interrompa; basta observar para se certificar de que a criança se encontre segura.

3. **Iniciativa versus culpa** - fase fálica do pré-escolar, caracteriza-se pela iniciativa e possibilidade de explorar o ambiente de modo intencional e pelo uso de sua força, imaginação, sentidos e consciência. Agora, cabe associar a autonomia e a confiança à iniciativa pela expansão intelectual. A combinação confiança-autonomia dá à criança, um sentimento de determinação que a alavanca para a iniciativa. Com o contato social, amplia seus contatos e adquire o crescimento intelectual necessário para apurar sua capacidade de planejamento e realização. Por causa do desenvolvimento do superego nesta fase da vida, a criança pode executar atividades consideradas proibidas ou não aceitas pelos pais, o que pode levá-la a desenvolver sentimento de culpa.

Pelo fato da criança ser capaz de entender as explicações dadas pelos adultos, é indispensável que estas sejam claras, honestas e prévias. O conflito é resolvido quando a criança se sente valorizada pelo adulto que a ajuda a compreender o respeito, os direitos alheios, adquirindo o senso de propósito e direção. Quando a criança recebe esse apoio do adulto, pode resolver seus conflitos e adquirir senso de direção e de propósito (Erikson, 1993).

Nesta fase, a criança já brinca em grupo e são úteis os brinquedos que estimulem a sociabilidade e a criatividade, tais como livros de histórias,

giz de cera, massa de modelar, pinturas a dedo, atividades de cortar, colar e pintar, quebra-cabeças com peças grandes para montagem, teatro de fantoches e marionetes, brincadeiras ao ar livre, casinha que simule o lar ou o hospital para a criança poder incrementar a socialização e a necessidade de cuidados e tratamento. A utilização do brinquedo dramático possibilita para a criança pequena trabalhar seus conflitos vivenciados, conduzindo-a à diminuição de ansiedade por meio da repetição do que lhe causou grande impacto. Isto significa reorganizar as emoções de forma natural, para promover a auto-terapia de que a criança dispõe (Associação brasileira dos fabricantes de brinquedos, 2010; Figueiras, Souza, Rios, Benguigui, 2005; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003; US Consumer Product Safety Commission, 1988).

4. **Diligência versus inferioridade** - fase de latência e adormecimento sexual do escolar. A compreensão de regras deriva-se do controle da atividade física e intelectual, característicos desta fase, e do contato social vivenciado na escola. Neste estágio, a criança necessita da oportunidade para usar os grandes músculos nas brincadeiras mais complexas, de liberdade para exercer a autonomia e a iniciativa, bem como lidar com tensões, frustrações e hostilidade. O adulto pode ajudar a criança, oferecendo-lhe carinho, afeto, clareza de controle, nível de exigência de maturidade, com um alto grau de comunicação e de valorização demonstrados à criança. O conflito é resolvido quando a criança alcança status, em seu grupo de pares, pelo desenvolvimento de habilidades, o que contribui para a sensação de realização (Erikson, 1993).

Nesta fase, é indicado o brinquedo relacionado com a concentração, pensamento estratégico, estimuladores de criatividade, de normas e regras, principalmente em grupo ou equipe, como jogos de mesa e didáticos, música, realidade virtual sob supervisão (Associação brasileira dos fabricantes de brinquedos, 2010; Figueiras, Souza, Rios, Benguigui, 2005; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003; US Consumer Product Safety Commission, 1988).

Face ao exposto, evidencia-se que selecionar e oferecer brinquedos de forma segura às crianças constitui-se em responsabilidade dos adultos no que diz respeito à avaliação das características de desenvolvimento, de forma individualizada, bem como das limitações, quer estas sejam transitórias ou permanentes. Assim, os brinquedos oferecidos serão apropriados à idade da criança, a seus interesses e limitações (Hockenberry, Winkelstein, Wong, 2006).

A segunda sugestão correspondente ao tópico 1.2 foi de *garantir o direito* do brincar, considerada plenamente adequada e incorporada.

Vale ressaltar que, leis que garantam direitos às crianças surgiram somente a partir do século XX, quando a criança começou a ser vista como um ser diferenciado, com características próprias, cuja vulnerabilidade e dependência permearam a procura de meios para protegê-la. Várias instituições e segmentos da sociedade caminharam em busca da criação de leis em defesa da criança (Gomes, Caetano, Jorge, 2008).

A iniciativa da Declaração dos Direitos da Criança pela Organização das Nações Unidas, em 1959, baseada na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, instituiu dez direitos e liberdades. Dentre os direitos que se relacionam ao brincar, pode ser citado o direito à proteção especial ao desenvolvimento físico, mental e social, bem como o direito ao lazer infantil sem distinção de etnia, religião ou nacionalidade (Gomes, Caetano, Jorge, 2008).

No que tange ao tópico 1.3, duas sugestões foram apresentadas. A primeira sugestão foi *definir o que é brinquedoteca hospitalar e abordar que a brinquedoteca é um espaço apropriado para a realização de brincadeira e não para tratamentos*.

Brinquedoteca pode ser definida como um espaço lúdico provido de brinquedos e jogos educativos, recreativos e artísticos destinados a estimular crianças e adolescentes internados, bem como seus acompanhantes, a brincar livre e espontaneamente. É um espaço utilizado como um recurso para a criatividade, a socialização e o lazer, o que pode

contribuir para a construção e/ou fortalecimento das relações de vínculo e afeto entre as crianças e seu meio social (Brasil, 2005).

A responsabilidade das ações na brinquedoteca não está direcionada especificamente a recreacionistas, mas a todos os profissionais da saúde que cuidam da criança, quer dizer, pode ser parte do cotidiano de todos os profissionais que cuidam de crianças.

No Brasil, a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que oferecem atendimento pediátrico em regime de internação é prevista desde 21 de março de 2005, de acordo com a Lei Nº 11.104 (Brasil, 2005). Atualmente, há registro de 46 brinquedotecas em clubes, hospitais, clínicas, faculdades, escolas, universidades, particulares. Entretanto, a falta deste registro dificulta o controle e implantação de políticas públicas (Associação Brasileira de Brinquedos, 2010).

Segundo a Associação Brasileira de Brinquedotecas (2010) os objetivos de uma brinquedoteca são vários. Um dos seus propósitos é favorecer o acesso ao suporte do brincar, isto é, ao brincar propriamente dito. Outro propósito é o de propagar a importância do brincar ao longo de todo o ciclo vital, e não somente durante a infância. As brinquedotecas que não se encontram em hospitais costumam vincular-se a escolas, ou atuam de modo isolado. Tendo em vista que, conhecer os objetivos de brinquedotecas não hospitalares, pode reforçar a compreensão da importância do seu uso, são apresentados os seguintes objetivos:

- Proporcionar oportunidade para que as crianças possam brincar sem cobrança de desempenho;
- Estimular o desenvolvimento da capacidade de concentrar a atenção e favorecer o seu equilíbrio emocional;
- Dar oportunidades para a manifestação de potencialidades como a criatividade;
- Proporcionar maior número de experiências;
- Proporcionar oportunidades para que elas aprendam a jogar, a participar, a compartilhar e a cooperar;
- Valorizar os sentimentos afetivos e cultivar a sensibilidade;

- Enriquecer o relacionamento entre as crianças, suas famílias e também com os profissionais;
- Incentivar a valorização do brinquedo como atividade promotora do desenvolvimento intelectual e social.

No que diz respeito ao tópico 1.4, foi apresentada uma sugestão: *acrescentar que a equipe multidisciplinar deve garantir a co-responsabilidade do familiar.*

Esta sugestão foi aceita por considerar-se importante a participação da família no processo, pois, ao envolver a família, aumentam as possibilidades da criança ser beneficiada no sentido de aproximação e comunicação com sua família. A própria brincadeira entre a criança e o adulto que a cuida, pode colaborar no fortalecimento dos laços afetivos, como observado inúmeras vezes na prática profissional. A comunicação entre pais e filhos, por meio de uma ferramenta lúdica, possibilita melhor interação entre ambas as partes, ajudando-as a lidar melhor com o processo de internação (Carvalho, Begnis, 2006).

Para os pais, a brincadeira possibilita dispersar do foco da doença e da hospitalização, contribuindo para seu próprio bem-estar e relaxamento. No entanto, vale apontar que, não se pode entender o relacionamento com os pais como sendo coercitivo, inclusive por que estes também necessitam de cuidado e apoio, naturalmente, de modo particular (Carvalho, Begnis, 2006).

Além das sugestões apontadas pelas juízas no conteúdo das ementas, uma observação de caráter geral foi apresentada: *mudar “assuntos” para “temas”,* nos três **Quadros**. A mudança foi aceita, por sua abrangência, tal como a seguir demonstrado, por suas definições. Assunto é definido como objeto ou matéria que vai ser tratada como uma observação, consideração, atenção ou interesse (Ferreira, 2009). Tema, por sua vez, constitui uma idéia principal que vai ser tratada ou demonstrada com prévia revisão da literatura quanto a definições e descrições, revelando uma diversidade considerável na identificação de idéias (Santis, Ugarriza, 2000).

Deste modo, sua adoção favorece a compreensão pela evocação sucinta e clara de um significado compartilhado por um grupo social.

Os seis tópicos que compunham o **Quadro 2** foram analisados e modificados, de acordo com as sugestões das juízas.

Para o tópico 2.1 foram apresentadas duas sugestões, das quais a primeira tratava de *substituir a palavra projetar pela palavra expressar*.

A justificativa é que o termo projetar é mais utilizado pela área de psicologia. Projetar é um mecanismo de defesa ou ajustamento no qual os atributos pessoais de determinado indivíduo, quer pensamentos inaceitáveis ou indesejados, quer emoções de qualquer espécie, são atribuídos a outra pessoa. A projeção psicológica ocorre quando os sentimentos ameaçados ou inaceitáveis de determinada pessoa são reprimidos e depois projetados, permitindo encontrar uma solução para conflitos não resolvidos no nível da consciência (Gay, 1998).

O termo *expressão dos sentimentos* pode ser definido como a tentativa de interagir com alguém para manifestar sentimentos de modo verbal ou não. Tenta-se expressar ou transmitir um fato, uma idéia, uma atitude, um gesto ou um comportamento. Também possibilita confirmar ou verificar algo para poder entender melhor (Hockenberry, Winkelstein, Wong, 2006; Silva, Cabral, Christoffel, 2010). Quando a criança vivencia situações de dor, medo de procedimentos ou de rotinas incomuns, poderá expressar ou comunicar seus sentimentos, revivendo-os ou manifestando situações que a preocupam. Assim, a mudança de termo foi considerada pertinente.

Um segundo motivo para a mudança de termo refere-se ao fato de que compete aos profissionais de enfermagem a busca por conceitos e terminologia própria a seus específicos objetivos de cuidado.

A segunda sugestão relacionada com o tópico 2.1, *explorar o conceito de brinquedo terapêutico e seu objetivo*, foi acatada por ressaltar a importância do recurso em questão.

O brinquedo terapêutico pode ser definido como um brinquedo estruturado que encoraja a criança a enfrentar e lidar com situações

ameaçadoras e experiências atípicas para a idade, aliviando sua ansiedade (Vesey, Mahon, 1990; Zahr, 1998; Ziegler, Prior, 1994). Quando a criança não consegue compreender alguma situação difícil ou tiver dificuldades, necessita mais do que uma recreação para resolver a ansiedade. O brinquedo terapêutico, recurso utilizado por crianças de qualquer idade, se transforma numa das ferramentas mais efetivas para liberar e controlar a tensão e o estresse em qualquer ambiente, pelo poder que tem de estimular a criança a expressar emoções, libertar impulsos e desejos, de uma forma socialmente aceitável (Erickson, 1993; Hockenberry, Winkelstein, Wong, 2006).

Um exemplo que pode ser citado, para frisar uma das funções do brinquedo terapêutico, é a situação de estresse que a criança pré-escolar vivencia, ao ter que ser submetida a punção venosa. Após dramatização do BT pela equipe de enfermagem, a criança consegue se fortalecer, tornando a experiência suportável, no sentido de enfrentar e dominar uma situação estressante. Há domínio da situação com o uso da brincadeira e da fantasia (Medeiros, Matsumoto, Ribeiro, Borba, 2009)

A brincadeira permite que o adulto e o profissional, preocupados com as necessidades da criança, possam observar e avaliar medos e desejos que as crianças não são capazes de verbalizar, seja pela limitação de vocabulário, seja por problemas de comunicação. A brincadeira ajuda a revelar o que a criança está sentindo. Brincando de “faz-de-conta”, a criança explora seus próprios limites para entender o que acontece com ela (Hockenberry, Winkelstein, Wong, 2006; Kiche, Almeida, 2009; Sabino, Almeida, 2006; Vessey, Mahon, 1990).

Portanto, o objetivo central da utilização do brinquedo terapêutico é facilitar o bem estar psicológico e emocional da criança. De acordo às necessidades identificadas da criança, o BT pode ter objetivo específico de auxiliar uma melhor compreensão de situações que gerem ansiedade pela orientação ou liberação de sentimentos (Vessey, Mahon, 1990).

No que tange ao tópico 2.2, também duas sugestões foram apresentadas. A primeira foi *acrescentar que o brinquedo instrucional se dá*

por meio de uma atividade lúdica com adaptações das atividades segundo a necessidade da criança.

