
Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria*

Ana Margarida Pereira, Enfermeira, Hospital Dona Estefânia

Joana Nunes, Enfermeira, Hospital Fernando da Fonseca

Séfora Teixeira, Enfermeira, Hospital D. Estefânia,

Paula Diogo, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Investigadora da UIDE

O presente estudo, de abordagem qualitativa, visa compreender como o brincar integrado na prática de enfermagem pode ser usado na gestão do estado emocional da criança a viver uma experiência de hospitalização/cirurgia. Neste processo investigativo recorreu-se ao diário de campo para descrever e analisar a própria prática de enfermagem associada ao fenómeno em estudo. A recolha dos dados foi realizada num serviço de internamento de pediatria cirúrgica de um hospital pediátrico de Lisboa, no período de Abril a Junho de 2008, a partir de interações de cuidados com 9 crianças de idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos. Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo, os quais revelaram um processo de gestão do estado emocional da criança, através da actividade de brincar, que implica as seguintes acções/interacções: promover o confronto adaptativo, favorecer o relaxamento, incrementar o sentimento de controlo, promover o sentimento de segurança, facilitar a aproximação, promover a expressão emocional, minimizar o sentimento de solidão, promover a distração e desmistificar os medos. Conclui-se que a actividade de brincar é um instrumento terapêutico primordial em enfermagem pediátrica, na medida em que se revela um meio para favorecer o bem-estar das crianças, e por isso é sugestivo de contribuir para resultados terapêuticos. De facto, usado de modo intencional e sistemático promove a adaptação e aprendizagem das crianças numa experiência positiva de hospitalização/cirurgia.

Palavras-chave: criança hospitalizada; cirurgia; emoções; brincar; cuidados de enfermagem; enfermagem pediátrica.

* Monografia de final de Curso apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Pólo Maria Fernanda Resende, no âmbito do 6º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2008.

This study uses a qualitative approach, seeks to understand how the act of playing integrated in the nursing practice can be used to manage the emotional state of the child experiencing a hospitalization/surgery. This study is based on the reflection on practice, using the field diary (to describe and analyze the nursing practice associated with the phenomenon under study), an activity included in an investigative process (ability to use the research process in its various stages). The data collection was performed in a paediatric surgical unit of a paediatric hospital in Lisbon from April to June 2008, from the care interactions of 9 children aged between 6 and 8 years. The data were analyzed using the content analysis technique, which revealed a process of managing the emotional state of the child through the activity of playing which involves actions/interactions: to promote adaptive confrontation, promote relaxation, increase the sense of control, promote the feeling of safety, facilitating the approach, promoting emotional expression, minimizing the feeling of loneliness, promoting distraction and demystify the fears. It is concluded that the activity of playing is an essential therapeutic tool in paediatric nursing, as it reveals so far to be a way to promote the well-being of children, and is therefore suggestive to contribute to therapeutic outcomes. In fact, if used intentionally and systematically, it promotes the adaptation and learning of children in a positive experience of hospitalization/surgery.

Keywords: hospitalized child; surgery; emotions; play-hospital; nursing care; paediatric nursing.

INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem em pediatria têm vindo a transformar-se grandemente ao longo dos tempos, nomeadamente, no que respeita ao desenvolvimento de cuidados que visam as necessidades específicas da criança, cuidados atraumáticos e cuidados centrados na família. Esta evolução deve-se à investigação, principalmente da psicologia (Spitz 1989, Bowlby 1989), que trouxe à luz o impacto negativo na vida da criança das experiências de doença e hospitalização e as estratégias que tornam o ambiente hospitalar promotor de bem-estar, facilitando a sua adaptação e, consequentemente, que a experiência de hospitalização constitua uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento (Barros, 2003). Actualmente, brincar enquanto actividade de desenvolvimento humano é reconhecido pelo seu valor terapêutico e é mesmo consensual que a sua integração nos cuidados de saúde assume funções importantes para apaziguar o medo, ansiedade, solidão, angústia de separação e é uma actividade atenuante dos stressores da hospitalização. É defendido, igualmente, que o brincar contribui para gerir a emocionalidade excessiva das crianças, que tem o potencial de aumentar o sofrimento da experiência (Furtado, Lima, 1999; Barros, 2003). Mas esta dimensão emocional encontra-se parcamente estudada na perspectiva da enfermagem. Assim sendo, pretendemos compreender à luz da enfermagem, e tendo em conta os seus referenciais teóricos, como o brincar integrado na prática de enfermagem pode ser usado na gestão do estado emocional da criança a viver uma experiência de cirurgia num contexto de internamento pediátrico.

A EXPERIÊNCIA DE CIRURGIA VIVIDA PELA CRIANÇA

“O acto cirúrgico é, por si só, potenciador de ansiedade e exacerbador de medos e ideias pré-concebidas, tanto para as crianças como para os adultos” (Oliveira *et al.*, 2005: 202). A criança, particularmente quando vive uma experiência de cirurgia, está exposta a determinados stressores como: a separação dos pais, a exposição a pessoas, situações e ambientes desconhecidos, o confronto com procedimentos invasivos e dolorosos, a incerteza acerca dos limites e dos comportamentos esperados e aceitáveis, a perda de controlo, de autonomia, das aptidões adquiridas e da privacidade, a ameaça à integridade física (Conceição; Martins, 2001). A cirurgia pode, assim, conduzir a alterações ao nível psicológico, emocional, cognitivo e social na criança que

podem persistir para além do período pós-operatório. Mas também de acordo com Martins (2000), as respostas da criança perante esta experiência exige dos cuidadores conhecimentos profundos sobre desenvolvimento infantil, uma vez que este influencia particularmente as suas experiências. Porém Guises (2000), ao reportar-se ao processo de cirurgia, constatou que se tem vindo a registar uma grande evolução ao nível dos procedimentos cirúrgicos e de diminuição da dor daí resultante, existindo paralelamente alguma desvalorização ao nível dos cuidados que previnam consequências psico-emocionais nas crianças. Outros estudiosos defendem que a experiência emocional do cliente assume uma importância central na acção de cuidar, já que as emoções têm um papel relevante nas respostas que cada pessoa tem sobre uma situação específica (Lopes; Meyer, Waldow, 1995). Por essa razão é essencial que os enfermeiros, durante a prestação de cuidados à criança, se empenhem em “compreendê-las (...), em perceber a sua aparição, o seu alcance e as suas consequências” (Phaneuf, 2005: 205), no sentido de desenvolver intervenções que visem prevenir situações problemáticas (Jónatas; Santo, 1994). Importa atender não só à emoção exteriorizada mas também aos sentimentos ocultos, para compreender a totalidade da experiência emocional da criança. As suas respostas emocionais à cirurgia no contexto de internamento podem ser intensas, prolongadas e causadoras de danos pelo que os cuidados de enfermagem têm, também, como foco as experiências emocionais, as estratégias de confronto e os modos de ajuda na gestão do estado emocional da criança e da família.