A criança apresenta diferentes necessidades, de acordo com o local em que se encontra, bem como com sua idade e experiências. O brinquedo instrucional pode ser aplicado em várias situações, de acordo com as necessidades da criança. Tal o caso de crianças que necessitam serem submetidas a uma série de procedimentos intrusivos, dolorosos, incômodos e desagradáveis. Esses momentos se transformam em experiências desagradáveis, amedrontadoras e traumáticas, gerando medo e ansiedade, expressos por manifestações típicas da idade como raiva, choro, agitação e agressões peculiares à idade (Thompson, 1994; Zahr, 1998; Ziegler, Prior, 1994).

A família também precisa entender os procedimentos que irão ser aplicados na criança, para que possa ajudá-la e colaborar com a terapêutica. A orientação, de forma lúdica, promove à criança aprendizado e facilidade para lidar e enfrentar diferentes situações com maior tranquilidade e segurança. A realização de procedimentos, como curativos, punção venosa, procedimentos cirúrgicos, utilização de dispositivos de oxigenoterapia em domicílio, por exemplo, necessitam de explicação clara, verdadeira, de forma lúdica, e de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança. Pesquisas constataam a eficácia da aplicação do brinquedo instrucional na assistência de enfermagem quando verificada a resolução da ansiedade e melhor compreensão das crianças em diferentes experiências (Kichie, Almeida, 2009; Martins, Ribeiro, Borba, Silva, 2001; Medeiros, Matsumoto, Ribeiro, Borba, 2009; Shipton, 1999; Thompson, 1994; Zahr, 1998; Ziegler, Prior, 1994).

A segunda sugestão relacionada com o tópico 2.2 foi *incluir a aplicação do brinquedo terapêutico também em grupo de crianças, até mesmo junto com familiar, com o propósito da atividade e da meta do enfermeiro.*

A permanência dos pais e a participação nas atividades das crianças, sob orientação do enfermeiro, propicia maior segurança para a

inclusão da família (Hong, Murphy, Connolly, 2008). O brincar interativo possibilita a representação da realidade sócio-cultural infantil e auxilia na compreensão e elaboração da situação de exceção que a criança vivencia. A brinquedoteca é o local mais procurado pelas crianças, portanto, constitui-se em local que pode ser utilizado para agrupar várias crianças e adultos e para trabalhar objetivos comuns entre os mesmos (Hockenberry, Winkelstein, Wong, 2006). O brincar facilita a interação com outras crianças e adultos, estimulando a aproximação e atividade participativa e interativa da família ou acompanhantes e dos profissionais.

No que concerne ao tópico 2.3, somente uma sugestão foi apresentada: *esclarecer que o brinquedo dramático promove autoterapia por ajudar a aliviar ou resolver temporária ou definitivamente conflitos.*

De acordo com Erickson (1993), Green (1974) e Vessey, Mahon (1990), o brinquedo é a forma natural de autoterapia que a criança dispõe, pois possibilita que a criança trabalhe com a expressão e extravasamento de sentimentos e emoções. Este processo, que ocorre a partir da própria autonomia infantil, pode ser favorecido pelo adulto, especialmente pelo enfermeiro da área de cuidado à criança. No caso do adulto, cabe prover ambiente, tempo e, na medida do necessário, o suporte que permita a autoexpressão da criança (brinquedos e materiais, tais como, papel, lápis, massa de modelar, areia, entre outros) e, principalmente, compreender o processo que ela está vivendo.

No tópico 2.4 também houve uma sugestão, *substituir a palavra “orientar” pela palavra “explicar” em relação ao procedimento a que a criança será submetida.*

O verbo orientar é muito utilizado na prática de enfermagem, com o objetivo de transmitir ensinamentos que possam facilitar o entendimento quanto aos procedimentos ou aplicá-los, em algum momento, no domicílio. Não obstante, este verbo transitivo significa comunicar, transmitir, dispor algo pré-estabelecido (Ferreira, 2009). A palavra explicar é definida como ensinar, fazer com que se compreenda de forma clara (Ferreira, 2009).

Assim, a segunda forma tem um caráter mais concreto. Apesar de orientar ser palavra já consagrada na prática de enfermagem, compreende-se que a sugestão da juíza foi no sentido de que se enfatizasse a importância de se ter em conta o modo da criança aprender, que parte do concreto. Por haver concordância integral com a sugestão, a mesma também foi aceita.

Para o tópico 2.5 foi feita uma sugestão: *substituir a expressão brincar facilitador das funções biológicas pela expressão brincar facilitador das funções fisiológicas*.

O termo fisiológico é mais amplo do que biológico, incorporando processos estruturais e dinâmicos. Assim, a expressão fica mais clara quando se refere à modalidade de brinquedo terapêutico, que potencializa o uso das funções fisiológicas da criança de acordo com a sua condição, o que favorece na recuperação e na melhora do estado de saúde.

Em relação ao tópico 2.6, sobre inclusão do brincar terapêutico na sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a sugestão emitida pelas juízas foi *adicionar à ação de eficácia, de acordo com as necessidades e etapa de desenvolvimento da criança*.

A sugestão consistiu em enfatizar a importância de se obter resultado que efetivamente alcance o propósito previamente determinado. Entende-se que eficácia é esperada em qualquer uma das ações de enfermagem. Portanto, apesar de se concordar com a sugestão, entende-se que é, em princípio, extensiva a qualquer uma das propostas de cuidado de enfermagem, especialmente as que são tratadas no âmbito deste trabalho (Munhoz, Ramos, Cunha, 2008).

Os treze tópicos que compunham o **Quadro 3** foram analisados e modificados, de acordo com as sugestões das juízas.

No que tange ao tópico 3.2, relacionado à comunicação, foram apontadas duas sugestões: A primeira foi discriminar os tipos de comunicação não verbal envolvendo a *comunicação tacênica*.

O enfermeiro que assiste crianças deve ter conhecimento e habilidades para uma comunicação efetiva. Comunicar-se de maneira não-verbal é uma das formas que o enfermeiro pode utilizar no cotidiano do cuidar da clientela pediátrica. A comunicação não-verbal compreende toda informação veiculada por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientação espacial do corpo, singularidades somáticas, quer naturais, quer artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos (Stefanelli, 2005), incluindo a tacênica.

Ainda em relação ao tópico 3.2, foi realizada outra sugestão: *introdução do conceito de comunicação simbólica*.

Entende-se que a sugestão foi lembrada com a finalidade de se abordar tal fundamentação por ocasião da elaboração do sítio virtual, com o qual se concorda. Neste sentido, dá-se ênfase à comunicação verbal tal como apresentado em relação ao tópico 3.2, imediatamente acima, bem como ao emprego das formas simbólicas próprias do brincar. O brinquedo dá oportunidade à criança de expressar-se de forma não verbal através dos significados dos objetos utilizados, desvelando sua interioridade na brincadeira e no cenário construído em torno dela. O brinquedo simbólico, o pensamento separado dos objetos e da ação, surge das idéias e não dos objetos (Brazelton, Greenspan, 2002).

As linguagens não verbais também fazem parte do corpo da comunicação simbólica e, como tal, serão abordadas no sítio a ser construído.

Para o tópico 3.3, referente à importância da comunicação entre a criança e o adulto, duas sugestões foram apresentadas. A primeira sugestão foi *acrescentar às necessidades da criança, a de levar em conta o que esta sente*.

Entende-se que ocorreu um equívoco de comunicação, uma vez que a prática da enfermagem ocorre a partir das necessidades das crianças, segundo o marco teórico de Brazelton, Greenspan (2002). De acordo com este marco, as necessidades da criança compreendem, também, seus relacionamentos afetivos, cruciais para seu pleno desenvolvimento.

Relacionamentos afetuosos, sensíveis e sustentadores, possibilitam à criança construir confiança nos outros, a sentir empatia e a regular seus comportamentos e sentimentos (Brazelton, Greenspan, 2002).

Desta forma, o que a criança sente é uma de suas necessidades e seria levado em conta de qualquer modo. No entanto, entende-se que a solicitação da juíza foi proveitosa no sentido de enfatizar a importância desta necessidade, o que será feito por ocasião da elaboração do sítio virtual, propriamente dito.

A segunda sugestão referente ao tópico 3.3 foi *acrescentar que a comunicação também possibilita, à criança, compreender o profissional. Isto é, que a comunicação é bidirecional.*

A sugestão foi incorporada, uma vez que, é sabido que o brincar facilita a interação. Estudos realizados com brinquedo constataram a facilidade de comunicação entre a criança e o adulto (Schmith, Piccoli, Viera, 2003).

Com a utilização da brincadeira, o profissional interessado nas necessidades da criança pode observar e avaliar medos e desejos. Pela limitação de verbalização ou de vocabulário, ou por dificuldades de expressão, a comunicação não verbal ajuda a criança a demonstrar seus sentimentos.

O enfermeiro que propicia o uso do brinquedo, cria um vínculo de aproximação e de amizade com a criança. Por sua vez, a criança passa a entender e aceitar o profissional que a assiste, intensificando sua relação.

Para o tópico 3.5, que versa sobre técnicas de comunicação terapêuticas como facilitadoras da comunicação, houve uma única sugestão: *esclarecer que as técnicas de comunicação terapêutica são usadas quando cabíveis.* Tal o caso de reflexão de sentimentos.

Julga-se que, pode ter havido uma interpretação apressada do conteúdo da ementa, uma vez que, inegavelmente, a estratégia da reflexão de sentimentos é empregada quando percebida como necessária. A reflexão de sentimentos, principal forma facilitadora de comunicação, por

dependem todas as outras desta, otimiza o sintonizar com o mundo interior da criança, podendo, dessa forma, transmitir aceitação e compreensão, pois, se abre a porta para a comunicação mais profunda. A reflexão de sentimentos consiste em dizer ao outro, explicitamente, os sentimentos subjacentes que são captados nas mensagens que foram emitidas. (Maldonado, 2008).

Um exemplo que ilustra este tipo de comunicação é a necessidade de injeção, algo potencialmente amedrontador a uma criança, pela dor que causa, mesmo que mínima. Ao sintonizar com a apreensão da criança, o enfermeiro pode perguntar se está apreensiva pela dor. Colocar em campo o tema específico que está atemorizando a criança, ajuda-a a compreender que é legítimo o que sente, bem como a focalizar com exatidão sua preocupação. A partir daí, o profissional busca elementos que a apoiem.

Enfatiza-se que, a comunicação centrada na pessoa, preconizada por Maldonado (2008), pode ser utilizada em qualquer tipo de relacionamento. Consiste numa postura filosófica perante o outro, ao aceitá-lo como um ser humano que merece respeito e aceitação, bem como em postura metodológica, uma vez que compreende estratégias e tecnologias, as quais podem ser aperfeiçoadas ao longo da trajetória profissional. Possibilita à criança sentir-se melhor compreendida, com maiores possibilidades para explorar sentimentos, emoções e experiências. As estratégias de comunicação terapêutica devem adequar-se à etapa do desenvolvimento da criança e às suas vivências (Maldonado, 2008).

Outras sugestões relacionadas ao emprego da comunicação terapêutica (**Quadro 3**) foram trabalhadas por meio de exemplos, uma vez que estes podem trazer clareza a conceitos.

Outra modificação realizada nos três **Quadros**, apesar de não ter sido sugerida pelas juízas, refere-se à mudança do título da coluna das ementas, propriamente ditas, para “Ementa dos temas a serem desenvolvidos no site”, por ter sido observado que não havia ficado claro que os tópicos arrolados eram ementas de temas que serão desenvolvidos por ocasião da elaboração

do sítio virtual. Ementa é definida como lembrete, lista, resumo, descrição, apontamento essencial de uma matéria ou conteúdo conceitual ou conceitual/procedimental de uma disciplina, na forma de um fichamento. A ementa é uma condensação documentária especializada, de natureza técnico-científica concisa, precisa e clara, constituindo um valioso instrumento de representação temática. Além disso, a ementa deve garantir a representatividade de um conteúdo temático que tem também caráter especializado (Ferreira, 2009; Guimarães, 2004).

Os coeficientes de Cronbach, obtidos no primeiro ciclo, para os três domínios temáticos, organizados nos três **Quadros (1 a 3)** já apontavam para o encerramento da consulta às juízas, por terem sido maiores do que 0,70, critério inicialmente estipulado.

No entanto, decidiu-se pela realização de um segundo ciclo, por dois motivos: havia disponibilidade de tempo para tal e seria uma excelente oportunidade de se dialogar com as juízas, inclusive valorizando seu trabalho na primeira etapa. Assim, o segundo ciclo foi realizado, apesar de ser, em tese, desnecessário.

5.2.2 Segundo Ciclo

Para os **Quadros 4, 5 e 6** foi aplicado o coeficiente Alfa de Cronbach para a propriedade e para a clareza, obtendo-se os resultados de 0,90 e 0,91 respectivamente, para os três **Quadros** juntos. Tal como no primeiro ciclo, considerou-se 0,70 como o critério de corte (Nunnaly, 1978).

Como não foi possível a medição do efeito de eliminação de cada quesito com o Alfa de Cronbach, por serem os dados muito homogêneos, mediu-se a porcentagem de concordância em cada um deles, atingindo-se valores acima de 70%. Assim, no que concerne a propriedade, obteve-se 100% de concordância para os quatro itens, exceto o de número 4.3 que teve 91,7%. Também para a clareza, foram apontados valores excelentes, com variação de 83,3% a 91,7%.

As sugestões feitas pelas juízas, neste segundo ciclo, foram consideradas pertinentes e são discutidas a seguir:

Para o item 4.1, cujo conteúdo estava relacionado com o conceito de brincar, funções do brinquedo de 0 a 10 anos de idade, foram apresentadas duas sugestões. A primeira *foi ampliar a idade das crianças para 12 anos*.

No que diz respeito a esta sugestão, a definição inicial contemplava a idade da adolescência a partir dos dez anos, em acordo com o consenso de classificação da Organización Mundial de la Salud (1965) que considera a adolescência dos 10 aos 20 anos. De acordo com a Academia Americana de Pediatria, o início da adolescência é aos 10 anos, com término aos 21 anos de idade (American Academy of Pediatrics, 2008). No Brasil, o Ministério da Saúde, em acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8.069/90, circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade (Brasil, 1990).

Como se vê, os critérios variam, mas não a ponto de descaracterizar as fases, ponto crucial deste tópico. Assim, levando-se em conta que a caracterização das fases se faz tanto pelo critério da idade civil, quanto pelo próprio desenvolvimento, e que estas têm que ser avaliadas a cada situação, a opção foi pela extensão do período. No entanto, é importante ter em mente que tanto a fase escolar quanto a fase da adolescência podem variar e que os critérios para se considerar o pertencimento a cada uma delas são os próprios do desenvolvimento, mais do que os da idade cronológica.

A outra sugestão relacionada ao item 4.1 foi *frisar o direito da criança brincar, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Internacional Play Association*.

Pela importância do brincar, julgou-se extremamente oportuna esta sugestão que prevê o brincar como um direito inalienável. O Estatuto da Criança e do Adolescente foi instituído, em nosso país, a partir das discussões acerca dos direitos destes sujeitos, discussões estas que se tornaram particularmente acirradas a partir de 1978, Ano Internacional da Criança (Organización de las Naciones Unidas, 2009). Deste modo, a criação de várias associações que se articularam em defesa dos direitos da infância, culminando com a aprovação do Estatuto da Criança e do

Adolescente em 13 de julho de 1990, é um dos fatores determinantes desta nova concepção da fase que vai do nascimento ao início da vida adulta. No que diz respeito ao brincar, o ECA, o prevê em seu capítulo II, artigo 16 item IV tal como anteriormente referido (Brasil, 1990).

É necessário salientar que, o direito de brincar é também previsto na Declaração da International Play Association (2010), organização internacional de defesa do direito de brincar e da recreação infantil, cujo propósito já foi apresentado anteriormente.

No que tange ao tópico 4.3, que aborda definição de brinquedoteca hospitalar, foram apresentadas duas sugestões, sendo que a primeira consistiu em *frisar que a brinquedoteca no âmbito hospitalar deve colaborar para o desenvolvimento físico, intelectual e social da criança*.

Tendo em vista que é inegável que a oportunidade de brincar efetivamente colabora para que a criança se desenvolva em todos os aspectos sugeridos, julgou-se adequado incorporar esta sugestão. Entende-se que se trata de explicitar algo que já tinha sido exposto anteriormente, mas que, em razão de sua importância, merece um aporte adicional.

Assim, o brinquedo não é apenas um incentivo à diversão e ao entretenimento, mas é alternativa de favorecimento do desenvolvimento físico, social, emocional e intelectual que se transforma em terapêutico, auxiliando a diminuir o estresse, medo e ansiedade da criança (Hockenberry, Winkelstein, Wong, 2006; Winnicott, 1975). Dessa forma, o direito de brincar é preservado, mesmo quando a criança se encontra hospitalizada (Brasil, 2005).

A segunda sugestão referente ao tópico 4.3 recomendava *frisar a importância da brincadeira na Política Nacional de Humanização*.

Sabe-se que ao propiciar o bem estar da criança e mesmo a seus pais e/ou responsáveis, a brincadeira contribui para um ambiente humanizado, tornando o ambiente hospitalar mais acolhedor (Rios, 2009). Para tal, faz-se necessário uma cultura institucional de humanização, preconizada em nosso país pela Política Nacional de Humanização, que

consiste em um conjunto de valores, hábitos, procedimentos, normas e afetos produzidos pelas pessoas e pelo conjunto institucional no trabalho em suas três dimensões: a tecnológica, a institucional e a afetiva (Rios, 2009).

A dimensão tecnológica compreende os procedimentos de organização do trabalho, conhecimentos e habilidades para a ação, bem como definição de papéis. Neste caso, pode-se considerar a utilização dos manuais explicativos como orientações importantes para a equipe de saúde e mesmo para os familiares.

A dimensão institucional refere-se ao conjunto de normas de funcionamento e de relacionamentos sociais, crenças e valores compartilhados. Neste sentido, por exemplo, a visita diária ao paciente e seu acompanhante, dever do enfermeiro, permite levantar necessidades e fazer o diagnóstico para assistir de forma individualizada.

A dimensão afetiva refere-se aos sentimentos e emoções que permeiam as relações entre as pessoas e destas para com a instituição (Rios, 2009). Assim, para os profissionais dos cuidados, por exemplo, seria permitirem-se criar e manter relações de afeto com as crianças.

Estas três dimensões se complementam, ocorrem simultaneamente, tendo sido apresentadas em separado apenas para fins de clareza.

É neste contexto que o programa de implantação de brinquedotecas em instituições públicas está articulado à Política Nacional de Humanização.

No que concerne ao tópico 4.4, a sugestão foi por *substituir a palavra riscos/acidentes na brincadeira por segurança na brincadeira*.

A sugestão foi incorporada uma vez que a conotação de “segurança”, em nosso meio, vem sendo compreendida como mais ampla do que as de “risco” e de “acidente”. Segurança implica em uma autêntica cultura que compreende desde a escolha dos brinquedos, seu uso, manutenção, armazenamento e adequação à fase de desenvolvimento das crianças. Compreende, também, investimento ativo na capacitação dos profissionais responsáveis pelos cuidados com a criança como um de seus maiores

objetivos. Acessoriamente, e não menos importante, é o investimento nos familiares, acerca desta temática tão importante.

Cumpre salientar que entidades nacionais e internacionais vêm dando importância crescente à temática da segurança da criança sob mais de um aspecto. Assim, no Brasil a certificação dos brinquedos importados e nacionais é uma atividade de caráter compulsório. A segurança dos brinquedos se baseia na norma do Mercado Comum do Sul (Mercosul) -NM-300/2002, substituindo a norma anterior da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) 11786/2004 e do Regulamento Técnico Mercosul, anexo à Portaria do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO) 108/2005. (Mercado Común del Sur, 2004; Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2004; Instituto Nacional de Metrologia Normalização e Qualidade Industrial, 2005).

Dessa forma, para garantir a segurança dos brinquedos, INMETRO certifica os brinquedos por meio de ensaios em laboratórios credenciados e definidos segundo o tipo de brinquedo (Instituto Nacional de Metrologia Normalização e Qualidade Industrial, 2008). Estes testes, realizados por organismos acreditados pelo INMETRO, identificam possíveis riscos que, mesmo não sendo percebidos pelo consumidor, podem surgir durante o uso normal pela criança.

Segundo o Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (2008), os parâmetros de avaliação dos brinquedos são:

1. **Rotulagem, literatura e marcação:** consiste em informar, de modo claro na língua portuguesa, o manuseio e a faixa etária a que se destina o brinquedo. Compreende, ainda, a identificação do fabricante, bem como advertências, se necessárias, tais como "CUIDADO", "ATENÇÃO", "NÃO APROPRIADOS PARA CRIANÇAS MENORES DE 3 ANOS" e/ou contém grampos, cantos afiados, pontas agudas ou quaisquer outras características que possam constituir risco para a criança.
2. **Toxicologia:** compreende o controle da quantidade de metais pesados que não devem ser usados em quantidade ou forma que possam afetar a saúde das crianças. A norma estabelece valores

máximos dos seguintes elementos químicos: antimônio, arsênio, bário, cádmio, chumbo, cromo, mercúrio e selênio.

3. **Ensaio de Abuso Razoavelmente Previsível:** destina-se a simular a exposição de um brinquedo a dano mecânico, a queda ou arremesso, além de outras ações que podem ser executadas por uma criança. O brinquedo deve permanecer íntegro ou não soltar peças ou pedaços que possam ser ingeridos ou aspirados por crianças.
4. **Ensaio de Queda:** refere-se à simulação de situações que podem ocorrer quando um brinquedo sofre um impacto, segundo a faixa etária a que se destina. Tem a mesma finalidade do anterior.
5. **Objetos pequenos, pontas e projeções perigosas:** consiste em anular ou minimizar riscos ligados à ingestão ou inalação de peças que podem ser quebradas ou retiradas dos brinquedos, além de eliminar riscos referentes aos elementos usados na montagem, como arames, pinos, pregos e grampos.
6. **Ensaio de torção e tração para retirada de componentes** que consistem na realização de testes de esforços de tração e torção das peças passíveis de serem pegadas pela criança com as mãos ou com a boca.
7. **Cordas e elásticos.** Brinquedos com esta característica não são apropriados para crianças pequenas uma vez que podem se enroscar ou ferir. Assim, devem apresentar na embalagem a advertência: "ATENÇÃO: NÃO RECOMENDÁVEL PARA MENORES DE 3 ANOS POR CONTER CORDÃO LONGO, NO QUAL PODEM-SE ENROSCAR", além de símbolo específico que indica risco para crianças desta faixa etária.
8. **Ensaio para mordedores** são específicos e rastreiam a possibilidade de serem engolidos e/ou aspirados. Quando há presença de furos, devem ser projetados de modo que não haja risco de prenderem os dedos da criança e causar bloqueio da circulação sanguínea.

Apesar desta normalização, o Brasil ainda enfrenta riscos relacionados à segurança dos brinquedos em razão de fabricações clandestinas, comercializadas à margens dos organismos oficiais, além de brinquedos que eventualmente não seguem as normas de segurança brasileira, bastantes rígidas. É comum que o INMETRO apreenda brinquedos por falta de selo ou selo falsificado que carecem de análise para detecção de problemas que ponham em risco a saúde da criança. Pode-se citar que no primeiro semestre de 2008, último dado encontrado nesse órgão, houve um total de 5.000.000 de brinquedos apreendidos com índice de irregularidade de 99,8% (Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial, 2008).

Comissões americanas e européias de segurança dos brinquedos reformularam as normas no sentido de aumentar a responsabilidade dos fabricantes e importadores, reforçar a fiscalização dos mercados nacionais, bem como orientar pais e responsáveis pela supervisão às crianças, enquanto brincam (American Academy of Pediatrics, 2008; Comisión Europea, 2010; US Consumer Product Safety Commission, 1988).

Assim, a questão da segurança no que diz respeito à fabricação, ainda exige bastante em termos de atuação dos profissionais de enfermagem.

Um segundo aspecto fundamental no que tange a segurança da criança ao brincar, consiste na supervisão do adulto em relação a seleção dos brinquedos que não ofereçam risco e a vigilância, principalmente, no caso de crianças pequenas e a própria educação desta para o manuseio seguro do brinquedo.

Finalmente, vale ressaltar a existência, em nosso país, da Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos (ABRINQ), que disponibiliza aos interessados um guia com intuito de orientar a pais e profissionais sobre importância do brinquedo e do brincar (Associação Brasileira de Brinquedos, 2010).

No tópico 5.3, que se refere ao brinquedo dramático ou catártico, foi sugerido *excluir a frase promove a resolução temporária ou definitiva de tais situações*.

A justificativa é haver possibilidade de confundir com as proposições da ludoterapia. Acredita-se que esta sugestão se deu por excesso de zelo da juíza uma vez que, evidentemente, por ocasião da construção do sítio virtual, tais semelhanças e diferenças serão devidamente exploradas por consistirem em conteúdo importante para a aprendizagem.

Em relação ao tópico 5.3 também houve a sugestão de *acrescentar que o brinquedo dramático favorece a possibilidade do adulto, no caso o enfermeiro, aproximar-se e/ou estabelecer contato próximo com a criança, permitindo-lhe compreender o significado de suas vivências*.

Esta sugestão foi aceita e incorporada ao levar-se em conta que, o objetivo do enfermeiro, ao empregar o brinquedo terapêutico, consiste em ajudar a criança a lidar com situações novas, desconhecidas ou sem preparo prévio que podem gerar ansiedade. Ao usar o brinquedo, enfermeiro efetivamente se aproxima da criança de modo a compreender suas vivências e necessidades.

Outra sugestão correspondente ao tópico 5.5, relacionado com o brinquedo facilitador das funções fisiológicas foi de *acrescentar a palavra lúdicas no que tange às atividades para manter e melhorar a saúde física da criança*.

A sugestão foi aceita por se entender que torna mais claro o objetivo da ação de enfermagem proposta, qual seja, capacitar as funções fisiológicas por meio de estratégias lúdicas. A escolha das atividades reforça e possibilita maior participação da criança no autocuidado e a capacita em termos fisiológicos (Green, 1974; Ribeiro, 1999; Vesey, Mahon, 1990).

Em relação ao tópico 5.6, que diz respeito à inclusão do brinquedo na sistematização da assistência de enfermagem *foi sugerido antepor a palavra “maior” à “eficácia”*. A sugestão foi incorporada uma vez que, de fato, tal

como outras sugestões, possibilita ao profissional agregar resultados a seu trabalho.

Uma segunda sugestão, também referente ao tópico 5.6: *incluir a questão da competência legal do enfermeiro para uso do brinquedo terapêutico*, foi incorporada, e não poderia mesmo deixar de sê-lo, tendo em vista a importância do amparo legal no contexto da prática profissional. Assim, o enfermeiro está legalmente respaldado para utilizar o brincar e o brinquedo terapêutico na assistência à criança, tal como disposto pelos órgãos profissionais de enfermagem com a emissão da Resolução N° 295/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 2004) e pelo Processo de Comunicação Interno PRCI N.º 51669 do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2004). Estas resoluções asseguram ao profissional enfermeiro o direito de empregar a brincadeira e o brinquedo terapêutico na assistência à criança e sua família.