A GESTÃO EMOCIONAL NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA

As emoções assumem um papel preponderante na vida de qualquer indivíduo, daí que seja essencial para a criança uma adequada gestão das mesmas, no sentido de mobilizar e/ou desenvolver mecanismos de *coping* face à situação de hospitalização/cirurgia que está a viver. Segundo a teoria do desenvolvimento de Erickson, onde cada estágio representa uma crise psicossocial, a forma como a criança organiza e experiencia as emoções é determinante, influenciando posteriormente as relações que esta estabelece com o meio que a rodeia. Esta capacidade de organização de experiências emocionais permite que a criança adquira uma identidade psicossocial adaptativa que se revelará fundamental ao longo da sua vida (Diogo e Rodrigues, 2002). Tudo isto toma especial relevância quando as emoções são demasiado escondidas ou demasiado exacerbadas, tornando-se em qualquer uma das situações perturbadoras, uma vez que a exposição excessiva às mesmas pode ser prejudicial para a saúde global da criança. Neste sentido, ter espaço e oportunidade de expressar as emoções negativas, reconhecê-las e geri-las de forma saudável, é um meio para a promoção do bem-estar emocional. A promoção da expressão emocional, por parte dos enfermeiros, permite à criança/família chegar a alguns domínios emocionais referidos por Goleman (2006): a auto-consciência e a auto-regulação. Porém, esta gestão emocional nem sempre é um processo simples para a pessoa e, em particular para a criança, tendo os enfermeiros especial importância na sua capacitação.

Na perspectiva de Watson (2002), teórica de enfermagem, o cuidar transpessoal é facilitador da libertação de energia e força interior, ajudando a adquirir um sentido de harmonia na mente, corpo e alma. A expressão emocional funciona como um meio de “ventilação de sentimentos” perturbadores vividos. Esta “ventilação” torna-se ainda mais relevante quando compreendemos que a criança é um Ser em construção e em desenvolvimento, o que nos reporta para a necessidade de minimizar o impacto negativo de uma experiência de hospitalização/cirurgia. Contudo se o impacto for positivo, e a relação de cuidados for apoiante e de segurança, a criança adquirirá um maior sentido de controlo sobre si, o que lhe permitirá envolver-se de forma mais intensa no mundo externo desenvolvendo auto-confiança e auto-estima ao contrário de frustração (Goleman, 2006; Diogo; Rodrigues, 2002). Para que esta gestão emocional ocorra, é importante que os enfermeiros valorizem e incrementem estratégias de actuação específicas em enfermagem pediátrica das quais se destaca o BRINCAR.

O BRINCAR E A PRÁTICA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Foi durante o século XX que a importância do brincar começou a ser reconhecida, registando-se a sua maior valorização na última metade do século, nomeadamente através da Declaração da *International Play Association* (1961) e da Convenção sobre os Direitos da Criança (1989). O brincar é considerado uma necessidade básica e uma experiência humana rica e complexa, assumindo-se

como essencial ao desenvolvimento infantil. O acto de brincar, apesar de parecer uma acção natural, ajuda a criança na sua adaptação à realidade pois para além de apresentar funções que incluem o desenvolvimento intelectual, sensorio-motor, de socialização, de criatividade e de auto-consciência, pode também constituir-se como um instrumento terapêutico nos cuidados de saúde pediátricos. A palavra instrumento significa algo utilizado para atingir um determinado fim (Grande Dicionário da Língua Portuguesa, 1990). Contudo, na prática de enfermagem, é considerado não apenas como um instrumento mas um instrumento terapêutico, quando as acções de enfermagem encerram uma intencionalidade terapêutica, de forma a atingir fins terapêuticos. Isto significa que a mobilização de instrumentos de forma terapêutica na prática de enfermagem permite aos enfermeiros conseguirem alcançar benefícios para a pessoa que cuidam, desenvolvendo intervenções com intuito não só de promover a sua recuperação, como também de garantir o seu bem-estar atendendo à sua individualidade (McMahon; Pearson, 1998).

Walker (1988) salienta que existem dois tipos de brincar em cuidados de saúde: a terapia pelo brincar e o brincar terapêutico. Ambos possuem alguns objectivos em comum: o estabelecimento de uma relação entre o profissional e a criança e a possibilidade de permitir à criança uma “ventilação de sentimentos” negativos em relação ao seu problema/vivência. Contudo, o que distingue o brincar terapêutico da terapia pelo brincar, é o facto da última ser utilizada pelos psicoterapeutas para diagnosticar um problema psicológico da criança e facilitar a libertação de tensões. A terapia pelo brincar permite, ainda, desenvolver na criança habilidades que vão ser necessárias, em termos futuros, para o desenvolvimento psicológico (Walker, 1988). Por sua vez o brincar terapêutico auxilia a criança a desenvolver mecanismos de *coping* (Russ, 1998) com o intuito de ultrapassar a situação de crise que se encontra a viver. Durante a hospitalização o brincar terapêutico influencia o restabelecimento físico e emocional da criança, possibilitando uma vivência mais alegre e menos traumatizante e reduzindo as respostas de stress da mesma durante esse período (LeVieux-Anglin; Sawyer, 1993. Russ, 1998. Furtado; Lima, 1999. Hall; Reet, 2000; Mitre; Gomes, 2004; Motta; Enumo, 2004).

O brincar no hospital tem, ainda, funções e formas de aplicabilidade específicas. De acordo com Oliveira, Dias e Roazzi (2003) e Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006), o brincar pode assumir duas formas de aplicabilidade: o brincar dirigido e o brincar livre. O primeiro – o brincar dirigido – implica uma programação, estruturação e definição de temas específicos, onde é permitido à criança manipular e explorar o material com o qual se depara durante o internamento e a experiência de cirurgia (LeVieux-Anglin & Sawyer, 1993). O segundo – o brincar livre – é espontâneo e não estruturado, permitindo à criança brincar com todos os materiais disponíveis.

De acordo com Hockenberry, Wilson e Winkelstein. (2006), existem algumas técnicas de comunicação criativa com as crianças que podem ser aplicadas durante o brincar, tais como: 1) *técnica da terceira pessoa* que envolve a adopção de termos na terceira pessoa com recurso a fantoches, ursos ou bonecos, na medida em que as crianças se sentem menos ameaçadas quando não se fala directamente delas, embora permita paradoxalmente que elas falem sobre si; 2) *contar histórias* de livros infantis que funciona como uma actividade de distração; 3) *contar histórias mutuamente* que envolve a narração de histórias que se assemelham à situação particular que a criança está a viver, ainda que com algumas diferenças que a ajudam com os seus problemas; 4) *jogo de associação de palavras*, em que é pedido à criança que diga a primeira palavra que lhe surge na mente, após ter ouvido uma palavra-chave; 5) *Prós e contras* que consiste em seleccionar um tópico como “estar no hospital” e permite que a criança relacione, por exemplo num desenho “cinco coisas boas e cinco coisas más” a esse mesmo tópico. Estas actividades de brincar são actividades expressivas e constituem-se como uma oportunidade para a criança expressar as emoções/sentimentos perturbadores que decorrem da experiência de hospitalização. Contudo, é importante enfatizar que para o brincar se tornar parte integrante dos cuidados de enfermagem, e nesse sentido adquirir um importante valor terapêutico é necessário ter em conta alguns elementos referenciados por LeVieux-Anglin e Sawyer (1993): a) necessidade de adaptar o brincar à idade e desenvolvimento da criança, b) necessidade de reconhecimento e valorização do brincar pelos enfermeiros, c) necessidade de enquadrar o brincar no plano de cuidados de enfermagem. Desta forma, esta actividade deve ser entendida como um objectivo dos cuidados e incluída nas intervenções de enfermagem, pois permite à criança aprender sobre o ambiente que a rodeia e desenvolver habilidades de relação