No que tange ao tópico 6.3 relacionado com a importância da comunicação entre a criança e o adulto, foi sugerido *reforçar que a comunicação terapêutica entre a criança e o profissional de saúde é importante durante o processo de brincar*.

Vale ressaltar que a comunicação aberta é indissociável para utilização do brinquedo e/ou brinquedo terapêutico, auxiliando na percepção das necessidades infantis. Desta forma, ambas se potencializam, motivo pelo qual a sugestão foi agregada.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

“Acredite na magia e na capacidade que o brinquedo tem para praticar a brincadeira e proporcionar assistência digna às crianças. Brinque seriamente!”

Anônimo

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As conclusões gerais referentes a esta pesquisa estão agrupadas em duas categorias: a referente à metodologia propriamente dita e a referente ao conteúdo.

Quanto à metodologia, pode-se afirmar que a técnica Delphi demonstrou, mais uma vez, sua aplicação na área de enfermagem. Neste estudo instrumentalizou quanto ao conteúdo a ser abordado em projeto educativo. Ressalta-se, mais uma vez, o caráter inovador do emprego da técnica Delphi para validação de um sítio virtual a ser construído. Outro aspecto no qual a Técnica Delphi foi inovadora, refere-se à possibilidade de diálogo com as juízas em momentos posteriores à obtenção do consenso, em termos estatísticos. Naturalmente, é preciso considerar que a técnica em si não deve ter sido a única envolvida neste processo; o engajamento pessoal e profissional das peritas também deve ter sido determinante na vontade de continuar o diálogo. Ressalta-se que, a técnica Delphi foi a mediadora deste processo e que tal crédito deve lhe ser atribuído.

No que diz respeito ao conteúdo, o brincar e o cuidado de enfermagem, é possível perceber o ganho decorrente da obtenção de autêntico programa de capacitação para enfermeiros da área de pediatria, projeto que terá continuidade e do qual se espera, em breve, dar notícias acerca de sua elaboração.

Assim, ao término desta pesquisa, encerra-se um ciclo iniciado com as inquietações decorrentes da percepção do sofrimento de crianças hospitalizadas vivendo situações novas, intrusivas e amedrontadoras. Durante este processo, os conhecimentos e reflexões a respeito das próprias crianças, suas famílias e atuação da equipe de enfermagem foram aprofundados. É necessário que a equipe de enfermagem esteja capacitada e consciente da importância de sua atuação. E é neste sentido que este estudo se insere, como etapa inicial de um trabalho que tem como fim promover o cuidado a seres humanos em uma etapa específica de sua vida: a infância. Este o motivo de enfatizar o provimento das necessidades da criança, obviamente, inserida na família. Desta plataforma conceitual,

também fazem parte a concepção de humanização do cuidado, atualmente tópico cotidiano da agenda de muitas instituições, além da noção acessória, mas igualmente importante, do cuidado atraumático. As três concepções se potencializam entre si, assim como adquirem novas forças no contato diuturno de sujeitos cuidados e sujeitos cuidadores. Estes últimos, por sua vez, absorvem estas concepções, para dar sentido a seu trabalho e, ao elaborarem novas propostas e estratégias, as reforçam ainda mais.

Este é o sentido último do estudo, e é neste contexto que espera-se que ele venha a ser compreendido e utilizado. Trata-se de um aporte à capacitação de enfermeiros, embasada no atendimento às necessidades infantis, compondo o cuidado atraumático no contexto temporal, geográfico e político da humanização das instituições hospitalares.

No decorrer deste trabalho, foram envolvidas doze importantes e atarefadas juízas que não hesitaram em dividir suas experiências. No entanto, todas as doze juízas continuaram colaborando ao longo da segunda fase, mesmo tendo sido informadas acerca dos resultados obtidos na primeira, o que permite uma inovadora conclusão acerca deste trabalho: a técnica Delphi pode facultar ir além da obtenção do consenso sobre os temas angulares.

Acessoriamente, outro aspecto estreitamente ligado ao acima citado deve ser mencionado: a rapidez com que se obteve o consenso, fato que demonstra o quanto a enfermagem, na figura destas juízas, está capacitada para o emprego do brincar no cuidar de crianças hospitalizadas. As divergências foram poucas e de caráter não fundamental como, por exemplo, considerar o início da adolescência aos dez ou doze anos de idade, o que demonstra com clareza, que importa mais a necessidade que a criança tem em termos de desenvolvimento, do que sua idade cronológica.

Outro ponto no qual se obteve inovação, neste trabalho, foi ao se antecipar uma etapa preconizada para o término do processo. A validação do conteúdo se deu antes da construção do sítio virtual, o que deve ser enfatizado, uma vez que o brincar ainda não é utilizado amplamente nos hospitais brasileiros.

Retomando a discussão, foi avaliado e obtido consenso a respeito do conteúdo das três áreas temáticas, cruciais para o brincar no cuidado em enfermagem pediátrica. Estas áreas foram: o brincar como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica; o brincar terapêutico como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica e a comunicação terapêutica criança-enfermeiro. O consenso foi obtido a partir de um grupo de juízas altamente qualificadas e diversamente localizadas em termos de área geográfica, indicativo de que, em enfermagem pediátrica, tem-se uma avaliação semelhante das necessidades infantis que podem ser atendidas pelo brincar.

O trabalho terá continuidade com a elaboração do sítio virtual, não sendo descartada a possibilidade de ser realizada nova avaliação com o emprego da técnica Delphi por ocasião de seu término. No entanto, o propósito desta nova pesquisa será diferente, uma vez se prenderá à exploração dos aspectos operacionais do próprio sítio virtual.

Vale tecer algumas considerações que podem ser interessantes quando se leva em conta as dimensões da assistência, do ensino e da pesquisa.

No que diz respeito à assistência, sabe-se que, hoje não há um dimensionamento do emprego do brincar em instituições hospitalares em nosso país, dimensionamento que exigiria um empreendimento de grande porte, tendo em vista as dimensões continentais de nosso país. No entanto, vale considerar a necessidade de ser realizado, em algum momento, inclusive como estratégia para implementação da política de humanização hospitalar com vistas à clientela pediátrica. Outros desdobramentos devem ser levados em conta em termos da também necessária humanização nos demais serviços de saúde, como unidades básicas e ambulatórios, por exemplo.

Não se pode deixar de mencionar a atuação dos serviços de educação continuada das instituições hospitalares, não somente em termos de atuação independente, mas também em rede e em parcerias com instituições de ensino e pesquisa.

Quanto a ensino e pesquisa, têm-se já alguns diagnósticos, como já anteriormente referido. No entanto, a mesma recomendação acima

apresentada é válida para este aspecto, inclusive porque o acompanhamento deve ser permanente. Vale ressaltar que, além das escolas de graduação em enfermagem, podem e devem ser envolvidas as instâncias de formação de técnicos e auxiliares de enfermagem, por sua importante atuação e capilaridade.

Finalmente, torna-se necessário a atuação conjunta com órgãos congregadores da profissão, agentes que não devem ser deixados de lado e que podem colaborar nos mais diversos aspectos, quer disseminando a prática, quer colaborando em termos de sua normalização.

Para além dos muros da profissão, não se pode esquecer a importância da atuação das organizações civis de apoio à criança doente ou portadora de condições especiais, parceiras vigorosas a serem chamadas para integrar a assistência à criança.

REFERÊNCIAS

“Não se preocupe com suas falhas ou no que tentou fazer, mas no que ainda é possível realizar.”

Papa João xxiii.

REFERÊNCIAS

Afifi A, Elashoff R. Missing observations in multivariate statistics. Part I: review of literature. *J Am Stat Assoc.* 1966;61(315):596-604.

Almeida F, Angelo M. Brinquedo terapêutico: comportamentos manifestados por crianças em unidade de recuperação pós-operatória de cirurgia cardíaca. *Rev Paul Enferm.* 2001;20(1):5-12.

American Academy of Pediatrics (AAP). Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children and adolescents and their families [Internet]. Illinois; c2008. [cited 2010 fev. 18].; 2010. Available from: http://brightfutures.aap.org/pdfs/Guidelines_PDF/1-BF-Introduction.pdf

Angelo M. Brinquedo: um caminho para a compreensão da criança hospitalizada. *Rev Esc Enf USP.* 1985;19(3):213-23.

Associação Brasileira de Brinquedotecas (ABBri). Histórico das brinquedotecas [homepage na Internet]. São Paulo; c2010. [citado 2010 out. 28]. Disponível em: <http://www.brinquedoteca.org.br/si/site/0022000?idioma=portugues>

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 11786: segurança do brinquedo. Rio de Janeiro; 2004. Disponível em: <http://www.abnt.org.br/Cancelamento/11786-Canc.pdf>

Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos (ABRINQ). Guia dos brinquedos e do brincar [homepage na Internet]. São Paulo; c2010. [citado 2010 set. 19]. Disponível em: http://www.abrinq.com.br/documentos/public_guia_brinquedos_brincar.pdf

Asociación Española de Fabricantes de Juguetes. Juguetes y género [homepage na Internet]. Madrid; c2000. [citado 2009 out. 2]. Disponível em: <http://www.crecerjugando.org>

Ávila A, German G, Paris M, Herrera J. Toys in a pediatric hospital: are they a bacterial source?. *Am J Infect Control.* 2004;32(5):287-90.

Ayton P, Ferrell W, Stewart T. Commentaries on The Delphi technique as a forecasting tool: issues and analysis" by Rowe and Wrigt. *Int J Forecast.* 1999;15(4):377-81.

Balbachevsky E. A pós-graduação no Brasil: novos desafios para uma política bem sucedida [Internet]. [S.l.s.n]; 2005. [citado 2010 ago. 27]. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon/desafios/9posgrado.pdf>

Barbosa T, Baptista S. Movimento de expansão dos cursos superiores de enfermagem na região centro-oeste do Brasil: uma perspectiva histórica. Rev Eletr Enf [periódico na internet]. 2008 [citado 2009 Fev 18];10(4):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a07.htm>

Bee H. A criança em desenvolvimento. São Paulo: Artmed; 2003.

Benjamin W. Reflexões: A criança o brinquedo a educação. São Paulo: Summus; 1969.

Bochembuzio L, Gaidzinski R. Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2005;18(4):382-9.

Bomtempo E, Hussein L, Zamberlan M. Psicologia do brinquedo: aspectos teóricos e metodológicos. São Paulo: EDUSP; 1986.

Bondioli A, Mantovani S. Manual de Educação Infantil de 0 a 3 anos. Porto Alegre: Artmed; 1998.

Boyer C. Trustworthy health and medical information: the health on the net initiative [Internet]. Geneve: Health On the Net Foundation; 2006. [cited 2008 set. 8]. Available from: <http://www.hon.ch/Global/pdf/TrustworthyOct2006.pdf>

Braga, W. Some considerations on tests exams and other student evaluations and assessments. In: Annals 18th International Congress of Mechanical Engineering; 2005 nov. 6-11; Ouro Preto (MG) [event at Internet]. Ouro Preto: COBEM; 2005. [cited 2010 mai. 5]. Available from: <http://www.ussers.rdc.puc-rio.br/wbraga/transcal/pdf/Papers/cobem05-1.pdf>

Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente [legislação na Internet]. Brasília; 1990 [citado 2010 ago. 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm

Brasil. Lei n. 11.104, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação [legislação na Internet]. Brasília; 2005 [citado 2008 fev. 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) [Internet]. Brasília; c2008 [citado 2008 mar. 10]. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/>

Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) [Internet]. Brasília-DF; c2010 [citado 2010 jul. 15]. Disponível em: http://www.inep.gov.br/default_portal.htm

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS [Internet]. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2004. [citado 2010 nov. 11]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar [Internet]. Brasília: Departamento de Humanização na Saúde; 2003. [citado 2010 nov. 11]. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br>

Brasil. Ministério de Educação e Cultura (MEC). Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados [homepage na Internet]. Brasília (DF); c2010. [citado 2010 out. 28]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>

Brazelton T, Greenspan S. As necessidades essenciais das crianças. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Brougère G. Brinquedo e cultura. São Paulo: Cortez; 1995.

Caetano K. Desenvolvimento e avaliação de um ambiente virtual de aprendizagem em administração em enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

Caetano K, Peres H. Desenvolvimento de quadrinhos digitais apoiando o aprendizado do processo de tomada de decisão em enfermagem. Rev Eletr Enferm [periódico na Internet]. 2009 [citado 2010 fev. 18];11:[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/244.doc>

Caetano K, Peres H. Metodologia para estruturação de hipertexto aplicado ao ensino de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2006;20(2):175-9.

Campos M, Rodrigues K, Pinto M. Evaluation of the preschool one just admitted in the unit of pediatrics and the use of the therapeutic toy. einstein. 2010;8(1Pt1):10-7.

Campos J, Paes C, Blank D, Costa D, Pfeiffer L, Waksman R. Manual de segurança da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2004.

Carvalho A, Begnis J. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. Psicol Estud. 2006;11(1):109-117.

Cassiani S. A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem. Estratégias, validade e confiabilidade [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1987.

Cassiani S, Rodrigues L. A técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégia de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 1996;9(3):76-83.

Cassiani S, Rodrigues L. O ensino da metodologia científica em oito escolas de enfermagem da região sudeste. *Rev Latino-am Enferm.* 1998;6(2):73-81.

Castro A, Rezende M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. *Rev Min Enferm.* 2009;13(3):429-34.

Chateau J. O jogo e a criança. São Paulo: Sumus; 1987.

Cintra S, Silva C, Ribeiro C. O ensino do brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no estado de São Paulo. *Rev Bras Enferm.* 2005; 24(1):57-8.

Coelho E. Gênero, saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(3):345-8.

Collière M. Origem das práticas de cuidados, sua influência na prática de enfermagem. Lisboa: Lidel; 1999.

Comissão Europeia. Normas de segurança dos brinquedos [homepage na Internet]. Bruxelas (Bélgica); c2010. [citado 2010 set. 19]. Disponível em: http://ec.europa.eu/news/environment/080125_1_pt.htm

Committee on Accidents and Poison Prevention. Safe Transportation of Newborns Discharged From the Hospital. *Pediatrics* [serial on the Internet]. 1990 [cited 2010 ago. 11];86(3): [about 3 p.]. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/86/3/486.pdf>

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 295/2004. Dispõe sobre a utilização da técnica do brinquedo terapêutico pelo enfermeiro à na assistência à criança hospitalizada [legislação na Internet]. Brasília; 2004 [citado 2008 set. 15]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4331>

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN - 274/2002. Dispõe sobre a utilização da Internet pelos profissionais de enfermagem e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 2002. [citado 2006 fev. 15]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4310>

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [legislação na Internet]. Brasília; 2007 [citado 2010 out. 20]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4394>

Conselho Regional de Enfermagem - (COREN-SP) [homepage na Internet]. São Paulo; c2004. [citado 2010 jul. 20]. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/node/1375>

Conselho Regional de Enfermagem. Processo PRCI n. 51669 de 24 de junho de 2004. Parecer fundamentado sobre utilização do brinquedo terapêutico pelo enfermeiro. São Paulo (SP): COREN; 2004.

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) [homepage na internet]. Brasília; c2009. [citado 2010 jun. 27]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/>

Costa J, Peres H, Rogenski N, Baptista C. Proposta educacional on-line sobre úlceras por pressão para alunos e profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009;22(5):607-11.

Cronbach L. Coeficient Alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3):297-334.

Cunha A, Peniche A. Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica. Acta Paul Enfem. 2007;20(2):151-60.

Cunha M. Pediatria: Prevenção e controle de infecção hospitalar, tecnologia em serviços de saúde. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Interfaces entre a humanização da assistência e o controle de infecção hospitalar. Brasília: ANVISA; 2006. p.107-9.

Cunha N. Brinquedoteca: definição, histórico no Brasil e no mundo. In: Friedmann A. O direito de brincar: a brinquedoteca. São Paulo: Scritta; 1992.

Dahlquist L, Busby S, Slifer K, Tucker C, Eischen S, Hilley L, et al. Distraction for children of different ages who undergo repeated needle sticks. J Pediatr Oncol Nurs. 2002;19(1):22-34.

Dal Ben L, Sousa R. Adaptação de instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(1):80-99.

Dalri M, Carvalho E. Planejamento da assistência de enfermagem a pacientes portadores de queimadura utilizando um software: aplicação em quatro pacientes. Rev Lat-am Enferm. 2002;10(6):787-93.

Davis M, Mehr S, Garland S. Bacterial colonization of toys in neonatal intensive care costs. Pediatrics. 2000;106(2):1-5.

Dicionário de termos de internet [Internet]. São Paulo; c2004. [citado 2010 set. 7]. Disponível em: <http://www.suapesquisa.com/dicionario/>

Diogo R. Desenvolvimento do web site educacional sobre intervenção de enfermagem: aspiração de secreções traqueobrônquicas [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2001.

Duncan B, Schmidt M. Diretrizes e estratégias da Rede IDA. Bol Inform Rede IDA. 1992;9:6-7.

Duran E, Cocco M. Software educativo sobre diabetes mellitus para profissionais de saúde: etapas de elaboração e desenvolvimento. Rev Latino-am Enferm. 2003;11(1):104-7.

Erikson E. Childhood and society. New York: W Norton Company; 1993.

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Brinquedoteca [homepage na Internet]. São Paulo; c2010. [cited 2010 ago. 22]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/brinquedoteca/index.htm>

Faro A. Do diagnóstico a conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1995.

Faro A. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1997;31(2):259-73.

Fehring J. Methods to validate nursing diagnoses. Heart Lung. 1987;16(6):625-9.

Fernandes M, Barbosa V, Naganuma M. Exame físico de enfermagem do recém-nascido a termo: software auto-instrucional. Rev Lat-am Enferm. 2006;14(2):243-50.

Ferreira A. Novo Dicionário Aurélio da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Positivo; 2009.

Figueiras A, Souza I, Rios V, Benguigui Y. Monitoring child development in the IMCI context [Internet]. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2005. [cited 2009 fev. 18]. Available from: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-childdevelopment.pdf>

Filiato A. Design instrucional contextualizado: educação e tecnologia. São Paulo: SENAC; 2004.

Fontes C, Mondini C, Moraes M, Bachega M, Maximino N. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. Rev Bras Educ Spec. 2010;16(1):95-106.

Freitas A, Silva M, Carvalho T, Pedigone M, Martins C. Brinquedos em uma brinquedoteca: um perigo real. *Rev bras anal clin*. 2007; 39(4):291-94.

Freitas M, Silva C, Castro J, Neto M. A propriedade intelectual de documentos on line para educação a distância. In: *Anais do 21º Congresso Brasileiro de Ensino de Engenharia*; 2001 out. 1-5; Porto Alegre [evento na Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001. [citado 2008 set 8]. Disponível em: <http://www.pp.ufu.br/Cobenge2001/trabalhos/NTM077.pdf>

Friedman A. O direito de brincar. São Paulo: Scritta; 1996.

Frota M, Gurgel A, Pinheiro M, Martins M, Tavares T. O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. *Rev Cogitare Enferm*. 2007;12(1):69-75.

Furtado M, Lima R. Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33(4):364-9.

Gay P. Freud a life for our time Peter Gay. New York : Norton & Company; 1998.

Gomes I, Caetano R, Jorge M. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. *Rev Bras Enferm*. 2008;6(1): 61-5.

Gonçalves G, Peres H, Rodrigues R, Tronchin D, Pereira I. Proposta educacional virtual sobre atendimento da ressucitação cardiopulmonar no recém-nascido. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):413-20.

Green C. Understanding children's needs through therapeutic play. *Nursing*. 1974;4(10):31-2.

Guimarães J. Elaboração de ementas jurisprudenciais elementos teórico-metodológicos [Internet]. Brasília (DF): Conselho da Justiça Federal, Centro de Estudos Judiciários; 2004. [citado 2009 fev. 18]. Disponível em: <http://www.cjf.jus.br/revista/monografia09.pdf>

Hansen J, Macarini S, Martins G, Wanderlind F, Vieira. O brincar e suas implicações para o desenvolvimento infantil a partir da psicologia evolucionista. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2007;17(2):133-43.

Hart R, Walton M. Magic as a therapeutic intervention to promote coping in hospitalized pediatric patients. *Pediatr Nurs* [serial on the Internet]. 2010 jan [cited 2010 jul 15];36(1):[about 6 p.]. Available from: <http://www.pediatricnursing.net/issues/10janfeb/abstr1.html>

Hockenberry M, Winkelstein W. Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Mosby; 2006.

Hong S, Murphy S, Connolly P. Parental satisfaction with nurses' communication and pain management in a pediatric unit. *Pediatr Nurs*. 2008; 34(4):289-307.

Instituto Nacional de Metrologia Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO). Brinquedo: o porquê da certificação compulsória [homepage na Internet]. Brasília (DF); 2005. [citado 2009 set. 8]. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br/imprensa/releases/brinquedo2.asp>

Instituto Nacional de Metrologia Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO). Brinquedos apreendidos II [Internet]. Brasília (DF): Divisão de Orientação e Incentivo à Qualidade; 2008. [citado 2010 out. 5]. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br/consumidor/produtos/brinquedos2.asp>

Instituto Nacional de Metrologia Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO). Programa de análise de produtos relatório sobre análise em brinquedos apreendidos [Internet]. Brasília (DF): Divisão de Orientação e Incentivo à Qualidade; 2008. [citado 2010 out. 10]. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br/consumidor/produtos/brinquedos3.pdf>

International Play Association (IPA). The IPA Declaration of a Child's Right to Play [Internet]. [S.l.]; c2010. [cited 2010 ago. 16]. Available from: <http://www.ipausa.org/ipadeclaration.html>

Juliani C, Kurcgant P. Software educacional sobre escala de pessoal de enfermagem: elaboração, desenvolvimento e aplicação via Internet. *Rev Lat-am Enferm*. 2007;15(4):639-44.

Kenneth R. Ginsburg, Committee on Communications, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds. *Pediatrics* [Serial on the Internet]. 2007 [cited 2009 fev. 18]; 119(1):[about 11 p.]. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/119/1/182>

Kiche M, Almeida F. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(2):125-30.

Lebovici S, Diatkine R. Significado e função do brinquedo na criança em psicologia da criança. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

Leite T, Shimo A. Uso do brinquedo no hospital: o que os enfermeiros brasileiros estão estudando. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):389-95.

Lindquist I. L' enfant à l' hôpital la thérapie par le jeu [Internet]. Stockholm: Service de Pédiatrie à l'hôpital Karolinska; 1983. [cited 2008 feb. 18]. Available from: http://www.apache-france.net/media/therapie_jeu.pdf

Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol [online]; 1932 [cited 2008 Nov 08];22(140):[about 55 p.]. Available from: URL:<http://www.citeulike.org/user/robertlischke/article/2731047>

Lopes M, Leal S. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cad Pagu. 2005;24:105-25.

Machado A. Uma experiência de assessoria docente e de elaboração de material didático para o ensino de produção de textos na universidade. DELTA. 2000;16(1):1-26.

Maldonado M. Comunicação entre pais e filhos. São Paulo: Integrare; 2008.

Machado M. O brinquedo sucata e a criança: importância do brincar, atividades e materiais. São Paulo: Loyola; 1994.

Machado M. Pediatria: Prevenção e controle de infecção hospitalar, tecnologia em serviços de saúde. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Infecções hospitalares em enfermagem de pediatria. Brasília: ANVISA; 2006. p.65-67.

Mancussi A. Assistência ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinhal. Rev Latino-am Enferm. 1998;6(4):67-73.

Marconi M, Lakatos E. Técnicas de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2006.

Marques I, Marin H. Enfermagem na web: processo de criação e validação de um web site sobre doença arterial coronariana. Rev Latino-am Enferm. 2002;10(3):298-307.

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

Martins P, Forcella H. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. Acta Pul Enfem. 2006;19(1):62-9.

Marziale M. Educational website concerning the movements of abed patients. Online Braz J Nurs [serial on the Internet]. 2003 [cited 2008 Feb 10];2(2): [about 5 p.]. Available from: <http://www.uff.br/nepae/siteantigo/objn202marziale.htm>

Marziale M, Mendes I. A enfermagem brasileira na era da informação e do conhecimento. Rev Latino-am Enferm. 2005;13(5):607-8.

Mascarenhas S, Cassiani S. Desenvolvimento e avaliação de um *software* educacional para o ensino de enfermagem pediátrica. Rev Latino-am Enferm. 2001;9(6):13-8.

Medeiros G, Matsumoto Sh, Ribeiro C, Borba R. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa no pronto socorro. *Rev Acta Paul Enferm.* 2009;22(especial-70 anos):909-15.

Melo L, Leite T. O brinquedo terapêutico como facilitador na adesão ao tratamento de diabetes mellitus tipo 1 na infância. *Pediatr mod.* 2008;44(3):100-3.

Mercado Común del Sur (MERCOSUL). Regulamento técnico nº23/2004. Dispõe sobre seguridad en juguetes [legislação na Internet]. Brasília; 2004 [citado 2010 set 15]. Disponível em: http://www.mercosur.int/msweb/Normas/normas_web/Resoluciones/ES/GMC/2004-10-08_NOR-RES_23_%20ES_RTM%20Sobre%20Seguridad%20en%20Juguetes.PDF

Ministério de Educação e Cultura (MEC). Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. [Internet]. Brasília (DF): Lei de Diretrizes e Bases de Educação Nacional; 1996. [citado 2009 out. 5]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>

Mitre R, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Cien Saude Colet.* 2004;9(1):147-54.

Moncks G. Proteção autoral dos websites no direito brasileiro enquanto figuras jurídicas sui generis [homepage na Internet]. São Paulo; c2005. [citado 2008 out. 20]. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/6830/protecao-autoral-dos-websites-no-direito-brasileiro-como-figuras-juridicas-sui-generis>

Morais J, Paula E. A brinquedoteca hospitalar como espaço de humanização e educação não formal. *Cad Pedagogia.* 2010;4(7):75-85.

Mott, M. Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920). *Cad Pagu.* 1999;13:327-355.

Munhoz S, Ramos L, Cunha I. Eficiência e eficácia do desempenho da enfermagem em procedimentos técnicos. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(1): 66-70.

Nogueira V, Marin H, Cunha I. Informações on-line sobre transporte intra-hospitalar de pacientes críticos adultos. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(4):390-6.

North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-Definições e classificação 2009-2011. São Paulo: Artmed; 2010.

Novaes L, Isaacsson C, Sandrini A, Gruber C, Dalmora G, Gaspary L, et al. Brinquedo pode ser contagioso? *Rev Paul Pediatr.* 1997;15(2):77-81.

Núcleo de Estudos da Criança e do Adolescente (NECAD). Grupo de Estudos do Brinquedo (GEBrinq) [homepage na Internet]. São Paulo; c2003. [citado 2008 jul. 15]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/nucleos/necad/brinq/producao.htm>

Nunnaly J. Psychometric Theory. New York: Mc Graw Hill; 1978.