com o mesmo. Durante o brincar é, ainda, pertinente integrar os familiares da criança, já que estes assumem um papel importante como mediadores da confiança entre a criança e os enfermeiros, pois quando a criança percebe que a família confia no profissional tenderá a vê-lo como uma pessoa em quem pode confiar e com quem pode partilhar algumas actividades (Björk; Nordström; Hallström, 2006). Os mesmos estudiosos destacam que o estabelecimento de uma boa relação com os profissionais constitui-se como uma necessidade da criança quando hospitalizada. Neste sentido, e de acordo com Festas (1994: 327), “as actividades lúdicas, devem ser utilizadas pelos profissionais de saúde que se relacionam com a criança como um grande espelho do seu vasto mundo real e imaginário”, facilitando o próprio processo de hospitalização.

PERGUNTA E OBJECTIVOS

Após este breve enquadramento teórico, evidenciando os conceitos centrais deste estudo, surge a seguinte questão de investigação: *Como é que o brincar pode ser utilizado na prática de enfermagem visando a gestão da experiência emocional de crianças (dos 6 aos 8 anos) hospitalizadas por cirurgia?*

São objectivos deste estudo:

- Descrever o modo de mobilização do brincar nos cuidados de enfermagem, com vista à promoção da gestão emocional da criança hospitalizada por cirurgia
- Compreender o potencial terapêutico do brincar na gestão do estado emocional da criança hospitalizada por cirurgia no decorrer dos cuidados de enfermagem

MÉTODO

Estando a pergunta e os objectivos deste estudo centrados na descrição e compreensão da prática de cuidados de enfermagem, foi adoptada a abordagem qualitativa recorrendo a um tipo de estudo descritivo e interpretativo. O estudo teve como foco a interacção de cuidados envolvendo actividades de brincar em contexto de internamento de pediatria, no qual a compreensão de “nível micro” da acção/interacção (o que é feito, porque é feito, como é feito e a consequência do que é feito) foi analisado à luz de um raciocínio predominantemente indutivo. A reflexão na acção (Schön, 1987), numa lógica de formação reflexiva (Zeichner, 1993) teve uma influência determinante, tratando-se de um estudo de âmbito académico que incidiu na acção/reflexão de 3 estudantes da Licenciatura em Enfermagem (4.º Ano – Monografia de fim de Curso). Foi, então, desenvolvido um processo de reflexão sobre a prática com recurso ao diário de campo (para registar a própria prática de enfermagem associada ao fenómeno em estudo), uma actividade inscrita num processo investigativo (capacidade de utilizar o processo de investigação nas suas várias etapas). A capacidade reflexiva, por meio da descrição e análise crítica da própria prática permite examiná-la e aperfeiçoá-la, e a sua explicitação em registo escrito (diário) funciona como um mediador dessa mesma reflexão, pois é organizador do pensamento (Zabalza, 1994). A escrita narrativa envolve também a descentração (Piaget citado por Lerbet, 1981), pois quando o sujeito escreve sobre a sua acção e sobre si, constrói o distanciamento necessário para se analisar e avaliar em contexto dessa mesma acção. O diário (um documento pessoal) como instrumento de investigação é utilizado largamente em estudos das ciências sociais, remontando ao início do século XX quando ressurgiu uma “corrente metodológica centrada na utilização dos documentos pessoais como recursos da investigação científica” (Zabalza, 1994: 83). O diário enquanto documento pessoal é um instrumento de investigação, o que significa também que a reflexividade permite que o investigador centre a pesquisa no próprio. De La Cuesta (2003) defende mesmo o investigador enquanto instrumento da investigação.

Nesta lógica foram elaborados diários de campo, integrando uma dimensão referencial e expressiva (Zabalza, 1994), para descrever de forma sistemática e pormenorizada 9 interacções de cuidados, envolvendo a actividade de brincar com crianças de ambos os sexos, de idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos, hospitalizadas num serviço de pediatria cirúrgica de um hospital pediátrico de Lisboa, no período de Abril a Junho de 2008. A análise de dados foi realizada com base na técnica de análise de conteúdo qualitativa convencional (Hsieh; Shannon, 2005), que é geralmente usada em desenhos de investigação cujo objectivo é descrever e compreender um fenómeno, e na qual a codificação de categorias em árvore deriva directamente dos dados de texto. Deste modo, a análise categorial progrediu à medida que foram identificadas as relações entre os

diferentes segmentos de texto (oriundos dos diários), procedendo-se à sua “redução” num processo que permite uma “condensação dos dados” (Huberman; Miles, 2000: 256), dando lugar à emergência de subcategorias e categorias progressivamente mais teóricas. Estas foram integradas, a partir das relações intercategoriais, noutras de natureza mais conceptual – os temas. Neste processo de categorização procurou-se descobrir o fio condutor da análise, ou seja, a atribuição de um sentido ao material codificado tendo sempre em mente a pergunta de investigação. Como principal limitação deste estudo destaca-se a primeira experiência dos seus autores na mobilização da metodologia científica com foco na reflexividade. Isto é, a análise da sua prática e da sua pessoa em contexto de acção para gerar saber sobre o cuidado de enfermagem.