Nunes P. Conceito de Internet [homepage na Internet]. [S.l.]; c2007. [citado 2010 jul. 12]. Disponível em: <http://www.knoow.net/ciencinformtelec/informatica/internet.htm>

Oliveira G, Dantas F, Fonseca P. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. Rev SBPH [periódico na Internet]. 2004 [citado 2009 fev. 18];7(2):[aproximadamente 14 p.]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v7n2/v7n2a05.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). Asamblea General. Resoluciones aprobadas sobre la base de los informes de la Segunda Comisión [Internet]. Manhattan; c2009. [cited 2010 out. 18]. Available from: <http://www.un.org>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Problemas de salud de la adolescencia. Ginebra; 1965. (Serie de Informes Técnicos, 308).

Pagliari J, Collet N, Oliveira B, Viera C. Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. Rev Eletr Enferm [periódico na Internet]. 2008 [citado 2009 fev. 18]; 10(1):[aproximadamente 13 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a06.htm>

Pedro I, Nascimento L, Poleti L, Lima R, Mello D, Rosa Luiz F. O brincar na sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. Rev Latino-am Enferm [periódico na Internet]. 2007 [citado 2009 fev. 18]; 15(2):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a15.pdf

Peres H, Cruz D, Lima A, Gaidzinski R, Ortiz D, Trindades M, et al. Desenvolvimento de sistema eletrônico de documentação clínica de enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(esp 2):1149-55.

Peres H, Meira K, Leite M. Ensino de didática em enfermagem mediado pelo computador: avaliação discente. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(2):271-8.

Peres H, Rogenski C, Bruneti N, Baptista C. Proposta educacional on-line sobre úlcera por pressão para profissionais e graduandos de enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem. 2009;22:607-11.

Perroca M, Gaidzinski R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. Rev Esc Enferm USP. 1998;32(2):153-68.

Pinheiro M, Lopez G. A influência do brinquedo na humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. Rev Bras Enferm. 1993;46(2):117-31.

Pinto J. O acesso à educação superior no Brasil. Educ Soc [internet]. 2004 [citado 2010 out. 8];25(88):[727-56 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v25n88/a05v2588.pdf>

Play [Internet]. [S.l.]; c2010. [cited 2010 ago. 16]. Available from: <http://www.ipausa.org/ipadeclaration.html>

Polit D, Beck Ch, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Pontes A, Leitão I, Ramos I. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Rev Bras Enferm. 2008;61(3):312-8.

Reis P, Gomes I, Fonseca C, Góis I, Souza M. Reflexões acerca da comunicação enquanto facilitadora da humanização da assistência em saúde. Rev Rene, 2009;2(1):81-92.

Rezende M. O brincar infantil em hospitais de São Paulo na década de 40 (Exposição). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [homepage na Internet]. São Paulo; c2010. [citado 2010 out. 18]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/brinquedoteca/exposicao.htm>

Rezende M, Shibayama R. O conversar com crianças de 0 a 3 anos de idade segundo educadoras de uma creche universitária da cidade de São Paulo, Brasil. Enferm Brasil. 2005;4(2):81-6.

Rezende M. Uso do brinquedo terapêutico por enfermeiros (CD-ROM). São Paulo: Escola de Enfermagem. Sistema Integrado de Apoio ao Ensino; 2002.

Ribeiro C, Angelo M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(41):391-400.

Ribeiro C, Araújo R, Souza T, Silva V. Vivenciando um mundo de procedimentos e preocupações: experiência da criança com Port-a-cath. Acta Paul Enferm. 2009;22(especial):935-94.

Ribeiro C. Crescendo com a presença protetora da mãe: a criança enfrentando o mistério e o terror da hospitalização [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo; 1999.

Ribeiro, C. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1998;32(1):73-9.

Ribeiro C. O efeito da utilização do brinquedo terapêutico pela enfermeira pediatra, sobre o comportamento de crianças recém-hospitalizadas [dissertação] São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1986.

Ribeiro P, Sabatés A, Ribeiro C. Estudo do brinquedo terapêutico como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(4):420-8.

Rios I. Caminhos da humanização na saúde: Prática e reflexão. São Paulo: Áurea; 2009.

Rodrigues R, Erdmann A, Silva I, Fernandes J, Araújo T, Vianna L, et al. Educação do doutorado em enfermagem no Brasil. *Rev Latino-am Enferm*. 2008;16(4):665-71.

Sabino M, Almeida F. Therapeutic play as a pain relief strategy for children with cancer. *einstein*. 2006;4(3):196-202.

Saboya B. No universo da criança, brincar é ir em frente. *O Globo*. 1985 out. 6; Família: p. 1.

Sanches L, Lopes M, Malta M. Avaliação de um WebSite: orientações de procedimentos especializados realizados em UTI [Internet]. Campinas: SBIS; 2008. [citado 2009 fev. 18]. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/628.doc>

Santis L, Ugarriza DN. The concept theme as used in qualitative nursing research. *West J Nurs Res*. 2000;22(3):351-72.

Scarparo A, Ferraz C, Chaves L, Gabriel C. Tendências de enfermeiro auditor no mercado em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(1):85-91.

Schmitz S, Piccoli M, Viera C. A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de enfermagem à criança. *Rev Eletr Enferm* [periódico na Internet]. 2003 [citado 2008 out. 7];5(2):[aproximadamente 11 p.]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/brinquedo.pdf

Sena C, Carvalho E. Superficial peripheral vein type classification of adolescents, adults and elderly according to the delphi technique. *Rev Lat-am Enferm*. 2008;16(1):86-94.

Sewo MT, Ribeiro RLR, Vieira MA. A tecnologia da informação e comunicação e o lúdico apoiando o tratamento de crianças hospitalizadas. Viva Extensão em Rev [periódico na Internet]. 2008 [citado 2010 Set 5];1:[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://sites.google.com/a/pediatriaemrede.org/www/publica%C3%A7%C3%B5es>

Shipton H. Playing doctors and nurses takes the fear out of hospital. Nurs Times. 1999;1(95):49.

Silva A, Rodrigues C, Silva S, Witt R. Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. Rev Gaucha Enf. 2009;30(2):348-51.

Silva L Cabral I, Christoffel M. As possibilidades de brincar para o escolar com câncer em tratamento ambulatorial. Acta Paul Enferm. 2010;23(3):334-40.

Silva L, Cabral I, Christoffel M. O brincar na vida do escolar com câncer em tratamento ambulatorial: possibilidades para o desenvolvimento. Rev Bras Crescimento Desenvol Hum. 2008;18(3):275-87.

Silva R, Tanaka O. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(3):207-16.

Soares M, Guimarães R, Ribeiro C. O significado da medicação intratecal para a criança pré-escolar expresso em sua brincadeira. Rev Paul Enferm. 2003;22(3):268-76.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento de Cuidados Hospitalares. Os 10 passos para a atenção hospitalar humanizada à criança e ao adolescente. Rio de Janeiro; 2003.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados [legislação na Internet]. Brasília; 1995 [citado 2008 mai. 21]. Disponível em: <http://www.direitosdacrianca.org.br/conanda/resolucoes/resolucao-nb0-41-de-13-de-outubro-de-1995>

Souza R. Manual-rotinas de humanização em medicina intensiva. São Paulo: Atheneu; 2010.

Sperandio D, Évora Y. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. Rev Latino-am Enferm. 2005;13(6):937-43.

Spínola A. Delfos: proposta tecnológica alternativa. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1984.

Spínola A. Técnica prospectiva Delfos: abordagem teórico-prática. São Paulo: SM; 1997.

Stefanelli M. Carvalho E. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. São Paulo: Manole; 2005.

Thompson V. An IV therapy teaching tool for children. *Pediatr Nurs*. 1994;20(4):351-5.

Trochim W. Evaluating Web sites [Internet]. New York; c1999. [cited 2010 jul. 12]. Available from: <http://trochim.human.cornell.edu/webeval/webintro.htm>

Universidade de São Paulo (USP). Resolução USP – 5175/2005. Cria a Agência USP de Inovação – USPInovação, e dá outras providências [legislação na Internet]. São Paulo; 2005 [citado 2010 jul. 12]. Disponível em: <http://www.usp.br/leginf/resol/r5175m.htm>

US Consumer Product Safety Commission. Corrective action Handbook A description of the injury or potential injury incident database (IPII) [Internet]. Bethesda: US Consumer Product Safety Commission c1988 [cited 2010 set. 18]. Available from: http://www.cpsc.gov/cpscpub/pubs/toy_sfy.html

Valente G, Viana L. Da formação por competências à prática docente reflexiva. *Rev Iberoam Educ*. 2009;48(4):1-7.

Vessey J, Mahon M. Therapeutic play and hospitalized child. *J Pediatr Nurs*. 1990;5(5):328-33.

Vigotsky L. A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes; 2007.

Williams P, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. *J Adv Nurs*. 1988;19:180-6.

Winnicott. D. O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro: Imago; 1975.

Witt R, Almeida M. Identification of Nurses' competencies in primary health care: a Delphi technique study southern Brazil. *Online Braz J Nurs* [serial on the Internet]. 2008 [cited 2008 jul. 21];25(4):[about 7 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18666939>

World Health Organization (WHO). Hospital care for children. Guidelines for the management of common illnesses with limited resources [Internet]. Ginebra; c2005. [cited 2010 out. 20]. Available from: www.who.int/entity/hiv/pub/imai/imai_hos_care_child.pdf

Wright J, Giovinazzo R. Delphi- uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesqui Adm São Paulo*. 2000;1(12):54-65.

Zahr L. Therapeutic play for hospitalized preschoolers in Lebanon. *Pediatr Nurs*. 1998;24(5):449-54.

Ziegler D, Prior M. Preparation for surgery and adjustment to hospitalization. *Nurs Clin North Am*. 1994;29(4):655-69.

APÊNDICES

“Não tenho um caminho novo. O que eu tenho é um jeito novo de caminhar”.

Thiago de Mello

APÊNDICE A - CARTA DE ESCLARECIMENTO ÀS JUÍZAS

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PARA CONSTRUÇÃO DE WEB SITE SOBRE USO DO BRINQUEDO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI*

Prezada colaboradora

Sou Enfermeira do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. A tese trata do tema “Validação de conteúdo para construção de web site sobre o brincar na assistência de enfermagem pediátrica: utilização da técnica Delphi”.

O estudo tem por objetivo geral validar o conteúdo de uma proposta educacional para construção de web site relacionado com a utilização do brinquedo e/ou brinquedo terapêutico na assistência de enfermagem pediátrica.

Para desenvolver esta pesquisa se aplicará a técnica Delphi, método estruturado de julgamento de informações para obter opiniões e critérios de um grupo de juízas a respeito de um fenômeno. A técnica é articulada em fases ou ciclos. Os ciclos são consultas sistematizadas a juízes, realizadas em etapas sucessivas, tantas quantas vezes necessárias, em geral, duas ou três, na dependência da rapidez com que se venha a atingir consenso entre todos os especialistas consultados, que será, no caso deste trabalho, no mínimo de 0,7 ou de 70%. A cada ciclo as respostas serão analisadas no que diz respeito às sugestões e críticas, as quais, por sua vez, subsidiarão os questionários referentes às etapas seguintes.

A senhora foi escolhida para ser uma das juízas de referência, por atender aos critérios definidos anteriormente. Peço-lhe, portanto, que assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B),

* Título atual “Validação de conteúdo de sítio virtual sobre uso do brinquedo na enfermagem pediátrica”.

encaminhado por correio e, o encaminhe, novamente, à pesquisadora, juntamente com envelope postado como carta registrada. Uma segunda via do Consentimento Livre e Esclarecido será encaminhada, também, por e-mail para sua guarda.

Além disto, para caracterização das juízas peço-lhe o preenchimento do formulário C.

Também, peço-lhe que responda ao instrumento anexo (designado pela letra D), que organiza as questões referentes ao primeiro ciclo.

Desde já agradeço sua colaboração e disponibilidade em compartilhar seu tempo, conhecimento e experiência, certa de que sua valiosa contribuição ampliará as possibilidades de conclusão deste estudo. Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Amparito del Rocío Vintimilla Castro

Endereço para correspondência: Rua Afonso Celso nº xxxx.
CEP: 04119-060 Vila Mariana. São Paulo-SP
Telefones para contato: (11) xxxxxxxx

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PARA CONSTRUÇÃO DE WEB SITE SOBRE USO DO BRINQUEDO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI*

Prezada Sra.

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Validação de conteúdo para construção de web site sobre o brincar na assistência de enfermagem pediátrica: utilização da técnica Delphi” cujo objetivo geral é realizar a validação de conteúdo de uma proposta para construção de web site educacional sobre o brinquedo e/ou brinquedo terapêutico dirigido a enfermeiros. Assim, gostaríamos de contar com sua participação nas respostas a formulário que será aplicado, por meio de correio eletrônico, a enfermeiros experientes na utilização do brinquedo e/ou brinquedo terapêutico.

Sua colaboração será muito importante para a elaboração desta pesquisa. Esclarecemos que a sua participação é livre e espontânea, com liberdade de se retirar do estudo a qualquer momento. Informamos, ainda, que os dados coletados serão tratados de forma anônima e sigilosa para fins estritamente científicos.

Agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer informação que julgar necessária. Aguardamos, o mais prontamente possível, sua confirmação de participação nesta pesquisa.

Atenciosamente,

Amparito del Rocío Vintimilla Castro. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

Magda Andrade Rezende. Orientadora, Professora Doutora do PPGE da EEUSP.

* Título atual “Validação de conteúdo de sítio virtual sobre uso do brinquedo na enfermagem pediátrica”.

Eu, _____ li
e entendi as informações acima, não tendo dúvidas a respeito e afirmo
minha concordância deste estudo.

_____, _____ de _____ 2008.

Assinatura

Endereços eletrônicos para correspondência: amparito@iq.com.br e
marezende@yahoo.com.br

Telefones para contato: (11) xxxx

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 Cep 05403-000 Telefone:
(11) 30617548

APÊNDICE C- CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DAS JUÍZAS

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PARA CONSTRUÇÃO DE WEB SITE SOBRE USO DO BRINQUEDO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI*

1 Identificação

1.1 Nome _____

1.2 Idade _____

1.3 Localização de residência e de atuação profissional atual (Estado) _____

2 Tipo de instituição de ensino superior em que realizou a graduação de enfermagem

2.1 Privada sim () não ()

2.1 Pública sim () não ()

3 Tempo decorrido desde o término do curso de graduação

3.1 Menos de 5 anos ()

3.2 De 5 a 10 anos ()

3.3 De 10 a 15 anos ()

3.4 De 15 a 20 anos ()

3.5 Mais de 20 anos ()

4 Título de maior qualificação profissional após a graduação

4.1 Doutorado não () Sim ()

4.2 Mestrado não () Sim ()

4.3 Especialização não () sim ()

4.4 Habilitação não () sim ()

4.5 Outros não () sim ()

* Título atual "Validação de conteúdo de sítio virtual sobre uso do brinquedo na enfermagem pediátrica".

5 Área de conhecimento em que foi realizada a Pós-graduação

6 Tipo de instituição de trabalho

- 6.1 Instituição de Ensino Superior ()
- 6.2 Hospital ()
- 6.3 Empresa ()
- 6.4 Outros ()

7 Área de atuação atual e de experiência profissional

- 7.1 Ensino () tempo _____
- 7.2 Pesquisa () tempo _____
- 7.3 Assistência () tempo _____

8 Tempo (anos) de experiência teórico-prática com a utilização do brinquedo e/ou brinquedo terapêutico

- 8.1 Teórico Sim () há quanto tempo () não ()
- 8.2 Prático Sim () há quanto tempo () não ()
- 8.3 Teórico-prático Sim () há quanto tempo () não ()

9 Local de maior experiência com brinquedo e/ou brinquedo terapêutico

- 9.1 Hospital ()
- 9.2 Instituição de Ensino Superior ()
- 9.3 Unidade Básica de Saúde ()
- 9.4 Outros () especifique _____

APÊNDICE D - PRIMEIRO CICLO DA TÉCNICA DELPHI

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PARA CONSTRUÇÃO DE WEB SITE SOBRE USO DO BRINQUEDO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI*

Objetivo deste ciclo: Identificar e avaliar quais assuntos são relacionados ao brinquedo e/ou brinquedo terapêutico enquanto estratégia de cuidado de enfermagem à clientela pediátrica

Instruções para o preenchimento das questões: Leia e analise os assuntos propostos sobre a utilização do brinquedo e/ou brinquedo terapêutico pela enfermagem pediátrica na assistência à clientela pediátrica. Após, assinale com um **X** o item que julgar adequado, de acordo com os seguintes critérios:

5- (CA)	Completamente adequado	O item é completamente pertinente
4- (A)	Adequado	O item é pertinente
3- (PA)	Parcialmente adequado	O item é parcialmente pertinente
2- (I)	Inadequado	O item não é pertinente
1- (CI)	Completamente inadequado	O item é impertinente

Os itens que atingirem os valores iguais ou acima de 0,7 de consistência ou 70% de concordância, entre os juízes, serão considerados pertinentes e comporão o site proposto.

Os espaços reservados ao final de cada quadro foram deixados para possíveis sugestões e/ou comentários.

* Título atual "Validação de conteúdo de sítio virtual sobre uso do brinquedo na enfermagem pediátrica".

Quadro 1- O brincar como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica. Este tema aborda o brincar na vida da criança em qualquer ambiente (casa, escola, instituição de saúde). Compreende o brinquedo normativo ou recreacional e o terapêutico, bem como a responsabilidade do enfermeiro em promovê-los junto às crianças que estão sob seus cuidados, abordando aspectos de segurança no que diz respeito à prevenção de acidentes e agravos. Baseia-se na abordagem da Associação Brasileira de Normas Técnicas-ABNT (2004); Sociedade Brasileira de Pediatria (Campos, Paes, Blank, Costa, Pfeiffer, Waksman, 2004); (Vessey, Mahon (1990).

Assuntos	CA	A	PA	I	CI
1.1-O brincar normativo ou recreacional e o brincar terapêutico na vida das crianças de 0 a 10 anos de idade. O brincar normativo ou recreacional encoraja a participação e engajamento da criança em grupo em qualquer situação, oferecendo-lhe prazer por meio de atividades espontâneas. O brincar terapêutico auxilia a criança a compreender situações e introjetar papéis, trabalhando seus medos e/ou insegurança frente às situações potencialmente estressantes tais como procedimentos invasivos e dolorosos, enfrentamento de ambientes e rotinas novas, entre outros.					
1.2-O brincar como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica a fim de promover o desenvolvimento infantil, bem como a comunicação entre a criança e a equipe de enfermagem.					
1.3-Brinquedotecas hospitalares: definição e importância. Estes espaços lúdicos têm como objetivo promover o desenvolvimento físico, intelectual e social das crianças internadas, auxiliando-as na sua recuperação por meio da brincadeira livre e dirigida. Legislação brasileira.					
1.4-Riscos/acidentes em brincadeiras: aspiração de objetos, intoxicação por ingestão e por contato, ferimentos, quedas, reações alérgicas, riscos microbiológicos, etc. Recomendações gerais frente a cada um deles (normas da ABNT, da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Mercosul). Responsabilidade dos profissionais de enfermagem frente à temática.					
1.5-Inclusão do brincar na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com vistas a zelar pelo brincar da criança durante a internação.					

Sugestões e/ou comentários:

Quadro 2-O brincar terapêutico como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica. Este tema aborda o brincar terapêutico (catártico, instrucional e facilitador das funções biológicas) promovido pelo Enfermeiro junto às crianças hospitalizadas. Vale-se da classificação do brincar terapêutico tal como proposto por Vessey, Mahon (1990).

Assuntos	CA	A	PA	I	CI
2.1-O brincar terapêutico em situações de dor, medo, restrições, procedimentos, rotinas incomuns. Atividade planejada que possibilita à criança projetar seus sentimentos, fazendo-a reviver situações que a preocupam, assim como aprender e compreender, utilizando suportes adequados.					
2.2-Tipos de brincar terapêutico: dramático ou catártico, instrucional e facilitador das funções biológicas. São utilizados de forma individualizada segundo a idade e as necessidades das crianças.					
2.3-O brincar dramático ou catártico: modalidade que possibilita tanto a descarga emocional dos sentimentos ansiogênicos gerados pelas experiências amedrontadoras quanto o domínio sobre situações emocionalmente prejudiciais. Promove a autoterapia por ajudar a aliviar ou resolver temporariamente os conflitos.					
2.4-O brincar instrucional: modalidade que possibilita orientar a criança a respeito de procedimentos, eventos, mudanças na imagem corporal e/ou limitações fisiológicas. Utiliza linguagem compatível à idade e o nível de compreensão da criança a fim de estimular sua autoconfiança e seu senso de segurança					
2.5-O brincar facilitador das funções biológicas: modalidade que consiste em adaptar as atividades para manter e melhorar saúde física da criança. A escolha das atividades reforça e possibilita maior participação da criança no autocuidado e a capacita em termos fisiológicos.					
2.6-Inclusão do brincar terapêutico na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): possibilita ao enfermeiro assistir a criança de forma individualizada em termos de diagnóstico, intervenção e avaliação de forma mais efetiva.					

Sugestões e/ou comentários:

Quadro 3 - Comunicação terapêutica (Maldonado, 2008) criança-enfermeiro durante as sessões de brinquedo terapêutico (Vessey, Mahon, 1990).

Assuntos	CA	A	PA	I	CI
3.1-Conceito de comunicação: processo que envolve o emissor, o receptor e a mensagem, concatenados para compreender, compartilhar as mensagens enviadas e recebidas, exercendo influencia no comportamento das pessoas nele envolvidas a curto, médio ou longo prazo.					
3.2-Formas de comunicação: verbal e não verbal. A verbal consiste no uso da linguagem escrita e falada para expressar idéias e partilhar experiências com outras pessoas. A comunicação não verbal consiste no uso de expressões faciais, corporais e fisiológicas. É a mais utilizada.					
3.3-Importância da comunicação entre a criança e o adulto: possibilita compreensão das necessidades da criança pelo profissional.					
3.4-Comunicação terapêutica: processo no qual o foco é a pessoa que está sendo cuidada (no caso a criança) a fim de que seja compreendida nos seus sentimentos e emoções. O cuidador interpreta a linguagem verbal e não verbal bem como se vale de técnicas com vistas a potencializar o fortalecimento do ego infantil.					
3.5-Técnicas de comunicação terapêuticas como facilitadoras da comunicação: reflexão de sentimentos, auto-expressão, confronto, estabelecimento de limites, redução de impasses e conflitos, distribuição do poder, resolução de conflitos, orientação antecipatória e propiciar o reassseguramento da aprendizagem da confiança.					
3.6- Reflexão de sentimentos: consiste em dizer explicitamente ao outro os sentimentos subjacentes captados nas mensagens que são enviadas. Possibilita entrar em sintonia com o mundo interior da pessoa e transmitir aceitação e compreensão. Principal forma facilitadora de comunicação e da qual dependem todas as outras.					

continua

continuação

Quadro 3 - Comunicação terapêutica (Maldonado, 2008) criança-enfermeiro durante as sessões de brinquedo terapêutico (Vessey, Mahon, 1990).

3.7-Auto expressão: consiste em expressar, de forma clara, ao outro, os próprios sentimentos. Possibilita ampliar o autoconhecimento.					
3.8-Confronto: consiste na aprendizagem de enfrentar as consequências que certas atitudes provocam no outro, acentuando os efeitos da aprendizagem social, substituindo mensagens de crítica, ameaça ou julgamento por outras de autêntica compreensão do ponto de vista alheio.					
3.9-Estabelecimento de limites: consiste em ensinar a criança, por meio de enunciados firmes e claros, o que é permitido ou proibido para protegê-la ou proporcionar segurança.					
3.10-Redução dos impasses e conflitos: consiste em direcionar a atenção da criança com vistas a oferecer-lhe alternativas de comportamento mais adequadas em termos de desenvolvimento psicológico e social. Possibilita à criança desenvolver seu potencial e reduz a frequência de condutas inaceitáveis, ampliando e enriquecendo suas experiências.					
3.11-Distribuição do poder: consiste na resolução conjunta de conflitos, possibilitando o desenvolvimento de responsabilidade e equidade.					
3.12-Orientação antecipatória: consiste em preparar a criança para acontecimentos importantes, por meio da orientação de situações futuras que terá que enfrentar, conduzindo-a a reduzir a insegurança, a ansiedade e o medo do desconhecido e para facilitar a ativação dos processos adaptativos da personalidade.					
3.13-Reasseguramento da aprendizagem da confiança: consiste no alívio da ansiedade, dos temores ou das dúvidas, seja pela falta ou distorção de informações ou pela presença de sentimentos de tristeza, culpa, auto depreciação e insegurança para ajudar à criança lidar com vivências intensas e assustadoras.					

conclusão

Sugestões e/ou comentários:

APÊNDICE E - SEGUNDO CICLO DA TÉCNICA DELPHI

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PARA CONSTRUÇÃO DE WEB SITE SOBRE USO DO BRINQUEDO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI*

Prezada Colega,

Dando continuidade à nossa pesquisa, estamos encaminhando a você um segundo instrumento para a validação final das ementas referentes ao conteúdo de brinquedo e/ou brinquedo terapêutico a ser desenvolvido em site na assistência de enfermagem pediátrica.

No primeiro ciclo, se solicitou que cada juíza assinalasse a pertinência, bem como questões acerca do conteúdo, segundo cinco critérios de adequação. Informamos que houve consenso das juízas no que diz respeito aos tópicos selecionados, tendo-se obtido um alto nível de concordância geral: coeficiente Alpha de Cronbach de 0,9631. O item com menor concordância atingiu o coeficiente de 0,9594, bem acima do mínimo recomendado de $\geq 0,70$.

Apesar do elevado coeficiente de concordância obtido, decidiu-se modificar o segundo instrumento de acordo com as sugestões emitidas pelos juízes, pois permitirão aprimorar ainda mais o conteúdo selecionado. Assim, a redação das ementas foi modificada, bem como exemplos adicionados. Cabe ressaltar que estes exemplos, assim como outros, serão utilizados por ocasião da construção do site propriamente dito.

Houve alteração no número de itens do quadro um: o item 1.5 foi aglutinado ao de número 1.2. Os quadros 2 e 3 mantiveram o mesmo número de itens.

Neste segundo ciclo, estamos solicitando a reavaliação com vistas à propriedade e clareza de cada um dos itens. Assim, pedimos-lhes, por favor, que leiam e analisem as ementas propostas e assinalem com um **X** nos itens que correspondem a **Sim** ou a **Não**, conforme suas opiniões.

* Título atual "Validação de conteúdo de sítio virtual sobre uso do brinquedo na enfermagem pediátrica".

Reiteramos, mais uma vez, nossos agradecimentos pela valiosa contribuição e disponibilidade. Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Amparito del Rocío Vintimila Castro e Magda Andrade Rezende.