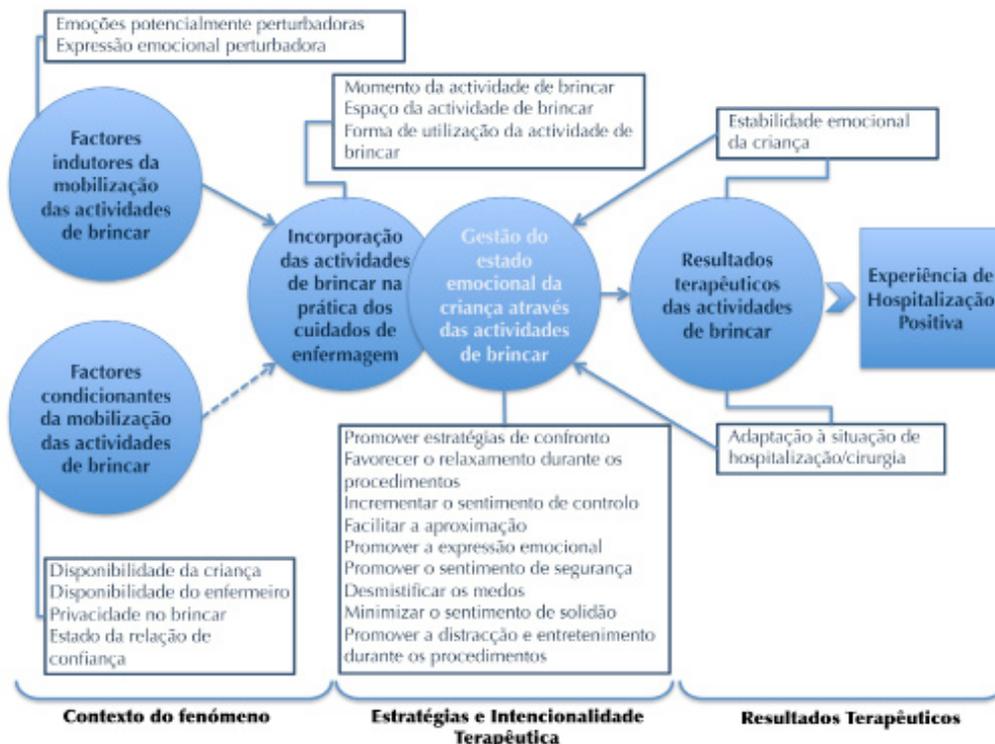
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Neste estudo, de natureza académica, o *corpus de dados* em análise brota directamente da prática de cuidados de enfermagem, da acção em si, das condições que a induziram e também das suas consequências. Os dados centram-se no cuidado de enfermagem enquanto alvo de análise dos seus próprios autores, e não nos receptores dos cuidados de enfermagem, com vista à sua clarificação e compreensão aprofundada numa lógica de formação reflexiva, e com recurso às etapas do processo investigativo. A prática de cuidados teve como finalidade global promover o bem-estar e aliviar o sofrimento. O anonimato e confidencialidade dos dados foram, igualmente, garantidos. Foram acautelados os 3 princípios éticos publicados no relatório Belmont (Polit, 1995), em que se baseiam os padrões de conduta ética em investigação: beneficência, respeito à dignidade humana e justiça.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Da análise dos dados emergiu um processo de gestão do estado emocional da criança na prática de enfermagem pediátrica com recurso à actividade de brincar, caracterizado por 5 temas e as suas relações recíprocas (Diagrama I), que serão explicitados em seguida.

Diagrama I – Processo de gestão do estado emocional da criança através da actividade de brincar



em enfermagem pediátrica (com crianças de 6 a 8 anos hospitalizadas por cirurgia)

Tema 1 – Factores indutores

Na prática de cuidados à criança existe um conjunto de factores que contribuem e induzem a mobilização do brincar. Na interacção de cuidados, a iniciativa e decisão para desenvolver a actividade de brincar está associada à experiência emocional que a criança revela directa ou indirectamente. Essa necessidade é antecipada ou observada de acordo com a vivência singular de cada criança. Relativamente às situações potencialmente perturbadoras estas são de 3 tipos: a *ausência temporária do acompanhante*, os *procedimentos de enfermagem* e a *prostração/ausência de resposta da criança*.

“[Ambas as crianças tinham que tomar a pré-medicação mas esta tinha um sabor amargo, logo as crianças tendiam a rejeitá-la] À chegada ao quarto decidi fazer um concurso para ver quem conseguia engolir mais depressa, como forma de promover a colaboração tanto da A. como do R. (...)” [P8 e P5 DCII]

O que conduz, igualmente, à mobilização do brincar são as várias experiências de hospitalização em que a criança sente necessidade de expressar emoções negativas, relativamente à experiência emocional intensa que está a viver: *preocupação, ansiedade, nervosismo, receio, desconfiança, desagrado, desprezo, repulsa, melancolia, desalento e pena*.

“[Quando abordei a criança para exemplificar o modo de colocar a mão sobre a sutura operatória (...) esta recuou ligeiramente e com um olhar assustado disse Ai! Ai! Esta resposta sugeriu-me que o D tinha medo, ficando um pouco ansioso com a ideia de eu lhe tocar no local da sutura e pudesse provocar dor” [P4DCI]

Estas experiências encontram-se intimamente relacionadas com os stressores da hospitalização enumerados por Conceição e Martins (2001). Neste sentido, e tal como vem preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), o enfermeiro deve empenhar-se ao máximo de forma a minimizar o impacto negativo resultante da necessidade de internamento.

Em síntese, os factores indutores estão agrupados em 2 categorias: **situações potencialmente perturbadoras** para a criança e a **expressão emocional intensa** da mesma.

Tema 2 – Factores condicionantes

A mobilização das actividades de brincar nos cuidados de enfermagem implica a necessidade de considerar a disponibilidade da criança atendendo à sua *vontade e interesse* na decisão de qual o momento, espaço e forma da actividade a realizar, agindo sempre uma negociação com mesma, tal como vem preconizado na Carta da Criança Hospitalizada (1988) e nos documentos reguladores da prática de cuidados de enfermagem (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005; Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001). Assim sendo, e como corroborado num estudo realizado por Mitre e Gomes (2004), o brincar constituiu-se como um espaço que possibilita escolhas e a livre expressão da criança. Este factor torna-se extremamente importante dado que quando não é dada opção de escolha à criança esta tende a rejeitar a actividade e o próprio profissional que a impõe.

“[Perante o desejo expresso pela criança de ir para casa questionei a vontade da mesma de brincar comigo, ao que respondeu] Sim pode ser, mas só depois de acabar de ver o filme. Então eu disse: Ok, então fica combinado! Daqui a nada venho ver se já acabou, boa!?! A criança respondeu afirmativamente.” [P2 DCIII]

Além deste condicionante, importa também atender à disponibilidade do cuidador. De facto, é necessário despendar tempo para a integração destas actividades na prática de cuidados, o que por vezes se torna algo difícil de gerir (LeVieux-Anclin & Sawyer 1993; Mitre & Gomes, 2007). Por essa razão é imprescindível *estabelecer prioridades nos cuidados* a prestar, organizando o plano de cuidados das crianças de forma a conseguir integrar o desenvolvimento do brincar nas intervenções (Diogo; Valeriano, 2001).

“[Depois da criança me pedir para brincar com ela, logo após os cuidados de higiene, referi atendendo ao estabelecimento de prioridades] Olha C. agora vou falar os outros meninos mas

logo que possa venho fazer-te um pouco de companhia e podemos brincar. Combinado?” [P2 DCII]

Ao longo das actividades de brincar a criança solícita, muitas vezes, privacidade durante a interacção. Atender a este factor significa respeitar a intimidade da criança face às emoções que expressa e/ou aos comportamentos que manifesta no momento do brincar, tal como é preconizado pelo Código Deontológico do Enfermeiro (2005). Foi, então, importante considerar factores como a *distância física de pessoas não participantes no brincar ou estranhas à criança* e a *proximidade física entre os sujeitos em interacção*.

“[A criança] Tinha escolhido a cadeira imediatamente ao lado dela, para eu me sentar. Pareceu-me que era para ficar mais próxima e, assim, a mesma ter mais privacidade durante a actividade (...)” [P3 DCI]

Outro factor que influencia a mobilização do brincar é a relação de confiança construída entre o prestador de cuidados e as crianças. Como referem Conceição e Martins (2001) e Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006), a criança tende a reagir de forma negativa a pessoas que não conhece e, apesar da criança em idade escolar apresentar menos dificuldade quando este contacto ocorre associado a um ambiente e situações desconhecidas esta tende a reagir igualmente de forma negativa. Por esse motivo a *ausência de relação de confiança* revela-se limitadora da actividade de brincar e, em contrapartida, a *existência de uma relação de confiança* revela-se facilitadora do desenvolvimento da actividade de brincar.

“[Perante a postura de desconfiança da criança na minha presença] Decidi começar a brincar com ela, embora se mostrasse pouco comunicativa e pouco envolvida no início da interacção (...)” [P6 DCI]

Em síntese, existe um conjunto de factores condicionantes da mobilização do brincar agrupados em 4 categorias: **disponibilidade da criança, disponibilidade dos enfermeiros, privacidade durante o brincar** e a **construção da relação de confiança**.

Tema 3 – Incorporação na interacção de cuidados

O brincar é planeado e incorporado nos cuidados de forma *não-estruturada* ou *estruturada*, ou seja, de forma livre ou dirigida respectivamente (Oliveira; Dias; Roazzi, 2003; Hockenberry; Wilson e Winkelstein, 2006). O brincar livre é, essencialmente, utilizado nos cuidados como forma de recreação, sendo permitido à criança que conduza o brincar de acordo com as suas necessidades. Por sua vez, atendendo às características do brincar dirigido, as actividades de brincar desenvolvidas com as crianças estão associadas, maioritariamente, à promoção da expressão emocional e à preparação da criança para os procedimentos.

“[Durante o brincar dramático expliquei à criança o aspecto do seu penso no final do procedimento:] (...) Vai ficar assim, imagina que este menino [boneco] já tem um penso, então nós vamos pôr-lhe esta tala (...)” [P1DCII]

O momento em que a actividade de brincar decorre está directamente relacionado com as necessidades que a criança manifesta. Essa imprevisibilidade leva, por vezes, à mobilização do brincar de forma *espontânea* durante a prestação de cuidados, estando ele inserido ou não num procedimento. Para além do carácter espontâneo que a actividade de brincar assume nos cuidados de enfermagem, por vezes, é necessário *reservar um tempo* para o seu desenvolvimento.

“(...) quando entrei no quarto a M. olhou para mim e disse: Olá! E eu respondi com um sorriso dizendo também Olá e questionando-a: Queres ir pintar um desenho para a sala de actividades?” [P6 DCIII]

As actividades de brincar desenvolvidas com as crianças ocorrem em diversos locais, e estão intimamente relacionadas com os cuidados de enfermagem que são prestados, nomeadamente,

na sala de pensos, na casa de banho ou no quarto da criança. Este último, assim como a sala de actividades surgem associados não só ao desenvolvimento de actividades de carácter criativo (pintura e desenhos), mas também a actividades relacionadas com a preparação da criança para os procedimentos.

"[Perante o estado emocional de ansiedade da criança disse] Olha T. vai andando com a mãe para a sala de actividades que eu vou buscar umas coisas (material de penso) para te explicar tudo o que te vão fazer, está bem? O T. respondeu acenando com a cabeça de modo afirmativo e levantando-se da cama (...)" [P1 DCII]

A sala de actividades é um espaço, particularmente, importante na realização de actividades de brincar já que a criança se sente mais segura nesse ambiente de cor e fantasia, encontrando-se rodeada por brinquedos e jogos que lhe são familiares (Peterson, 1990).

Em síntese, a incorporação das actividades de brincar nos cuidados à criança, de acordo com a sua singularidade, tem em conta 3 aspectos: a **forma** como esta irá ser mobilizada, o **momento** e o **local** da interacção.

Tema 4 – Gestão do estado emocional da criança

Quando a criança se encontra perante situações emocionalmente intensas necessita de mobilizar mecanismos de *coping* que facilitem a sua adaptação à adversidade. As actividades de brincar constituem-se como mediadores entre o ambiente familiar e hospitalar, nas acções/interacções de *mobilização dos brinquedos da criança e utilização de uma linguagem de brincadeira*.

"[Perante o estado emocional de tristeza (choro intenso) demonstrado pela criança segurei] num peluche entre outros brinquedos da C. que eu sabia que tinha sido [a sua] mãe (...) a dar-lhe, já durante este internamento. Daí que pensei que seria uma boa estratégia pegar nesse boneco e pô-lo perto da C., de modo a que ela pudesse sentir a mãe perto de si e ficasse mais calma e segura." [P2 DCI]

Alguns procedimentos de enfermagem têm o potencial de constituir momentos emocionalmente intensos e por isso *stressantes* para a criança, não só por estarem associados à dor mas também pelo desconhecimento, daí que se revela necessário favorecer o relaxamento da criança através do desenvolvimento de acções/interacções que visam a diminuição da sua ansiedade. Este facto é apoiado pelos estudos de Haiat, Bar-Mor & Shochat (2003) e Huth, Kuiken & Broome (2006), onde se defende que o brincar se constitui como um factor minimizador da experiência negativa durante os procedimentos e, ao qual, podem estar associadas várias técnicas de relaxamento. O alívio da ansiedade da criança é, frequentemente, conseguido através do *incentivo para a realização de respiração profunda ou para assobiar e a colocação de música na sala de pensos*.

"[Apercebi-me do aumento da ansiedade da criança, ao longo da realização do penso, pelo que questionei:] Sabes assobiar? Disse que sim. Então assobia lá! Disse eu. Então o T. passou grande parte da execução do penso a assobiar, virando a cabeça de um lado para o outro" [P1DCII]

É durante as actividades de brincar incorporadas na prestação de cuidados, que por vezes é possível detectar a necessidade de incrementar o sentimento de controlo na criança, de forma a favorecer a sua estabilidade emocional e/ou a sua adaptação à situação de hospitalização. A promoção do sentimento de controlo na criança é alcançada através do *reforço positivo* articulado com uma linguagem de brincadeira que facilita a sua compreensão ou da promoção do *envolvimento da criança e da família* nessas mesmas actividades.

"(...) Uma vez que o D. já tinha entrado na brincadeira e se tinha deixado levar pela mesma, questionei à [sua] mãe se esta se importava que lhe avaliasse a tensão arterial, dizendo: Olhe Sr.^a X importa-se que eu e o D. lhe vissemos a tensão arterial, para vermos como é que o seu coração está a funcionar? (...) A mãe do D. acedeu prontamente dizendo com um ar sério, sugestivo de que tinha compreendido a brincadeira, claro que sim! Estejam à vontade!" [P4 DCII]

Intimamente relacionada com a função do brincar anterior surge a de promover o sentimento

de segurança da criança, que é alcançado através da mobilização de diferentes actividades de brincar estimulantes e divertidas, sendo as mais frequentes a *utilização de linguagem de brincadeira* e o *encorajamento para manipular material hospitalar*. O material hospitalar quando é desconhecido para a criança representa uma fonte de *stress* para a mesma, pelo que é essencial encorajar a manipular o material utilizado nos procedimentos. Essa manipulação permite que a criança se aperceba que pode controlar o material e altere a imagem ameaçadora que tem do mesmo (Diogo; Valeriano, 2001 e Hockenberry; Wilson e Winkelstein, 2006).

“[Ao continuar a explicação do procedimento exemplifiquei no boneco modelo e utilizei uma linguagem de brincadeira:] (...) E vai ficar mais ou menos assim. Mostrei-lhe o boneco, porque a tua tala vai ser mais bonita do que esta, esta é castanha a outra é branca e tem buraquinhos”
[P1DCII]

As actividades de brincar mobilizadas encerram uma outra funcionalidade – facilitar a aproximação à criança – que se revela extremamente pertinente, tendo em conta que o essencial do cuidado de enfermagem se constitui, de facto, como a acção interpessoal entre a enfermeira e o cliente (Watson, 1985). Sendo o cliente uma criança torna-se necessário adoptar estratégias de comunicação e proximidade adequadas ao seu desenvolvimento e à experiência que está a viver, tais como *fazer cócegas* e *demonstração de interesse pela actividade que a criança está a desenvolver*, que se revelam como pontos de partida para o início de uma relação de confiança e que apesar de parecerem actividades simples, são consideradas por Björk, Nordström e Hallström (2006) como actividades engraçadas e divertidas.

Na constatação de que a criança se encontra numa situação potencialmente perturbadora ou manifesta mesmo sentimentos negativos, o brincar tem ainda a função de promover a expressão emocional. O brincar permite à criança explorar os seus sentimentos e libertar as suas emoções e tensões, tal como defendem Peterson (1990) e Hockenberry; Wilson e Winkelstein (2006). Através das actividades de brincar é possível aceder às vivências da criança, identificar algumas das suas necessidades e, como Furtado e Lima (1999) demonstram no seu estudo, é ainda possível planear cuidados de enfermagem à criança de forma individualizada. A *realização de desenhos* e a *utilização do jogo prós e contras sobre o hospital* constituem acções/interacções para promover a expressão emocional.

“[Expliquei o jogo à criança:] Então é assim, vamos fazer um jogo em que me vais dizer o que gostas mais e menos no hospital - Expliquei calma e descontraidamente [a criança respondeu] (...) o que eu não gosto mesmo é que “batam” aquele negócio na minha veia! Aquilo arde! – Disse, adoptando uma expressão facial de dor (...)” [P1 DCIII]

A criança a viver uma experiência de hospitalização pode sentir solidão relacionada com a separação da sua família ou com a ausência de acompanhantes, temporária ou não. Por essa razão, o brincar é também mobilizado para minimizar o sentimento de solidão, sugerindo à criança algumas brincadeiras ou deixando que seja ela a conduzir com as suas sugestões, tais como: *realização de desenhos, pintura de desenhos e mobilização dos brinquedos da criança*.

Durante a hospitalização são adoptadas, ainda, estratégias que promovem a distração da criança como forma de prevenir o stress emocional (Coles, 1988), pois a criança quando está distraída consegue um distanciamento da situação ameaçadora a que está exposta, minimizando o seu sofrimento (Diogo; Valeriano, 2001). O facto das paredes do serviço, nomeadamente na sala de pensos, estarem decoradas com desenhos constitui um factor positivo, não só porque promove a criação de um ambiente de fantasia adequado à criança, mas também porque facilita a mobilização do brincar durante os procedimentos, o que é corroborado por De La Fuente, Gavilanes e De Alba (2006). As actividades de brincar específicas de distração incluem as seguintes acções/interacções: *a decoração do serviço, a utilização de uma linguagem de brincadeira e a valorização dos brinquedos da criança*, o que favorece não só a colaboração da criança como também a diminuição da sua ansiedade.

“[Durante o procedimento (retirar cateter venoso periférico) enquanto a criança se encontrava

muito ansiosa informei-a de que existiam desenhos no tecto da sala de pensos, e então a criança] olhou para o tecto e disse: Ahhh... [voltei a questionar]: O que é que tem lá em cima? A M. respondeu: Tem golfinhos..., enquanto continuava a retirar a tala, os adesivos e o cateter perguntei novamente: E o que tem mais? Acho que tem lá mais alguma coisa... a M. respondeu descontraidamente, balançando as suas pernas e elevando o seu outro braço disse: Tem ali um pássaro a voar!" [P6 DCIV]

As actividades de brincar permitem, igualmente, a desmistificação de medos na criança face às diferentes situações decorrentes da hospitalização, nomeadamente, quanto aos procedimentos. Estas acções/interacções incluem a *transmissão de informação* recorrendo ao material hospitalar, ao boneco modelo, aos desenhos e a uma linguagem de brincadeira. As actividades de brincar constituem-se como uma forma de comunicação próxima com a criança e, por isso, favorecem a redução da tensão vivida (ansiedade, medo, disforia) face aos procedimentos e promovem, consequentemente, a sua colaboração (Peterson, 1990. Pais, 1992. Hockenberry; Wilson e Winkelstein., 2006). Também como constatado por Justus et al. (2006), o boneco modelo revela-se como um importante meio para exemplificar à criança, de forma mais clara e segura, qual a natureza do procedimento e o que pode esperar do mesmo.

Em síntese, as actividades de brincar incorporadas nos cuidados de enfermagem à criança são desenvolvidas através de 10 estratégias: **promover o confronto/coping, favorecer o relaxamento durante os procedimentos, incrementar o sentimento de controlo, promover o sentimento de segurança, facilitar a aproximação, promover a expressão emocional, minimizar o sentimento de solidão, promover a distração durante os procedimentos e desmistificar os medos**. Estas estratégias actuam directamente no estado emocional das crianças (Russ, 1998) gerando bem-estar e segurança, e ainda aprendizagem (Barros, 2003). Noutra perspectiva, representam funções do brincar corroborados por Diogo; Valeriano (2001) e Motta e Enumo (2004).

As diferentes funções do brincar aqui ancoradas nas acções/interacções de cuidados, tal como foram explicitadas, têm em conta determinadas condições e são desenvolvidas de forma intencional, mediante uma observação/avaliação do estado emocional da criança e com objectivos de diminuir os stressores da hospitalização, minimizar o medo, angústia, ansiedade ou solidão ou de construir a relação de confiança, que só por si é promotora do sentimento de bem-estar e segurança nas crianças. Isto é, incorporam uma intencionalidade terapêutica. De acordo com Swanson (1993, p.354) "as práticas terapêuticas (*therapeutic practices*) dos enfermeiros estão fundadas no conhecimento de enfermagem, ciências correlacionadas, as humanidades, assim como o *insight* pessoal e a compreensão experiencial, e a finalidade do cuidar em enfermagem é fortalecer o bem-estar daqueles de quem cuidam". Também o conceito de enfermagem terapêutica (MacMahon; Pearson, 1998) sublinha a intencionalidade das intervenções de enfermagem como possuindo uma força dinâmica no sentido de ajudar os doentes para a saúde.

Tema 5 – Promoção de uma experiência de hospitalização positiva e de crescimento

Uma prática de cuidados que integra a actividade brincar é sugestiva de resultados terapêuticos para as crianças, pois estas conseguem alcançar não só um bem-estar emocional mas também um maior autocontrolo. O brincar é ainda um meio de "construir" a relação de confiança. Ao longo da interacção que envolve o brincar a criança manifesta, de forma verbal ou não verbal, diferentes respostas emocionais de bem-estar como a *alegria*, o *entusiasmo*, o *agrado*, a *satisfação*, a *euforia* e por fim a *tranquilidade*.

"[Após ter sugerido a realização de um jogo para tomar a terapêutica, as duas crianças] (...) estavam a sorrir, inquietas, parecendo estarem entusiasmados com a brincadeira (...) [P8 e P5 DCII]

Meleis e Trangensteins (1994) defendem que o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem pode estar focado na prevenção de transições não-saudáveis, promovendo a percepção de bem-estar e a capacidade para lidar com a experiência.

O bem-estar que o brincar proporciona facilita, também, a adaptação das crianças à experiência que estão a viver. A adaptação da criança à experiência de cirurgia em contexto de internamento é, também, revelada através do estabelecimento de uma *relação de confiança* que

é alimentada na mobilização do brincar, ao longo das interacções de cuidados. Por outro lado, as crianças quando conseguem sentir confiança expressam mais facilmente as suas emoções e permitem-se dar a conhecer o que, por sua vez, facilita a identificação das suas necessidades na sua singularidade. O facto de a criança confiar no enfermeiro favorece a sua *colaboração nos cuidados de enfermagem*, o que é corroborado no estudo de Haiat, Bar-Mor e Schochat (2003), sendo outra das manifestações que revela a adaptação da criança à situação de hospitalização por cirurgia que está a viver. Os cuidados de enfermagem prestados, nomeadamente os procedimentos são precedidos de uma explicação, mobilizando uma actividade de brincar que resulta igualmente na colaboração da criança durante o procedimento, o que demonstra que a informação fornecida funciona como uma estratégia de confronto adaptativa para a mesma tal como constataram Haiat, Bar-Mor e Schochat (2003).

Por fim, a estabilidade emocional que a criança manifesta durante e após as actividades de brincar incorporadas na interacção de cuidados, que potencia a adaptação à situação, conduz a uma **experiência de hospitalização positiva**.

"[Durante o jogo de associação de palavras sobre a hospitalização disse à criança] Podes dizer-me palavras que associas ao hospital? E a C. (...) disse: As enfermeiras trataram bem de mim. O hospital é muito divertido... é muito divertido. Ah!... e tem muitos brinquedos, muita alegria." [P2 DCIII]

De acordo com Wikström (2005) para algumas crianças a actividade de brincar revela-se o aspecto mais significativo de todo o processo terapêutico. E isto acontece quando o brincar assume um lugar primordial na prática de enfermagem pediátrica, com resultados terapêuticos na gestão do estado emocional das crianças que aqui se destacaram. Assume, então, um papel de instrumento de cuidados na lógica da Enfermagem Terapêutica, na qual o resultado da acção dos enfermeiros traduz benefícios na saúde das pessoas (MacMahon; Pearson, 1998).

Em síntese, a actividade de brincar desenvolvida com a criança a viver uma experiência de cirurgia em contexto de internamento sugere 2 importantes resultados terapêuticos: a **estabilidade emocional** e a **adaptação à experiência**, que estão inter-relacionados. No decorrer da mobilização do brincar é perceptível que a criança altera o seu estado emocional passando de um estado de disforia para uma tranquilidade emocional, e mesmo quando a situação é potencialmente perturbadora o brincar permite preveni-la, o que é corroborado pelos estudos de LeVieux-Anglin e Sawyer (1993) e por Mitre e Gomes (2004).

CONCLUSÃO

O processo de gestão do estado emocional da criança através da actividade de brincar em enfermagem pediátrica requer a consideração, atenta e sensível, para com as condições da sua mobilização. O brincar é incorporado na interacção de cuidados mediante situações que se revelam emocionalmente perturbadoras ou que têm o potencial de serem emocionalmente intensas para a criança, como nas situações de ausência da mãe, uma frágil relação de confiança ou uma punção venosa. E também são condicionadas pela disponibilidade da criança, disponibilidade dos enfermeiros, privacidade durante o brincar e a construção da relação de confiança. Por outro lado, a actividade de brincar nos cuidados à criança implica 3 atributos da acção/interacção: a forma como é mobilizada (estruturada ou não-estruturada), o momento (espontâneo ou tempo reservado) e o local (sala de pensos, casa de banho, quarto da criança e sala de actividades). Esta actividade de brincar é operacionalizada através de um conjunto variado de estratégias: promover o confronto/*coping*, favorecer o relaxamento durante os procedimentos, incrementar o sentimento de controlo, promover o sentimento de segurança, facilitar a aproximação, promover a expressão emocional, minimizar o sentimento de solidão, promover a distracção durante os procedimentos e desmistificar os medos. Estas estratégias actuam directamente no estado emocional das crianças gerando bem-estar e segurança e, ainda, aprendizagem e crescimento. A maioria destas estratégias é já reconhecida, na literatura de pediatria, enquanto funções do brincar no hospital. Porém são, ainda, reveladoras da intencionalidade terapêutica na interacção de cuidados de enfermagem, pois têm em conta determinadas condições e são desenvolvidas de forma intencional, mediante uma observação/avaliação do estado emocional da criança e com objectivos de diminuir os stressores

da hospitalização, minimizar o medo, angústia, ansiedade ou solidão ou de construir a relação de confiança com a criança. As consequências da incorporação da actividade brincar na prática de cuidados de enfermagem são sugestivas de resultados terapêuticos nas crianças, pois estas conseguem alcançar não só uma percepção de bem-estar mas também um maior autocontrolo e capacidade de lidar com a situação. O brincar é ainda um meio de “construir” a relação de confiança. Os resultados terapêuticos sensíveis aos cuidados de enfermagem, na gestão do estado emocional das crianças através do brincar, são a estabilidade emocional e a adaptação à experiência e, consequentemente, esta experiência transforma-se numa vivência positiva e de crescimento para a mesma.

Enquanto implicações para a prática de enfermagem, enaltece-se a actividade de brincar como instrumento terapêutico primordial em contexto de internamento de pediatria, na medida em que se revela um meio para favorecer o bem-estar das crianças. Além disso, o brincar usado de modo intencional e sistemático promove a adaptação e aprendizagem das crianças numa experiência positiva de hospitalização e cirurgia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS – *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Unicef, 1990.
- BARROS, L. – *Psicologia Pediátrica*. 2.^a edição. Lisboa: Climepsi, 2003.
- BJÖRK, M.; NORDSTRÖM, B.; HALLSTRÖM, I. – Needs of young children with cancer during their initial hospitalization: An observational study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 23: 4. (Jul-Aug. 2006) 210-219. <http://jpo.sagepub.com>. Acedido em 20 de Janeiro de 2008.
- BOWLBY, J. – *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- COLES, J. – A criança na unidade de cuidados intensivos. *Nursing*. Ano I, 2 (Mar.1988) 15-18.
- CONCEIÇÃO, I; MARTINS, M. – As representações que as crianças dos 8 aos 10 anos têm da intervenção cirúrgica: têm a palavra os meninos operados. *Revista Enfermagem*. 21 (Jan./Mar. 2001) 24-33.
- DE LA CUESTA B. C. – El investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Methods*. 2: 4 (2003). Article 3. http://www.ualberta.ca/liiqm/backissues/2_4/pdf/delacuesta.pdf. Acedido em 4 de Novembro de 2009.
- DE LA FUENTE, A.; GAVILANES, S.; DE ALBA, E. – ¿Cómo incidir en la experiencia emocional del niño? *Revista de Enfermería ROL*. 29: 4 (Abr. 2006) 18-21.
- DENMAN, C. A.; HARO, J. A. – *Por los rincones: antología de metodos cualitativos en la investigación social*. México: El colegio de Sonara, 2000.
- DIOGO, P.; VALERIANO, J. – O brincar: actividade de desenvolvimento e adaptação à vida. *Servir*. 49: 3 (Mai./Jun. 2001) 110-116
- DIOGO, P.; RODRIGUES, L. – Os estilos parentais: determinantes no desenvolvimento da Criança e na sua capacidade de enfrentar a Doença e a Hospitalização. *Servir*. 50: 1 (2002) 12-20.
- FESTAS, C. – Valorizar as expressões da criança durante a hospitalização. *Servir*. 42: 6 (Nov./Dez. 1994) 323-327
- FURTADO, M.; LIMA, R. – Brincar no hospital: subsídios para os cuidados de enfermagem. *Revista da Escola de enfermagem USP*. 33: 4 (Dez. 1999) 364-368.
- GOLEMAN, D. – *Inteligência emocional*. 3^a Edição. Espanha: Sábado, 2006.
- GUISES, É. – Le soin de l'enfant hospitalisé en chirurgie. *Cahier de la puéricultrice*. 148 (2000) 6-8.
- HAIAT, H.; BAR-MOR, G.; SHOCHAT, M. – The world of the child: a world of play even in the hospital. *Journal of Pediatric Nursing*. 18: 3 (Jun. 2003) 209-214.

- HALL, C. & REET, M. – Enhancing the state of play in children's nursing. *Journal of Child Health Care*. 4: 2. (2000) 49-54. www.sagepublications.com
- HOCKENBERRY, M.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. – *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Mosby, 2006.
- HSIEH, H.; SHANNON, S. E. – Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 15: 9 :1 (2005) 277-1288.
- HUBERMAN, A. M.; MILES, M. B. – Métodos para el manejo y el análisis de dados. *In*
- HUTH, M.; KUIKEN, D.; BROOME, M. - Playing in the park: what school-age children tell us about imagery. *Journal of Pediatric Nursing*. 21: 2 (Abr. 2006) 115-125.
- IAC. – *Carta da Criança Hospitalizada: Humanização dos serviços de atendimento à criança*. Lisboa, 1996.
- INTERNATIONAL PLAY ASSOCIATION - www.ipaworld.org. Acedido a 24 de Fevereiro de 2008.
- JÓNATAS, I.; SANTOS, M. – *Opinião dos pais sobre o atendimento de enfermagem no serviço de pediatria geral do hospital Dr. José Maria Grande*. Lisboa, 1994. Trabalho de Investigação apresentado à no âmbito do 11º Curso de Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- JUSTOS, R.; WYLES, D.; WILSON, J.; RODE, D.; WALTHER, V.; LIM-SULIT, N. Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's multidisciplinary perspective. *Pediatric Nursing*. 32: 1 (Jan./Feb. 2006) 35-43.
- LEVIEUX-ANGLIN, L.; SAWYER, E. – Incorporating play interventions into nursing care. *Pediatric Nursing*. 19: 5 (Sep./Oct. 1993) 459-462.
- LERBET, G. – *Une nouvelle voie personnaliste: le système-personne*. Maurecourt: Mesonance, 1981.
- LOPES, M.; MEYER, D.; WALDOW, V. – *Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.
- MARTINS, M. – Enfermagem perioperatória em pediatria. *Informar*. Ano VI 22-23 (Jul./Dez. 2000) 33-37.
- MCMAHON, R.; PEARSON A. – *Nursing as therapy*. Cheltenham: Stanley Thomes, 1998.
- MELEIS, A.; TRANGENSTEIS, P. – Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42 (1994) 255 – 259.
- MITRE, R.; GOMES, R. – A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como acção de saúde. *Ciências & Saúde Colectiva*. 9: 1 (2004) 147-154.
- MITRE, R.; GOMES, R. – A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. *Ciências & Saúde Colectiva*. 12: 5 (2007) 1277-1284.
- MOTTA, A.; ENUMO, S. – Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em estudo*. 9: 1(2004) 19-28
- NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. [et al.] – *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- OLIVEIRA, A.; LACEIRAS, A.; PEREIRA, M. & SILVESTRE, M. – Preparação da criança e família para a cirurgia: A importância do papel do enfermeiro. *Servir*. 53: 4 (Jul./Ago. 2005) 202-205
- OLIVEIRA, S.; DIAS, M.; ROAZZI, A. – O lúdico e suas Implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 16: 1 (2003) 1-13.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*, 2001.
- PAIS, N. - Brincar. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Coimbra. 2ª Série/Ano XXVI, 26: 3 (1992) 373-377.
- PETERSON, G. – Deixem as crianças brincar. *Nursing, Cadernos de Enfermagem*. Ano 3, Nº 26

(Mar.1990) 37-41.

PHANEUF, M. – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência, 2005.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B.P. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

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

SCHÖN, D. A – *La formación de profesionales reflexivos, hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje em las profesiones*. Centro de publicaciones del ministerio de educacion y ciencia, Ediciones Paidós: Barcelona, 1987.

SOCIEDADE DE LINGUA PORTUGUESA – *Grande Dicionário da Língua Portuguesa*. Alfragide: Ediclube, 1990.

SPITZ, R. A. – *O primeiro ano de vida*. 2.ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SWANSON, K. M. – Nursing as informed caring for the well-being of others. *IMAGE: Journal of Nursing scholarship* 25: 4(1993) 352-357.

WALKER, C. – Use of art and play therapy in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 6: 121 (1988). www.sagepublications.com

WATSON, J. *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder: Colorado Associated University Press, 1985.

WATSON, J. *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002.

WIKSTRÖM, B. – Communicating via expressive arts: the natural medium of self-expression for Hospitalized Children. *Pediatric Nursing*. 31: 6 (Nov./Dec. 2005) 480-485.

ZABALZA, M. Á. – *Diários de aula*. Porto Editora: Porto, 1994.

ZEICHNER, K. M. – *A formação reflexiva de professores: ideias e práticas*. Educa: Lisboa, 1993.

Contacto:

a.margarida.pereira@gmail.com

joana.turck.nunes@gmail.com

sephora_teixeira@hotmail.com

pmdiogo@esel.pt