A seguir, apresentamos os três **Quadros**, de números **4, 5 e 6**.

Quadro 4- O brincar como estratégia de cuidado na enfermagem pediátrica.

Ementa dos temas a serem desenvolvidos no site	Propriedade		Clareza	
	Sim	Não	Sim	Não
4.1- <u>Conceito de brincar. Funções do brinquedo. O brinquedo recreacional na vida das crianças de 0 a 10 anos. O brinquedo recreacional provê, à criança, socialização e prazer, por meio de atividades individuais ou em grupo.</u>				
4.2- O brincar como estratégia de cuidado de enfermagem pediátrica a fim de promover o desenvolvimento infantil, bem como a comunicação entre a criança e a equipe de enfermagem. Inclusão do brincar na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): permite <u>garantir</u> o brincar da criança durante a internação.				
4.3- <u>Definição de brinquedoteca hospitalar.</u> Estes espaços lúdicos tem como objetivo promover o desenvolvimento físico, intelectual e social das crianças internadas, auxiliando-as na sua recuperação por meio da brincadeira livre e dirigida. Legislação brasileira.				
4.4- Riscos /acidentes em brincadeiras: aspiração de objetos, intoxicação por ingestão e contato, ferimentos, quedas, reações alérgicas, riscos microbiológicos, etc. <u>Influência de cada etapa do desenvolvimento.</u> Recomendações frente a cada um deles (normas da ABNT, da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Mercosul). Responsabilidade da <u>equipe de enfermagem e de saúde em geral no que diz respeito à prevenção destes danos. Corresponsabilidade dos familiares, após orientação da equipe de enfermagem e de saúde, acerca da prevenção destes danos.</u>				

Sugestões e/ou comentários:

Quadro 5- O brincar terapêutico como estratégia de cuidado na enfermagem pediátrica.

Ementa dos temas a serem desenvolvidos no site	Propriedade		Clareza	
	Sim	Não	Sim	Não
5.1- <u>Conceito e objetivos de brinquedo terapêutico. O brinquedo terapêutico na vida do pré-escolar e do escolar. O terapêutico auxilia a criança a lidar com situações ansiogênicas, tais como o desconhecido, o temor de mutilação e de perda de controle, as quais são comuns em assistência à saúde. Brinquedo terapêutico em situações de dor, medo, restrições, procedimentos, rotinas incomuns. Atividade lúdica planejada que possibilita à criança expressar seus sentimentos, fazendo-a reviver situações que a preocupam, assim como aprender e compreender, utilizando suportes adequados.</u>				
5.2-Tipos de brinquedo terapêutico: dramático ou catártico, instrucional e facilitador das funções biológicas. A modalidade <u>(ou as modalidades, pois a criança pode necessitar de mais de uma)</u> é(são) <u>proposta(s)</u> segundo idade e necessidades das crianças, <u>(por exemplo: uma doença, uma limitação motora ou sensorial)</u> . O brinquedo terapêutico pode ser utilizado de forma individualizada ou <u>em grupo e, ainda, com participação ou não de familiar (es).</u>				
5.3-O brinquedo dramático ou catártico: modalidade que possibilita tanto a descarga emocional dos sentimentos ansiogênicos gerados pelas experiências amedrontadoras quanto o domínio sobre situações emocionalmente prejudiciais. Promove a <u>resolução temporária ou definitiva de tais situações.</u>				

continua

continuação

Quadro 5- O brincar terapêutico como estratégia de cuidado na enfermagem pediátrica.

5.4- O brinquedo instrucional: modalidade que possibilita <u>explicar</u> à criança a respeito de procedimentos, eventos, mudanças na imagem corporal e/ou limitações fisiológicas. Utiliza linguagem compatível com a idade e nível de compreensão da criança, a fim de estimular sua autoconfiança e senso de segurança.				
5.5- O brinquedo facilitador das funções <u>fisiológicas</u> : modalidade que consiste em adaptar atividades para manter e melhorar a saúde física da criança. A escolha das atividades reforça e possibilita maior participação da criança no autocuidado e a capacita em termos fisiológicos.				
5.6-Inclusão do brinquedo terapêutico na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): possibilita ao enfermeiro assistir a criança, com <u>eficácia</u> , de acordo com suas necessidades e <u>etapa de desenvolvimento</u> .				

conclusão

Sugestões e/ou Comentários:

Quadro 6 - Comunicação terapêutica criança-enfermeiro durante as sessões de brinquedo terapêutico.

Ementa dos temas a serem desenvolvidos no site	Propriedade		Clareza	
	Sim	Não	Sim	Não
6.1-Conceito de comunicação: processo que envolve o emissor, o receptor e a mensagem, concatenados para compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, exercendo influencia no comportamento das pessoas nele envolvidas, a curto, médio ou longo prazo.				
6.2-Formas de comunicação: verbal, não verbal (<u>cinésica, proxêmica, tacêsica, paralinguagem</u>). A verbal consiste no uso da linguagem escrita e falada para expressar idéias e partilhar experiências com outras pessoas. A comunicação não verbal consiste no uso de expressões faciais, corporais e fisiológicas. É a mais utilizada, <u>especialmente com crianças menores (lactente, pré-escolar) que ainda não dominam a verbal.</u>				
6.3-Importância da comunicação entre a criança e o adulto: possibilita a este compreender necessidades, <u>sentimentos e conceitos</u> da criança. <u>Por outro lado, também possibilita à criança compreender o adulto, no que diz respeito a suas intenções de cuidado. O brinquedo enquanto comunicação simbólica.</u>				
6.4- Comunicação terapêutica: processo no qual o foco é a pessoa que está sendo cuidada (no caso a criança) a fim de que seja compreendida nos seus sentimentos e emoções. O cuidador interpreta a linguagem verbal e não verbal, bem como se vale de técnicas com vistas a potencializar o fortalecimento do ego infantil.				

continua

continuação

Quadro 6 - Comunicação terapêutica criança-enfermeiro durante as sessões de brinquedo terapêutico.

6.5- <u>Uso, quando cabível, de técnicas de comunicação terapêuticas como facilitadoras da comunicação: reflexão de sentimentos, auto-expressão, confronto, estabelecimento de limites, redução de impasses e conflitos, distribuição de conflitos, orientação antecipatória e reassuramento da aprendizagem da confiança.</u>				
6.6- Reflexão de sentimentos: consiste em dizer explicitamente, <u>e se cabível</u> , ao outro, os sentimentos subjacentes que captamos nas mensagens que são enviadas. <u>Por exemplo: durante o preparo da criança para uma punção venosa, reconhecer que esta sente medo e que este é legítimo.</u> Possibilita entrar em sintonia com o mundo interior da pessoa e transmitir aceitação e compreensão. A reflexão de sentimentos é a principal forma facilitadora de comunicação da qual dependem todas as outras.				
6.7- Auto expressão: consiste em expressar, de forma clara, ao outro, os próprios sentimentos. <u>Outro exemplo: um profissional de enfermagem necessita realizar na criança um procedimento invasivo, tal como uma punção venosa. A criança, por não conhecer e não estar acostumada com o profissional, rejeita-o, escondendo-se ou mesmo cuspidando, etc. O profissional pode verbalizar que compreende a criança e começa o processo de se dar a conhecer, que implica em disponibilidade interna, uso de linguagem acessível e recursos lúdicos.</u> Possibilita ampliar o autoconhecimento.				

continuação

continuação

Quadro 6 - Comunicação terapêutica criança-enfermeiro durante as sessões de brinquedo terapêutico.

6.8- Confronto: consiste na aprendizagem de enfrentar as consequências que certas atitudes provocam no outro, acentuando os efeitos da aprendizagem social, substituindo mensagens de crítica, ameaça ou julgamento por outras de autêntica compreensão do ponto de vista alheio. <u>Por exemplo: na situação em que a criança reage violentamente, mordendo ou dando chutes, é aconselhável dizer-lhe que não deve fazê-lo, mas também devemos dizer que compreendemos como está se sentindo e que estamos buscando alternativas para cuidá-la do modo possível.</u>				
6.9- Estabelecer limites: consiste em ensinar a criança, por meio de enunciados firmes e claros, o que é permitido ou proibido para protegê-la ou proporcionar-lhe segurança. <u>Por exemplo: combinar com a criança, no início da atividade, quanto tempo esta vai durar, lembrando que, neste caso, deve haver flexibilidade.</u>				
6.10- Redução dos impasses e conflitos: consiste em direcionar o comportamento da criança com vistas a otimizar seu cuidado. <u>Por exemplo: a criança necessita hidratar-se, mas não o está fazendo, pois é algo monótono e pouco atraente. Ela pode ser auxiliada, caso transformemos o ato de beber água (ou outro líquido permitido) em uma brincadeira, tal como, “vamos brincar de tomar chá?” (e colocar água em pequenas xícaras de plástico, devidamente lavadas).</u>				

continua

continuação

Quadro 6 - Comunicação terapêutica criança-enfermeiro durante as sessões de brinquedo terapêutico.

<p>6.11-Distribuição do poder: consiste na resolução conjunta de situações, possibilitando melhor cuidado à criança e favorecendo seu desenvolvimento. <u>Por exemplo: o momento da realização de um curativo pode ajudar a criança a integrar o cuidado à sua experiência de vida. Neste caso, é indicado brinquedo terapêutico modalidade instrucional. Primeiramente, a criança precisa ser preparada para o curativo mediante explicação e manejo do material de curativo. Após, o profissional pode pedir a “ajuda” da criança para a realização do curativo, dando-lhe para segurar algum dos objetos utilizados (rolo de fita adesiva, por exemplo). Este comportamento serve para distribuir o poder entre o profissional e a criança, possibilitando a esta a terapêutica sensação de compartilhar responsabilidades.</u></p>				
<p>6.12-Orientação antecipatória: consiste em preparar a criança para acontecimentos importantes, por meio da orientação de situações futuras que terá que enfrentar. Permite diminuição da insegurança, da ansiedade e do medo do desconhecido, bem como facilita a ativação dos processos adaptativos da personalidade. <u>O brinquedo terapêutico modalidade instrucional consiste no modo de realizar a orientação antecipatória nas situações de cuidado em saúde.</u></p>				

continua

continuação

Quadro 6 - Comunicação terapêutica criança-enfermeiro durante as sessões de brinquedo terapêutico.

<p>6.13-Reasseguramento da aprendizagem da confiança: consiste no alívio da ansiedade, temores ou dúvidas, seja pela falta ou distorção de informações ou pela presença de sentimentos de tristeza, culpa, autodepreciação e insegurança. Ajuda a criança a lidar com vivências intensas e assustadoras. <u>Por exemplo: para a criança, a experiência de ter que se submeter a uma injeção pode ser assustadora, a ponto de causar-lhe sentimento de culpa e de autodepreciação. Para esta situação, é indicado o brinquedo terapêutico modalidade instrucional (lembrando que cada situação deve ser analisada individualmente). Antes de realizar a injeção propriamente dita, o profissional assegura à criança que esta tem liberdade para chorar (por exemplo) e que isto não afetará a maneira como ela é vista. Este reassseguramento é importante para preservar a autoimagem da criança. Se necessário, os pais também podem ser orientados a respeito deste fato, uma vez que o choro, eventualmente, não é aceito, especialmente quando relacionado a questões de gênero (“menino não chora”, “não chore, é feio”) ou maturidade da criança (ou pelo menos, o que é compreendido popularmente como maturidade, ou seja “ser uma mocinha”, “mocinha não chora”).</u></p>				
---	--	--	--	--

conclusão

Sugestões e/ou comentários:

APÊNDICE F – CARTA DE AGRADECIMENTO

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE SÍTIO VIRTUAL SOBRE USO DO BRINQUEDO NA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Prezada Colega,

Ao término desta pesquisa, vimos agradecer-lhe a valiosa participação ao longo destes doze meses, período em que ocorreu a coleta de dados.

Aproveitamos a oportunidade para compartilhar os resultados referentes ao segundo ciclo. Neste, optou-se por avaliar a propriedade e clareza de cada uma das ementas apresentadas nos três Quadros, já conhecidos. Para avaliação, foi aplicado o critério da porcentagem que alcançou resultados excelentes com as respostas, oscilando entre 83,3% a 100% de concordância. Também foi aplicado, para os três mesmos Quadros como um todo, o coeficiente Alpha de Cronbach. Os resultados apontaram: para a propriedade 0,90 e para a clareza 0,91. Portanto, atingiu-se resultados muito acima de 0,70 adotado como corte.

Além dos resultados estatísticos, todas as sugestões foram analisadas e algumas incorporadas às ementas. Outras são pertinentes para a próxima fase: a de elaboração do sítio virtual, atividade que acontecerá logo após o término da pesquisa, propriamente dita. Com isto, o conteúdo selecionado foi aprimorado e, valorizadas as sugestões importantes e pertinentes de cada uma das juízas.

Como pode ser notado, o título inicial dado a este estudo foi refinado e alterado em virtude do objetivo do trabalho, aliado às vossas sugestões no decorrer desta pesquisa.

Amparito del Rocio Vintimilla Castro
Orientadora - Magda Andrade Rezende

Angela Mota (autora da pintura)

ANEXOS

“Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara”.

José Saramago

ANEXO A- PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 12 de dezembro de 2008.

Ilm.^a Sr.^a

Amparito Del Rocio Vintimilla Castro

Ref.: Processo nº 786/2008/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “Validação de conteúdo para construção de *Web Site* sobre uso do brinquedo terapêutico na Assistência de Enfermagem Pediátrica: utilização da técnica DELPHI”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo