

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TAMARA NORONHA BAUMARTT

**O BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO CUIDADO À CRIANÇA COM
CÂNCER EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO:
uma revisão integrativa**

PORTO ALEGRE

2019

TAMARA NORONHA BAUMARTT

**O BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO CUIDADO À CRIANÇA COM
CÂNCER EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO:
uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a conclusão do curso e obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliane Norma Wagner Mendes

PORTO ALEGRE

2019

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter iluminado meu caminho nas escolhas que fiz para chegar até este momento.

Aos meus pais, Marina e Eriovaldo, pela educação que me deram, por todo amor e carinho que recebi, pelo apoio nos momentos difíceis e por serem a base da minha vida. Essa conquista é nossa.

Ao meu irmão Mauricio, por me alegrar sempre e ser, acima de tudo, o meu melhor amigo.

Ao meu esposo, Ronaldo, por acreditar na minha capacidade, me auxiliar e me acompanhar nessa jornada e em muitas outras que virão.

Aos profissionais do Serviço de Onco-Hematologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em especial aos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem do Ambulatório de Quimioterapia e do Banco de Sangue, que me acolheram com muito carinho, contribuindo imensamente, não somente para minha formação como enfermeira, mas também como ser humano. Levarei cada um de vocês no coração.

À minha orientadora, professora Eliane Norma Wagner Mendes, pela amizade e por estar sempre disposta a me auxiliar, com extrema paciência e carinho.

À enfermeira Vanessa, com quem tive o prazer de conviver. Não tenho palavras para agradecer o carinho e paciência.

À professora Ivana de Souza Karl, pela compreensão e por aceitar participar desse momento tão importante para mim.

À enfermeira Graciela, pelo carinho e disposição em me auxiliar na finalização desta etapa.

*“Não sei... se a vida é curta
Ou longa demais para nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o
coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.*

*E isso não é coisa
de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira,
Pura... Enquanto durar.”*

Cora Coralina

RESUMO

Este estudo teve por objetivo identificar evidências quanto à aplicabilidade do brinquedo terapêutico (BT) em artigos originais abordando crianças com câncer e em tratamento quimioterápico. O brinquedo e o brincar fazem parte da infância e estão intimamente relacionados ao desenvolvimento social, emocional e cognitivo da criança. Após o diagnóstico do câncer, a criança passa por diversas adaptações em sua rotina para adequar-se à terapêutica imposta. Seu cotidiano é modificado e as brincadeiras não passam mais a fazer parte desse cenário. Com o tratamento quimioterápico, a criança passa a sentir desconfortos que dificultam o brincar, como a dor, a náusea e a fraqueza. O enfermeiro, por meio da implementação do BT em seu plano de cuidados pode tornar o tratamento quimioterápico da criança o menos traumático possível, permitindo a ela manifestar seus sentimentos, adaptar-se a uma nova condição de vida ou, ainda, prepará-la para procedimentos invasivos.

Trata-se de uma revisão integrativa, método que enfatiza o uso de pesquisas para guiar a tomada de decisão clínica. Realizou-se busca por artigos originais publicados no período de 2009 a 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol, em três bases de dados: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), CINAHL *with Full Text* (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e no buscador acadêmico disponível no Google, o Google Acadêmico. A amostra foi constituída de sete artigos, sendo cinco qualitativos e dois quantitativos. Mediante análise das publicações destacaram-se inúmeros benefícios advindos da utilização do BT no cuidado de enfermagem às crianças com câncer e em tratamento quimioterápico, tais como: a redução da dor, do estresse, da ansiedade, do medo e da depressão. Além disso, todas as publicações recomendam o uso do BT para o cuidado de crianças com câncer. Contudo, as publicações encontradas possuem níveis de evidência 3 e 4, demonstrando a carência de estudos com classificação melhor quanto ao nível de evidência para embasar a tomada de decisão. Considerando a importância de que o enfermeiro adira às práticas baseadas em evidências, sugere-se a realização de estudos com metodologias mais afetas à busca de evidências.

Descritores: Jogos e Brinquedos. Tratamento farmacológico. Câncer. Criança.

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Tipos de neoplasias comuns na infância.....	16
Quadro 2: Identificação e avaliação dos artigos primários contidos na amostra.....	31
Quadro 3: Aspectos metodológicos, resultados e comentários dos estudos descritos nos artigos que compõem a mostra.....	33
Figuras 1 e 2: BT Instrucional para uso em sonda vesical de demora e acesso venoso periférico.....	24
Figuras 3 e 4: BT Instrucional para uso de cateter nasal de O2 e sonda nasoentérica.....	24
Figura 5: Representação da família e de profissional da saúde para utilização em sessão de BT Dramático.....	24
Figura 6: Formação da amostra.....	29

SUMÁRIO

RESUMO	5
1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	11
3 REVISÃO DA LITERATURA	12
3.1. Infância.....	12
3.2. Quimioterapia em neoplasias da infância.....	14
3.3. Brinquedo e Brinquedo Terapêutico	18
4 MÉTODO	24
4.1. Tipo de estudo.....	24
4.2. Contexto.....	24
4.3. População e amostra	25
4.4. Coleta dos dados	26
4.5. Análise dos dados	26
4.6. Aspectos Éticos	27
5 RESULTADOS	28
6 DISCUSSÃO	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS.....	53
ANEXO A – PARECER FINAL DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM	54

1 INTRODUÇÃO

Brincar é uma atividade essencial para o desenvolvimento motor, social, emocional e mental das crianças, uma vez que brincando elas aprimoram sua coordenação motora, exploram seus movimentos corporais, desenvolvem o seu intelecto, aprendem a estabelecer relacionamentos sociais com outras crianças e a solucionar problemas (KICHE; ALMEIDA, 2009).

Durante a graduação tive a oportunidade de realizar estágio não obrigatório na unidade de quimioterapia ambulatorial de um hospital universitário da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, o qual presta atendimento a nível ambulatorial a pacientes adultos e pediátricos que realizam tratamento quimioterápico. Sob a supervisão de uma enfermeira foi possível realizar atividades relacionadas à atenção aos lactentes, pré-escolares, escolares e adolescentes, como, por exemplo, consulta de enfermagem, punção de cateter venoso central totalmente implantado e administração de medicamentos quimioterápicos por via intravenosa. Nesse ambulatório, as crianças atendidas permanecem junto de seus familiares enquanto realizam seu tratamento, em local distinto dos adultos, e, além disso, possuem espaço para brincar. O local possui algumas ferramentas para distração e entretenimento das crianças, como televisores, videogames e diversos brinquedos e jogos infantis.

Grande parte dos pacientes pediátricos atendidos no ambulatório de quimioterapia do HCPA utiliza um cateter venoso central totalmente implantado para a realização dos tratamentos quimioterápicos. No decorrer do meu estágio, observei que as crianças manifestam apreensão no momento que antecede a administração dos medicamentos, que é a punção percutânea do reservatório do dispositivo vascular. Para realizá-la, utiliza-se uma agulha calibrosa, com ponta do tipo Huber.

As crianças entendem e manifestam o sofrimento que sentem de maneira distinta do adulto, além de, muitas vezes, ainda não expressarem verbalmente os sentimentos (ALMEIDA, 2007). Entretanto, as crianças encontram no brincar uma forma de, mesmo que simbolicamente, se libertar de suas demandas interiores. Caso não seja oportunizada à criança a possibilidade de brincar, ela poderá manifestar uma série de perturbações em seu comportamento, como inadequação social, irritabilidade, agressividade, além de atraso no desenvolvimento (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Por meio de jogos e brincadeiras, a criança compreende melhor o ambiente à sua volta e aprende a discernir fantasia de realidade. Ao brincar, ela expressa suas

emoções, liberando a tensão, o estresse e diminuindo a ansiedade, além de permitir a ela exteriorizar sentimentos e conflitos (ARTILHEIRO *et al.*, 2011).

No estágio foi possível realizar todos os procedimentos necessários durante o atendimento da criança no seu dia de tratamento. Quando a criança chega no Ambulatório junto de seus familiares é recebida pela enfermeira, a qual aplica na pele, no local de inserção do cateter venoso central totalmente implantado – naquelas que o possuem - um anestésico tópico, a fim de tornar menos dolorosa a punção do mesmo. Após aguardar o tempo recomendado – de uma a duas horas – a criança é posicionada em poltrona e, após realizar a antisepsia da pele, é efetuada a punção percutânea a fim de acessar o dispositivo vascular.

Após realizar os passos citados anteriormente, a enfermeira prepara os materiais para a realização da punção percutânea (entre outros, seringa contendo 10mL de solução fisiológica a 0,9% e a agulha de Huber) e informa a criança de que será realizado o procedimento. Nesse momento foi possível perceber as emoções e comportamentos manifestados pelas crianças, como, por exemplo, choro, agitação, gritos, medo da agulha. Após a realização da punção do dispositivo, grande parte das crianças apresentava comportamento tranquilo, parando de chorar. Tal fato gerou preocupação acerca dos sentimentos negativos vivenciados pela criança durante a punção do dispositivo vascular para introdução da agulha no cateter – procedimento essencial para a realização do tratamento – e de que forma o enfermeiro pode ajudar a criança a perceber esse momento com menos temor.

As manifestações de estresse das crianças frente ao procedimento e as diferentes reações relacionadas à idade de cada uma me induziram a procurar maneiras de minimizar o estresse gerado em pré-escolares e escolares submetidos ao tratamento quimioterápico. A literatura destaca a importância e a eficácia do Brinquedo Terapêutico quando utilizado para diminuir a tensão, o medo e, ainda instruir sobre os procedimentos aos quais as crianças serão submetidas e esclarecer conceitos errôneos que elas possam ter. Esse tipo de brinquedo é uma modalidade estruturada de brincadeira, utilizada para promover o bem-estar da criança, permitindo a ela aliviar a tensão sentida frente a situações difíceis, incomuns à sua idade, e que requerem mais do que entretenimento para aliviar a ansiedade (ARTILHEIRO; ALMEIDA; CHACON, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Considerando que o brinquedo terapêutico poderia ser um recurso a ser incluído no plano de cuidados da enfermeira à criança em tratamento quimioterápico

para o câncer, a realização desse estudo se apoia nas seguintes indagações: Quais as modalidades de brinquedo terapêutico encontradas em estudos envolvendo o tratamento do câncer infantil, como elas são utilizadas e quais resultados foram obtidos como evidências da sua eficácia?

2 OBJETIVO

Obter evidências quanto à aplicabilidade do brinquedo terapêutico em artigos originais abordando crianças com câncer e em tratamento quimioterápico.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1. INFÂNCIA

A infância é o período em que ocorre o desenvolvimento do ser humano, seja ele cognitivo, motor, social e intelectual. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) compreende-se por infância o período que inicia com o nascimento e vai até os onze anos, onze meses e vinte e nove dias (BRASIL, 1990). Os primeiros anos do desenvolvimento humano são primordiais para o estabelecimento da arquitetura básica das funções do cérebro, sendo que o estágio inicial do desenvolvimento influencia o estágio seguinte, e, assim por diante (MCCAIN; MUSTARD; SHANKER, 2007).

A Teoria do Desenvolvimento Cognitivo desenvolvida por Jean Piaget estabeleceu a existência de quatro estágios para esse desenvolvimento, são eles (BORGES; FAGUNDES, 2016):

- I: Sensório-motor: ocorre até os dois anos de idade;
- II: Pré-operatório: ocorre na faixa dos dois aos sete anos de idade;
- III: Operatório concreto: ocorre dos sete aos 11 anos;
- IV: Operatório formal: ocorre na faixa dos 12 aos 15 anos de idade.

As mudanças na capacidade cognitiva das crianças segundo a Teoria de Piaget ocorrem em estágios do raciocínio. Com cerca de dois anos de idade, a criança passa do estágio sensório-motor – no qual os reflexos neurológicos e os órgãos dos sentidos estão em evidência – para o estágio pré-operacional, no qual a característica marcante é o egocentrismo e o pensamento mágico e intuitivo. Durante esse segundo estágio do desenvolvimento, podem ocorrer dificuldades na compreensão do que está acontecendo, dos fatos e das situações vivenciadas. A criança passa a crer que tudo que está acontecendo com ela - a doença, a hospitalização, os procedimentos que causam dor – constitui uma punição devido a algum mau comportamento (SOUZA *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2014; FIORETI; MANZO; REGINO, 2016).

Segundo essa teoria, com cerca de sete anos encontram-se no estágio operacional concreto e são capazes de lidar com situações que envolvem números e problemas concretos. Além disso, essa é conhecida como a fase dos 'porquês'

(HOCKENBERRY; WILSON p. 72, 2014).

No estágio conhecido por operacional formal, com cerca de 12 anos, o sujeito vai desenvolvendo cada vez mais seu pensamento lógico e coerente, sendo capaz de organizar, classificar e ordenar fatos do mundo para resolver problemas. Nesse momento, ele já é capaz de lidar com muitos aspectos de uma única situação, porém não é capaz, até o momento, de lidar com o abstrato, apenas resolve situações concretas. A partir de agora ela já é capaz de considerar pontos de vista diferentes dos seus (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Caso haja prejuízo no desenvolvimento inicial do cérebro de um ser humano, isso afetará sua saúde física e mental, seu comportamento e a aprendizagem na vida futura, portanto, os cuidados no início da vida são importantes para o desenvolvimento humano e têm efeitos importantes sobre todas as dimensões do desenvolvimento (MUSTARD, 2010). Portugal (2009) defende que o período da infância e as experiências que o ser humano tem nos primeiros anos de sua vida irão determinar como ele se comportará enquanto adulto, pois nesse momento da vida o ser humano aprende sobre si, sobre os outros e sobre o mundo ao redor.

Os enfermeiros possuem o desafio de compreender de que forma as crianças percebem a doença e a literatura apresenta achados controversos sobre o tema. Para alguns autores (OUTSUBO, 2018), o conhecimento das crianças acerca das doenças acompanha as fases do desenvolvimento cognitivo apresentada por Piaget, sendo descrito da seguinte forma, segundo os autores:

- Dos dois aos seis anos (fase pré-operacional): a criança percebe a doença como um fenômeno externo, mágico, o qual pode ser considerado uma punição à desobediência;
- Dos sete aos 11 anos (fase operacional): nesse período, a criança percebe a doença como algo interno, com expressão externa.
- No período formal (dos 12 aos 16 anos): possuem capacidade de associar as doenças com os mecanismos de função interna. Além disso, já pensam sobre a influência psicológica, bem como distinguem sintomas das causas.

Em contrapartida, outros autores defendem a ideia de que conhecer sua condição de saúde/doença pode superar os limites impostos pelos estágios cognitivos, sendo possível a quantidade e qualidade da informação sobre a doença

ultrapasse esses limites (OUTSUBO, 2018).

3.2. QUIMIOTERAPIA EM NEOPLASIAS DA INFÂNCIA

As neoplasias representam a segunda causa de morte em crianças e adolescentes de um a 19 anos, sendo que a estimativa para o Brasil, foi de 12.500 novos casos para o ano de 2018. No entanto, nos últimos 40 anos, o tratamento do câncer infantojuvenil progrediu significativamente, apresentando taxa de cura em torno de 80% quando o diagnóstico ocorre precocemente e o tratamento é realizado em centros especializados (INCA, 2018).

O câncer infantojuvenil engloba um grupo de doenças que causam a proliferação descontrolada de células anormais, podendo, esta, ocorrer em qualquer parte do organismo. As neoplasias que acometem crianças e adolescentes diferem das neoplasias dos adultos, pois com maior frequência, afetam as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação. Entretanto, elas são constituídas por células indiferenciadas de natureza embrionária, o que proporciona melhor resposta aos tratamentos (INCA, 2018).

O tratamento de neoplasias envolve três modalidades principais: a quimioterapia, a cirurgia e a radioterapia, a escolha do tratamento mais adequado dependerá do tipo e da extensão do tumor. A quimioterapia é caracterizada pela aplicação de substâncias químicas que exercem efeitos sistêmicos, já a cirurgia e a radioterapia são modalidades de terapia local (FONSECA; CAR, 2000; ARTILHEIRO; ALMEIDA; CHACON, 2011). O Transplante de Medula Óssea (TMO), atualmente chamado de Transplante de Células Tronco-Hematopoiéticas (TCTH) é considerado uma possibilidade de tratamento para as neoplasias relacionadas às células sanguíneas, bem como para doenças hereditárias e imunológicas (LIMA; BERNARDINO, 2014). A medula é um tecido localizado no interior dos ossos que tem como função a hematopoiese (BONASSA; GATO, 2012; BRASIL, 2016). O objetivo dessa terapêutica é substituir as células doentes ou deficientes por células saudáveis, no entanto, é necessário que exista um doador compatível para que o transplante possa ocorrer (SILVA *et al.*, 2020). Em alguns casos, o TCTH é a única chance de cura para pacientes onco-hematológicos (LIMA; BERNARDINO, 2014).

Os medicamentos para tratamento sistêmico do câncer são denominados

‘quimioterápicos’ e podem ser classificados em quimioterápicos propriamente ditos, hormonioterápicos, bioterápicos, imunoterápicos e alvoterápicos. A hormonioterapia consiste no uso de substâncias semelhantes ou inibidoras de hormônios, para tratar as neoplasias que são dependentes destes. Na bioterapia são utilizadas substâncias que, inicialmente, foram identificadas como naturais do próprio corpo. A imunoterapia consiste em administrar medicamentos que potencializam o sistema imunológico. Já na alvoterapia são utilizadas substâncias que atuam seletivamente em alvos moleculares ou enzimáticos específicos. As doses dessas medicações são ajustadas para cada paciente com base em critérios como superfície corporal ou peso e altura.

Um esquema terapêutico pode ser realizado em diferentes períodos, sendo necessário fazer uma pausa para que o organismo se recupere da ação dos medicamentos. Quando se completa um esquema, considera-se finalizado um ciclo (BRASIL, 2015).

Algumas neoplasias são mais frequentes em crianças e adolescentes, como as leucemias, consideradas a primeira causa de câncer infantojuvenil, conforme apresentado no quadro 1 (INCA, 2018).

Quadro 1: Tipos de neoplasias comuns na infância (continua)

NEOPLASIA	CARACTERISTICAS	SINAIS E SINTOMAS COMUNS
Leucemia	Câncer mais comum na infância. Têm origem na medula óssea.	Dor nos ossos e nas articulações, palidez, manchas roxas, sangramentos, febre, abatimento.
Sistema Nervoso Central	É o segundo tumor mais comum na infância, sendo o tumor sólido mais frequente.	Dores de cabeça persistentes, vômitos, visão alterada, dificuldade para caminhar, crises convulsivas.
Neuroblastoma	Geralmente encontrado nas glândulas suprarrenais (30%), cerca de 25% inicia nos gânglios linfáticos do sistema nervoso simpático no abdômen, o restante pode se desenvolver próximo à coluna cervical, torácica e lombar.	Fraqueza nas pernas, dor e perda do controle para eliminação de fezes e urina. Caso não seja iniciado o tratamento o quanto antes, a criança pode ficar com paralisia definitiva.
Tumor de Wilms	Acomete os rins, manifestando-se como uma massa no abdômen.	Hematuria, dores abdominais e hipertensão.
Osteossarcoma	Tumor maligno ósseo mais frequente.	Pode ser confundida com as dores do crescimento ósseo. Provoca alterações na marcha. Local mais comum é logo acima ou logo abaixo do joelho.

Sarcoma de Ewing	Segundo tumor ósseo mais frequente. É altamente agressivo, surge nos ossos e, também, nos músculos e cartilagens de crianças e de adultos jovens. Pacientes com doença localizada têm sobrevida em torno de 70-80%, caso haja metástase a sobrevida é em torno de 30%.	Dor óssea, inchaço localizado e sensibilidade. Também podem ocorrer fraturas ósseas.
Rabdomiossarcoma	Tumor maligno que acomete as partes moles, muito comum na infância (4-5%). Acomete, primariamente, cabeça e pescoço, trato genitourinário e extremidades, tronco, região intratorácica, trato gastrointestinal.	Apresentam massa indolor que pode obstruir seios da face, crescer para dentro da cavidade nasal, causar proptose ou simular otite média, obstrução de vias aéreas, dor local, sinusite, disfagia, secreção nasal unilateral. Também pode causar retenção urinária aguda, hematúria, dor torácica e dispneia, massas assintomáticas no tronco e extremidades.
Retinoblastoma	Tumor maligno originário nas células da retina. Afeta um ou os dois olhos.	Manifesta-se por um reflexo branco que se assemelha ao brilho nos olhos dos gatos quando iluminados à noite.

Fonte: Adaptado de INCA, 2018.

Com o surgimento de uma doença grave, como um câncer, surgem também as aflições que acompanham o diagnóstico, entre eles a necessidade de realizar o tratamento quimioterápico e a proximidade da finitude da vida. Nesse momento, o paciente pediátrico e sua família passam a vivenciar uma nova e difícil situação, a qual acarreta significativas perdas em diversos âmbitos da vida desse paciente (LOPES; CAMARGO; BIANCHI, 2000; PIETERS; CARROLL, 2008; CARVALHO; FREITAS, 2018).

O diagnóstico do câncer vem acompanhado de incertezas e estigmas e ocasiona sentimentos negativos e sofrimento aos familiares, os quais passam a sofrer com o medo da perda da criança. Dessa forma, a família vive um luto antecipatório, não apenas pela possibilidade de morte física, mas pelos aspectos da nova rotina que se estabelece: ao trabalho que um dos progenitores terá de abandonar para cuidar e acompanhar a criança durante o tratamento e a perda da permanência no lar. Para a criança, as repercussões são diversas: causa impacto no seu desenvolvimento, devido às faltas na escola; nas suas relações sociais, devido ao distanciamento da família e amigos; na ruptura dos sonhos e planos e até mesmo na autoestima, devido às modificações que o corpo sofrerá com o tratamento (MARIA; GUIMARÃES; RIBEIRO, 2003; ARTILHEIRO; ALMEIDA; CHACON, 2011; QUINTANA *et al.*, 2011).

Durante o período de tratamento – que, geralmente, se caracteriza como longo – a criança com câncer é submetida a diversos tipos de terapêuticas, como exames e internações prolongadas para realização de quimioterapia, radioterapia e cirurgias. Essas experiências podem causar prejuízos físicos e psicológicos, já que ela é exposta à dor e ao sofrimento, o que pode interferir no desejo dessa criança de brincar (SILVA; CABRAL; CHRISTOFFEL, 2010).

A criança, ao ser hospitalizada, pode associar o hospital a um local de proibição e essa percepção pode acarretar sofrimento, distúrbios e sequelas em longo prazo quando ela não recebe o preparo emocional prévio para a hospitalização e para os procedimentos aos quais ela será submetida. O medo do desconhecido poderá comprometer suas habilidades para lidar efetivamente com essa experiência. No entanto, a terapêutica do câncer infantil, apesar de sua complexidade e caráter invasivo, não determina que a criança seja necessariamente hospitalizada para realizar o tratamento (KICHE; ALMEIDA, 2009).

Durante o período de administração da medicação quimioterápica o paciente pode ser internado em hospital ou realizar o tratamento em ambulatório ou clínica de oncologia quando a hospitalização não se faz necessária. A quimioterapia realizada em ambiente ambulatorial surge como uma alternativa para minimizar danos relacionados à hospitalização, uma vez que a criança tem possibilidade de receber o tratamento proposto e ser liberada para retornar ao lar após algumas horas (GOMES; COLLET; REIS, 2011; HYEDA; COSTA, 2015).

Apesar da necessidade de visitas constantes ao ambulatório para realizar o tratamento, esta modalidade minimiza danos relacionados à hospitalização, como a infecção hospitalar, além de diminuir a ansiedade do afastamento do lar e dos familiares. No entanto, ainda destacam-se o medo, a dor e a ansiedade nas crianças e adolescentes por serem submetidos a procedimentos invasivos (MELO; VALLE, 2010). Por meio do tratamento ambulatorial, a criança tem contato limitado com o hospital, diferentemente do que acontece com a internação. No entanto, isso não significa que o uso de ferramentas - como o BT - não seja relevante inclusive no ambulatório (ARTILHEIRO; ALMEIDA; CHACON, 2011).

Mesmo trazendo diversos benefícios à criança, a quimioterapia ambulatorial ainda necessita da realização de procedimentos invasivos, como a punção, a qual é um procedimento doloroso, muito comum para a administração de quimioterápicos e gerador de medo, ansiedade e estresse nas crianças.

A administração dos quimioterápicos é realizada preferencialmente por via endovenosa, devido à segurança quanto às drogas administradas (BONASSA, 2005; RIBEIRO *et al.*, 2009). No entanto, podem ocorrer algumas reações locais associadas à administração dos quimioterápicos por veia periférica, como flebite, urticária, eritema, descoloração ou hiperpigmentação e necrose tecidual, caso ocorra extravasamento dos quimioterápicos, especialmente quando utilizadas drogas vesicantes e irritantes (RIBEIRO *et al.*, 2009).

Pensando nisso, existe a possibilidade da colocação de um dispositivo de acesso venoso central, que substitui a punção de um vaso periférico, são eles o cateter central de inserção periférica (PICC) e o cateter venoso central totalmente implantado, também conhecido como “*Port*”. Ambos os cateteres possuem acesso direto a um grande vaso, geralmente a veia cava superior ou a inferior (VASQUES; REIS; CARVALHO, 2009).

O PICC é um dispositivo siliconado, que pode medir de 20 a 65 centímetros de comprimento e possuir um ou mais lúmens. Pode ser utilizado para infusão de soluções irritantes, vesicantes, quimioterápicos, antibioticoterapia, entre outros. Esse dispositivo demanda alguns cuidados como, por exemplo, ser protegido da água no momento do banho do paciente (DI SANTO *et al.*, 2017).

Já o cateter venoso central totalmente implantado é um dispositivo metálico, com um reservatório siliconado que é fixado na musculatura, ficando saliente sob a pele e que pode ser puncionado para infusão de medicamentos e, inclusive, para coleta de sangue. É implantado mediante procedimento cirúrgico e não necessita de cuidados domiciliares (VASQUES; REIS; CARVALHO, 2009). Apesar da vantagem da preservação dos vasos, continua necessitando da punção percutânea, que é geradora de desconforto e tensão nas crianças. Além disso, as crianças tendem a entender os procedimentos dolorosos como ações punitivas e algo mutilador ao seu corpo (RIBEIRO *et al.*, 2009; ARTILHEIRO; ALMEIDA; CHACON, 2011).

Nessa direção, emerge a necessidade de utilizar ferramentas para auxiliar as crianças a compreender o que está acontecendo e a prepará-las para realizar tais procedimentos (RIBEIRO *et al.*, 2009).

3.3. BRINQUEDO E BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Brincar pode ser considerado uma necessidade básica na vida de uma criança, assim como a higiene, alimentação e o sono. Por meio da brincadeira a criança aprende, desde os anos iniciais, a elaborar uma maneira de se adaptar às demandas da sociedade, bem como a se relacionar com o meio e com as pessoas, o que transforma a atividade lúdica em essencial ao desenvolvimento infantil (PONTES *et al.*, 2015).

Por se tratar de um processo indispensável ao desenvolvimento infantil, o brincar auxilia na recuperação e manutenção da saúde, adaptando a criança a novas situações; favorece a espontaneidade; propicia prazer e apresenta-se como indispensável em situações que fogem ao controle da criança, como acontece quando ela é exposta a procedimentos dolorosos (SANDERS, 2011).

O desenvolvimento motor, social, emocional e mental das crianças está intimamente ligado ao ato de brincar. Essa atividade proporciona o desenvolvimento de atividades coordenadas, explora os movimentos corporais, desenvolve o seu intelecto, aprende a estabelecer relacionamentos sociais com outras crianças e a solucionar problemas sociais (KICHE; ALMEIDA, 2009; AVANCI *et al.*, 2009; BRITO *et al.*, 2009; SOARES *et al.*, 2014).

As crianças entendem e manifestam o sofrimento que sentem de maneira distinta do adulto, já que elas ainda não expressam verbalmente o que sentem. Entretanto, elas encontram no brincar uma forma de, mesmo que simbolicamente, se libertar de suas demandas interiores. Caso não seja oportunizada à criança a possibilidade de brincar, ela poderá manifestar uma série de perturbações em seu comportamento, como inadequação social, irritabilidade, agressividade, além de atraso no desenvolvimento (ALMEIDA, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Conforme o artigo 16 do Estatuto da Criança e do Adolescente, o brincar é considerado um direito à liberdade, bem como divertir-se e praticar esportes (BRASIL, 1990). Sendo um direito, deve ser preservado e incentivado, inclusive quando a criança encontra-se em tratamento hospitalar ou ambulatorial, já que o recurso lúdico, nesses momentos, não se caracteriza apenas como um incentivo à diversão e ao entretenimento, mas, sim, como um “recurso educacional, quando favorece o desenvolvimento social, emocional, intelectual; e terapêutico, quando auxilia a diminuir o estresse, o medo e a ansiedade” (KICHE; ALMEIDA, 2009. p. 126). Além desses aspectos, o brinquedo auxilia na formação do vínculo saudável e seguro entre a criança e o adulto, pois age como fator importante na estruturação das relações

humanas (JUNQUEIRA, 2003; KICHE; ALMEIDA, 2009).

No ano de 2005 foi aprovada a lei nº 11.104, a qual dispõe sobre a instalação de brinquedotecas em instituições de saúde que ofereçam regime de internação hospitalar para crianças (BRASIL, 2005) reforçando o impacto positivo do brincar durante o tratamento de saúde das mesmas. A brinquedoteca é um ambiente lúdico que possui grande variedade de brinquedos e permite que a criança brinque, mesmo estando em ambiente hospitalar. Tem por finalidade proporcionar alegria e distração, por meio dos brinquedos e jogos, além de possibilitar a manutenção e a progressão do desenvolvimento infantil, por meio da estimulação da criatividade, da aprendizagem e da socialização (MELLO; VALLE, 2010).

Os brinquedos podem ser classificados em dois tipos: o normativo e o terapêutico. Os brinquedos considerados normativos são aqueles utilizados em atividades espontâneas, que levam prazer às crianças, sem que exista um objetivo a alcançar. Já os brinquedos com objetivo de promover o bem-estar físico e emocional de crianças que necessitam de intervenções de saúde são chamados de terapêuticos (LEMOS *et. al*, 2010).

O brinquedo possui quatro funções básicas para a criança, de acordo com o objetivo para o qual ele será utilizado: “recreação”, quando se pretende proporcionar prazer e distração; “estimulação”, quando se destina ao desenvolvimento social, intelectual e a criatividade; “socialização”, quando permite a vivência e o relacionamento social e, por fim, a “catarse” quando a intenção é o alívio de tensões emocionais mediante dramatização de papéis e de conflitos. (KICHE; ALMEIDA, 2009).

Em relação ao uso do brinquedo como ferramenta terapêutica, destacam-se a Ludoterapia e o Brinquedo Terapêutico (BT). A Ludoterapia é uma técnica psicoterápica utilizada por profissionais psicólogos, psiquiatras e enfermeiras com sua formação profissional voltada para essa área, com objetivo de auxiliar crianças que passaram por perturbações emocionais ou que necessitam mudar certos comportamentos.

Através da brincadeira, a criança libera a frustração, a insegurança, a tensão e até mesmo a agressividade, permitindo a elaboração de conflitos e traumas, por meio da repetição de determinada experiência. Outrossim, permite ao profissional reconhecer e elaborar formas de auxílio à criança (SCHMIDT; NUNES, 2014). Essa técnica pode ser empregada nas seguintes situações (CONCEIÇÃO, 2015):

- Minimizar comportamentos agressivos;
- Melhorar o ajuste emocional em situação de pais separados;
- Auxiliar crianças abusadas sexualmente, negligenciadas ou que testemunharam violência doméstica;
- Melhorar o desempenho escolar;
- Auxiliar no aumento da autoestima.

Já o BT é uma modalidade de brincadeira estruturada que promove o bem-estar da criança, permitindo a ela aliviar a tensão sentida frente a situações difíceis, incomuns à sua idade e que requerem mais do que entretenimento para aliviar a ansiedade (ARTILHEIRO; ALMEIDA; CHACON, 2011). Essa ferramenta tem a função de auxiliar a criança a diminuir o estresse, a ansiedade e o medo causados por procedimentos e intervenções de saúde, como, por exemplo, punção venosa, curativos e vacinas. Por meio de brinquedos e utensílios de uso dos profissionais de saúde (gaze, seringa, soro fisiológico a 0,9%, entre outros) os enfermeiros podem tornar o tratamento de saúde das crianças menos traumático possível, durante as sessões de BT (PONTES *et al.*, 2015).

O BT é uma tecnologia de cuidado que pode ser utilizada por profissionais em diferentes ambientes de cuidado à criança. Por meio de brincadeiras estruturadas, o profissional de saúde elabora atividades lúdicas que favorecem a expressão de sentimentos da criança, além de permitir a ela o conhecimento e o envolvimento em seu tratamento. As brincadeiras devem ter objetivos terapêuticos e levar em conta a idade da criança e seu estado de saúde (KOUKOURIKOS, 2015; BARRETO, *et al.*, 2017; PENNAFORT *et al.*, 2018).

A utilização do BT no Brasil foi iniciada na década de 1960 com a professora Esther Moraes, docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. A docente constatou que o uso do BT acarretava menor sofrimento quando as crianças eram separadas de seus pais, elas agiam com mais cooperação durante o tratamento e, inclusive, aproximava a criança e o profissional que a atendia. Desde a década de 1980, em alguns cursos de graduação em Enfermagem, o uso do BT é ensinado como instrumento de intervenção de enfermagem, orientando aos discentes os benefícios do seu uso, os princípios teóricos e a técnica de utilização (CINTRA; SILVA; RIBEIRO, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

O cuidado atraumático visa não causar danos e utiliza terapêuticas e intervenções apropriadas à assistência de enfermagem em pediatria. Tal conceito é centrado em três princípios (HOCKENBERRY; WILSON, 2014):

- 1) Evitar ou minimizar a separação entre a criança e a família;
- 2) Promover à criança a sensação de controle da situação;
- 3) Evitar ou minimizar lesões ou dores.

Assim sendo, utilizar o BT como ferramenta de cuidado à criança durante a realização de procedimentos dolorosos está em concordância com os objetivos do cuidado atraumático (HOCKENBERRY; WILSON, 2014). Ao utilizarmos o BT para preparar a criança para um procedimento diagnóstico ou terapêutico estamos dando a ela a oportunidade de expressar sentimentos e dominar as situações que ela considera difíceis de enfrentar (OLIVEIRA *et al.*, 2015; CALEFFI *et al.*, 2016).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconhece a importância do brinquedo para o desenvolvimento saudável das crianças e do BT como uma atividade inerente ao enfermeiro como forma de garantir o bem-estar físico e emocional dos pacientes pediátricos e assegura essa competência por meio da Resolução n.º 546/2017 como exposto abaixo:

Art. 1º. Compete à Equipe de Enfermagem que atua na área pediátrica, a utilização da técnica do brinquedo/Brinquedo Terapêutico na assistência à criança e família hospitalizadas.

Parágrafo único. A utilização da técnica do brinquedo/Brinquedo Terapêutico, quando realizada por Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, deverá ser prescrita e supervisionada pelo Enfermeiro.

Art. 2º. A utilização da técnica do brinquedo/Brinquedo Terapêutico deverá contemplar as etapas do Processo de Enfermagem com seu devido registro em prontuário, enquanto documento legal, de forma clara, legível, concisa, datado e assinado pelo autor das ações. (COFEN, 2017).

O BT pode ser classificado em três tipos (RIBEIRO *et al.*, 2002; MORAIS; MACHADO, 2010; RIBEIRO *et al.*, 2012; PENNAFORT *et al.*, 2018):

- 1) Dramático: permite à criança a manifestação dos seus sentimentos e alívio da ansiedade, por meio da dramatização de experiências novas de difícil verbalização;
- 2) Capacitador das Funções Fisiológicas: a criança participa de atividades físicas com o intuito de realizar adaptação a uma nova condição de vida;
- 3) Instrucional: prepara a criança para procedimentos terapêuticos, aos

quais será submetida, por meio da brincadeira, promovendo sua compreensão acerca do que acontecerá com ela, além de esclarecer pensamentos equivocados que as crianças possam ter.

A escolha do tipo de BT considera a faixa etária da criança e a situação em que ela se encontra; podendo ser utilizados livros, bonecos representando a equipe de saúde e o paciente e equipamentos hospitalares. A enfermeira Juliana Homem da Luz em seu “Blog” compartilha as bonecas que adapta para sessão de BT Instrucional com crianças hospitalizadas (DA LUZ, 2019):

Figuras 1, 2, 3 e 4: BT Instrucional com bonecas



Legenda: 1 e 2: para uso em sonda vesical de demora e acesso venoso periférico.

3 e 4: para uso de cateter nasal de O₂ e sonda nasoentérica.

Fonte: DA LUZ, 2019.

Para o BT dramático são utilizados bonecos representativos para a família, os profissionais da saúde, figuras de animais de estimação, materiais para desenho e pintura, além de objetos de uso doméstico. Tais materiais são utilizados com o objetivo de permitir à criança a expressão de sentimentos envolvendo situações diversas. Além disso, os familiares podem participar da sessão, caso a criança solicite.

Figura 5: Representação da família e de profissional da saúde para utilização em sessão de BT Dramático.



Fonte: VILLACA, 2014.

4 MÉTODO

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo elaborado com base no método de revisão integrativa (RI), escolhido porque reúne, avalia e sintetiza os resultados de pesquisas sobre uma temática específica. Esse tipo de pesquisa proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). A RI constitui um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE), o qual não conta com a intuição, observações não sistematizadas ou princípios patológicos, mas, sim, enfatiza o uso de pesquisas para guiar a tomada de decisão clínica (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

A RI se caracteriza por adotar uma abordagem sistemática de busca de dados qualitativos e quantitativos, mediante um delineamento específico que precisa ser seguido para evitar vieses e alcançar conclusões embasadas em evidências válidas (DOOLEN, 2017).

Segundo os autores consultados, para elaborar um projeto de revisão integrativa utilizam-se as seguintes etapas: identificação do tema, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e a apresentação da RI (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002). Para a elaboração da questão de pesquisa utilizou-se a estratégia PICO (*patient, intervention, comparison, outcomes*). A utilização dessa estratégia auxilia na formulação da questão de pesquisa e na identificação de palavras-chave, as quais facilitam a busca por estudos relevantes nas bases de dados (GARCIA *et al.*, 2016).

4.2. CONTEXTO

Como o objetivo desse estudo envolvia a seleção de artigos originais, a busca ocorreu nas seguintes bases de dados: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), CINAHL with Full Text (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e no buscador acadêmico disponível no Google, o Google Acadêmico.

4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta pelos artigos publicados nos últimos dez anos, de janeiro de 2009 a dezembro de 2019. A busca nas bases de dados citadas se deu no período de junho a outubro de 2019. Iniciou-se, de junho a agosto, a busca de artigos pelos termos controlados utilizados para indexação em bases de dados, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português e espanhol: “Jogos e Brinquedos/Juego e Implementos de Juego”; “Criança/Niño”, “Tratamento Farmacológico/Quimioterapia”. Os termos controlados do *Medical Subject Headings* (MeSH): “*Play and Playthings*”, “*Child*”, “*Drug Therapy/Antineoplastic Agents*” também foram utilizados devido ao número pequeno de publicações obtidas exclusivamente com os termos DeCS. Para a combinação entre os termos utilizados com o DeCS e o MeSH fez-se uso do operador Booleano “AND”. Posteriormente, recorreu-se ao buscador de artigos do Google, o Google Acadêmico, porque o número de publicações continuava reduzido nas bases de dados.

A distribuição, em números absolutos e relativos, dos artigos encontrados nas bases de dados escolhidas para o estudo foi de 47 no Google Acadêmico (62,7%), 17 na base CINAHL (22,7%), sete na base MEDLINE (9,3%) e quatro (5,3%) na base SciELO.

A amostragem dos artigos foi realizada mediante critérios de inclusão e de exclusão. Assim, todos os artigos incluídos foram oriundos de pesquisa primária, abordaram a aplicação da temática no estudo, continham o texto completo (título, resumo, introdução, resultados, discussão, considerações finais, limitações), estavam disponíveis *on-line* e na íntegra. Embora a pesquisa envolvesse a língua espanhola, todos os artigos selecionados foram publicados em português ou em inglês. A partir dos critérios de exclusão, os textos rejeitados não foram analisados por especialistas, seu acesso dependia do pagamento de taxas, foram encontrados em mais de uma base de dados ou foram publicados em mais de um idioma.

Assim, considerou-se como população do estudo as 75 publicações encontradas e como amostra final sete artigos originais. A formação da amostra é apresentada no capítulo dos resultados, Figura 6.

4.4. COLETA DOS DADOS

A coleta de dados se deu pelo acesso ao texto selecionado para a leitura dos elementos essenciais a um artigo científico. Foram considerados dados para o estudo: o nome do(s) autor(es), a identificação do periódico, o título do artigo, o ano de publicação, o país do periódico, o país de origem do estudo, a metodologia do estudo, o tipo de brinquedo terapêutico, os resultados relevantes descritos no estudo, a discussão, a conclusão/considerações finais e as limitações, na opinião do(s) autor(es) selecionados.

Os dados coletados foram registrados em formulário de coleta de dados (Apêndice A), elaborado para esse estudo (URSI, 2005).

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados de forma qualitativa e descritiva, isto é, o tratamento dos dados se deu por observação, contagem, descrição e classificação. Quanto ao prestígio acadêmico das publicações, foram pesquisados o Fator de Impacto mais recente do periódico segundo *Journal Citation Reports* (JCR), o Qualis/CAPES e o SCImago *Journal Ranking* (SJC). O *Journal Citation Reports*, responsável pelo Fator de Impacto avalia os periódicos indexados no banco de dados *Web of Science* (UFRGS, 2015), enquanto o SCImago *Journal Ranking* avalia e ranqueia periódicos científicos indexados no banco de dados Scopus (UFSCar, 2014).

No Brasil, costuma ser adotado um sistema de classificação de periódicos, o Qualis, o qual também foi utilizado para análise. Em relação a esse sistema, cada estrato de classificação é realizado por cada área, segundo critérios próprios de avaliação, organizados do mais elevado (A1) até o periódico menos influente (C): A1, A2, B1, B2, B3, B4, B5 e C (BRASIL, 2016).

Foram consideradas as três formas de avaliação devido à possibilidade de maior abrangência na verificação da qualidade dos periódicos.

A metodologia foi analisada de acordo com o nível de evidência do estudo e classificada como segue (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010):

- Evidência Nível 1: metanálise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;

- Evidência Nível 2: estudos individuais com delineamento experimental;
- Evidência Nível 3: estudos quase-experimentais;
- Evidência Nível 4: estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa;
- Evidência Nível 5: relatos de caso ou de experiência;
- Evidência Nível 6: baseada em opiniões de especialistas.

As intervenções de brinquedo ou de BT foram analisadas de acordo com a sua classificação: Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI); Brinquedo Terapêutico Dramático (BTD); Brinquedo Terapêutico Capacitador de Funções Fisiológicas (PENNAFORT *et al.*, 2018) ou Brinquedo Normativo, caso esse seja utilizado.

Posteriormente, os dados foram analisados e descritos quantitativamente por estatística absoluta e relativa. Para atender ao objetivo do projeto, a apresentação dos resultados se deu por meio de quadros e figuras, contendo os resultados obtidos pelas informações quanto aos elementos que identificam o artigo e, os resultados relativos ao tratamento quantitativo.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

A presente revisão integrativa assegura os aspectos éticos, garantindo a identificação das fontes dos artigos e a sua autoria. Além de respeitar a metodologia de acesso à cada base de dados e de fornecer a identificação do periódico onde os artigos estão disponíveis, os autores tiveram seus direitos autorais preservados, segundo a Lei nº 9.610, de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998), ao serem devidamente referenciados, de acordo com as normas da NBR 6023:2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002).

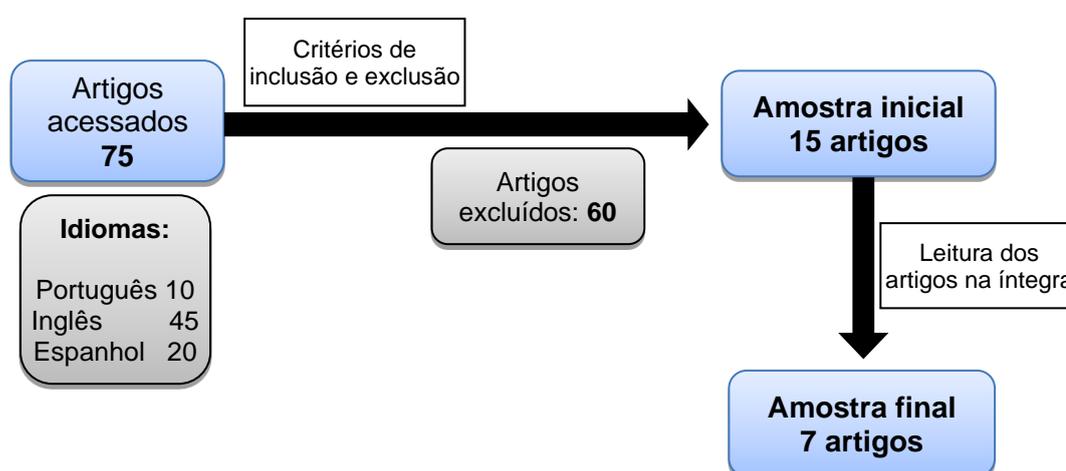
O projeto para elaboração deste estudo foi submetido à avaliação da Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) obtendo aprovação, sob o número 37629 (ANEXO A).

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos estão descritos de acordo com a abordagem metodológica caracterizada anteriormente mediante a apresentação de quadros, tabelas e gráficos.

A formação da amostra inicial é representada pela Figura 6, considerando o número de artigos de acordo com seu idioma, os artigos excluídos, o total selecionado para compor a amostra inicial e o número final de artigos selecionados para compor o estudo.

Figura 6: Formação da amostra



Fonte: BAUMARTT, Tamara Noronha, 2019.

Após a leitura dos títulos e resumos dos 75 artigos acessados, constatou-se que 60 deles não contemplavam o tema em estudo; sendo que a maioria abordava apenas a opinião de enfermeiros, pais ou de acompanhantes de crianças acerca do uso do Brinquedo Terapêutico, sem usá-lo como intervenção.

De posse da amostra inicial de 15 artigos, o passo seguinte se deu pela aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e pela leitura dos mesmos, na íntegra. Sete artigos contemplaram satisfatoriamente o assunto abordado por essa revisão integrativa e foram selecionados para compor a amostra final do estudo.

Conforme o ano de publicação, em 2009, 2012 e 2018 foram publicados apenas um artigo em cada ano (42,84%). Já nos anos 2011 e 2015, foram publicados dois

artigos (57,14%) em cada ano com o tema de interesse desse trabalho.

A seguir é apresentado o Quadro 2, o qual corresponde aos artigos originais que compõem a amostra final. Nele, os artigos estão numerados de acordo com sua entrada durante a amostragem e identificados pelo título, nome(s) do(s) autor(es), ano da publicação, tipo de estudo, país do estudo, nome e país do periódico, valor do Qualis/CAPES por quadriênio, avaliação da Scimago *Journal Ranking* em 2018 e pelo Fator de Impacto atribuído pelo *Journal Citation Reports*.

Quadro 2: Identificação e avaliação dos artigos primários contidos na amostra

Nº	NOME DO ARTIGO ORIGINAL	AUTOR(ES)	ANO DA PUBLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO	PAÍS DO ESTUDO	NOME DO PERIÓDICO	PAÍS DO PERIÓDICO	QUALIS/CAPES QUADRIÊNIO 2013 - 2016	SCIMAGO JOURNAL RANKING (SCJ)2018	FATOR DE IMPACTO (JCR)
1	Vivenciando um mundo de procedimentos e preocupações: experiência da criança com Port-a-Cath	RIBEIRO, C. A. et al	2009	Qualitativo, descritivo.	Brasil	Acta Paulista de Enfermagem	Brasil	A2	0.26	2018: 0.628
2	Uso do brinquedo terapêutico no preparo de pré-escolares para quimioterapia ambulatorial	ARTILHEIRO, A. P. S.; ALMEIDA, F. A.; CHACON, J. M. F.	2011	Quantitativo, descritivo e exploratório.	Brasil	Acta Paulista de Enfermagem	Brasil	A2	0.26	2018: 0.628
3	O melhor da hospitalização: contribuições do brincar para o enfrentamento da quimioterapia	SPOSITO, A. M. P. et al.,	2018	Qualitativo, exploratório.	Brasil	Avances en Enfermería	Colômbia	B2	---	---
4	O mundo do adolescente após a revelação do diagnóstico de câncer	BULLA, M. L. et al, 2015	2015	Qualitativo, descritivo.	Brasil	Revista Mineira de Enfermagem	Brasil	B1	---	---
5	Revelando o mundo do tratamento oncológico por meio do brinquedo terapêutico dramático	FONSECA, M. R. A. et al.,	2015	Qualitativo, descritivo, fenomenológico.	Brasil	Texto & Contexto Enfermagem	Brasil	A2	0.3	2012: 0.134
6	The effectiveness of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well-being of children hospitalised with cancer	LI, W. H. C.; CHUNG, J. O. K.; HO, E. K. Y.	2011	Quantitativo, quase-experimental, pré e pós-teste com grupo controle não equivalente.	China	Journal of Clinical Nursing	Reino Unido	A1	0.77	2018: 1.757
7	Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico	SOUZA, L. P. S. et al.,	2012b	Qualitativo, descritivo.	Brasil	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Brasil	B1	---	---

Fonte: BAUMARTT, Tamara Noronha, 2019.

Destaca-se que, no Quadro 2, 71,4% dos estudos foram qualitativos (nº 1, 3, 4, 5 e 7) e 28,6% foram quantitativos (nº 2 e 6). Quanto ao nível de evidência encontrado numa escala de 1 a 6, cinco dos estudos qualitativos atingiram a classificação de valor 4, um dos estudos quantitativos atingiu valor 4 e outro quantitativo, valor 3. Entre os cinco estudos qualitativos, 60% (nº 1, 4 e 7) foram essencialmente descritivos, 20% (nº 3) foi descritivo exploratório e 20% (nº 2) além de ser descritivo recorreu à fenomenologia. Quanto aos dois estudos quantitativos, 50% (nº 2) optou pela metodologia quantitativa exploratória e descritiva e 50% (nº 6) realizou um quase-experimento com pré e pós-teste com grupo controle equivalente.

Quanto à avaliação dos periódicos onde os artigos foram publicados, foi possível encontrar a classificação Qualis/CAPES apareceu em todos, e da seguinte forma: um periódico recebeu classificação A1 (14,3%); dois periódicos receberam A2 (43%); um (14,3%) recebeu B2 e dois periódicos receberam B1 (28,6%). as classificações JCR e SJC foram atribuídas a quatro (57,1%) dos periódicos (nº 1, 2, 5, 6).

Em relação ao país de origem do periódico, o Brasil contribuiu com 71,4% dos artigos (nº 1, 2, 4, 5, e 7); enquanto que entre os outros periódicos, 14,3% era da Colômbia (nº 3) e 14,3% foi do Reino Unido (nº 6).

Sobre a autoria dos artigos que contemplam a amostra final, seis (83,3%) foram escritos exclusivamente por Enfermeiros (nº 1, 3, 4, 5, 6 e 7) e um por Enfermeiros e Psicólogo (nº 2).

No Quadro 3, a seguir, são demonstrados aspectos metodológicos relevantes dos estudos apresentados nos artigos que compuseram a amostra, tipo de brinquedo terapêutico, resultados, discussão, considerações finais e as limitações e recomendações, na opinião dos autores.

Quadro 3: Aspectos metodológicos, resultados e comentários dos estudos descritos nos artigos que compõem a amostra (continua)

Nº	OBJETIVO	AMOSTRA	USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO	RESULTADOS	DISCUSSÃO	CONSIDERAÇÕES FINAIS	LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES
1	Compreender como é para a criança com câncer a vivência de ser portadora de Port-a-Cath a partir de suas manifestações numa sessão de Brinquedo Terapêutico Dramático e propiciar a ela um meio de alívio.	6 Escolares.	BTD individual , sessão única. Materiais: bonecos de pano representando família/ambiente doméstico e profissionais de saúde e objetos inerentes ao uso do Port-a-Cath Cita autoria da intervenção sem descrever seu desenvolvimento ou quando a aplicou.	Coleta de dados: observação da criança. Análise de dados: qualitativa. Características: 5 com 6 a 9 anos, 1 com 14 anos. Todos em quimioterapia ambulatorial, usando Port-a-Cath, com punção do cateter prévia e em condições de brincar. Categorias temáticas, quatro: “Vivenciando o medo e o desconforto da punção do Port-a-Cath e de outros procedimentos”. “Reconhecendo a importância e a necessidade do tratamento e do Port-a-Cath”. “Preocupando-se com o risco de infecção relacionada ao Port-a-Cath”. “Sentindo-se feliz, confortado e fortalecido pelo brincar”.	Port-a-Cath: reduz a sensação dolorosa durante a administração do medicamento; aumenta as responsabilidades e limitações da criança. Habilidade cognitiva dos escolares: facilita a compreensão e a verbalização durante o BT. Preparo da criança para o procedimento: reduz o medo “do desconhecido”	Abordagem holística da criança, contempla aspectos essenciais ao pleno desenvolvimento. BT, recurso a ser adotado na assistência de enfermagem às crianças com câncer.	Ser um estudo inicial. Recomendam estudos aprofundados para melhor compreensão do BT e de seus resultados.
2	Descrever o uso do brinquedo terapêutico (BT) no preparo de crianças pré-escolares para realização de quimioterapia em ambulatório e identificar suas reações manifestadas durante a sessão de BT em relação aos procedimentos realizados na sessão de quimioterapia ambulatorial.	30 Pré-escolares.	BT individual , sessão única. A intervenção iniciava antes da quimioterapia com o convite à criança para brincar com os materiais para BT (literatura citada pelas autoras): uma boneca e materiais usados para a administração dos quimioterápicos. A seguir, o procedimento quimioterápico era demonstrado, enquanto uma pesquisadora contava uma história de outra criança que havia recebido tratamento quimioterápico. Por fim, a criança era convidada refazer a brincadeira,	Coleta de dados: observação durante o BT e entrevista com acompanhante. Análise de dados: quantitativa. Características: 3-6 anos de idade. 53,3% meninos. Todos em quimioterapia ambulatorial. 60% por leucemia linfóide; Todas sem experiência prévia com BT. Comportamentos de interação com o profissional durante o BT: 93,3% atenderam passivamente; 80% ajudaram espontaneamente; 80% observaram com atenção a dramatização; 70% perguntaram ou conversaram com o profissional ou acompanhante; 17% verbalizaram o que sentiam. Comportamentos de expressão de sentimentos durante o BT: 93,3% com postura relaxada 93,3% com expressão facial relaxada 70% sorriram	Estresse devido à quimioterapia: amenizado pela presença de familiares, afeto dos profissionais, explicações acessíveis e acesso ao brincar e ao BT. BT instrucional e o dramático: induzem as crianças a ter atitudes positivas e a aprender melhor, reduzindo o estresse diante de experiências novas e traumáticas. Além disso, contribui para a melhora do humor de crianças e estimula a criatividade, ...	BT, promove interação mais efetiva entre adulto e criança, os procedimentos ficam menos assustadores, facilita a compreensão da realidade, torna o ambulatório um ambiente agradável e descontraído.	Reforçam a importância de intervenções usando o BT, que sejam implementadas também no ambulatório, constituindo-se em prática a ser desenvolvida pelos enfermeiros.

(continuação)

3	Compreender o brincar como estratégia para enfrentamento do tratamento quimioterápico em crianças.	10 crianças, pelo menos 3 meses de internação.	BT individual , sessão única: A criança confeccionava um fantoche que a representava na entrevista para coletar dados; outros bonecos confeccionados por uma das autoras do estudo e um avental colorido usado pela entrevistadora faziam parte do cenário.	Coleta de dados: Entrevista semiestruturada lúdica, mediada pelo uso de fantoche, confeccionado pela própria criança. Análise de dados: qualitativa. Características: 5 meninas, 5 meninos; 7-12 anos, diferentes diagnósticos de câncer. Algumas fizeram cirurgia, radioterapia ou transplante autólogo de medula óssea. Categorias temáticas: “Conhecimento e compreensão do diagnóstico e seu tratamento”. “O vínculo afetivo entre a equipe de saúde e as crianças”. “Medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio de náuseas, vômitos, alopecia e dor”. “Alimentação: o prazer proporcionado pelo controle da situação”. “Religião e esperança de cura”. “Distração e brincadeiras: a melhor parte da hospitalização”.	Brincar: distrai dos procedimentos/rotinas hospitalares; reduz a ansiedade; aproxima do cotidiano domiciliar; alivia ócio e tédio, reduz o sofrimento, melhora a qualidade da internação. Atividades lúdicas e prazerosas: minimizam dor e sofrimento durante a hospitalização. Atividades lúdicas preferidas: jogos virtuais e recursos da internet como jogos eletrônicos Local para brincar: brinquedoteca, sala de recreação.	Brincar/ brinquedos: aliviam barreiras entre o hospital e a vida cotidiana. BT: qualifica o cuidado Enfermeiros: podem incorporar, o BT em sua prática clínica.	Número limitado de crianças em tratamento quimioterápico, na faixa etária elegida e no período estabelecido para estudo. Inclusão de participantes em diferentes momentos do tratamento. Desenvolver estudos para investigar estratégias de enfrentamento de adolescentes com câncer.
4	Conhecer o mundo do adolescente após a revelação do diagnóstico de câncer.	8 crianças	BT individual , sessão única, no leito, antes ou durante a quimioterapia; princípio da não diretividade. Material para dramatização: bonecos de pano- família, profissionais da saúde; materiais do procedimento; objetos de uso doméstico; material de desenho/pintura.	Coleta de dados: entrevista, uma sessão BT. Pergunta norteadora, “Vamos montar uma história de um adolescente que ficou sabendo que tem câncer?” Pergunta norteadora: “vamos montar uma história de um adolescente que ficou sabendo que tem câncer?” Características: 5 sexo masculino e 3 feminino; neoplasias diversas; 10-14anos. Análise de dados: qualitativa. Categorias temáticas: seis. Vivendo a incerteza do câncer. Convivendo e sofrendo com o mundo do tratamento. Vendo o câncer mudar o rumo da sua vida. Beneficiando-se da rede de apoio. Vivendo um mundo de esperanças.	Adolescente: o mundo muda com a doença, sofrimento e incertezas, sente o valor do grupo de apoio, tem fé e esperança no futuro. Brinquedo/brincadeira: encorajam a falar sobre a doença, auxiliam nas relações humanas, promovem o diálogo entre “quem cuida e quem e cuidado”.	Sessões de BT , adolescentes revelam aspectos da vivência de seu mundo a partir do diagnóstico de câncer, extravasam seus medos, preocupações, satisfações.	Enfermeiros: devem prover assistência Integral e humanizada ao adolescente com câncer. Adolescente com câncer: precisa de uma rede de apoio. BT: instrumento de comunicação na assistência de enfermagem.

(continuação)

5	Compreender o brincar da criança pré-escolar em tratamento oncológico por meio do brinquedo terapêutico dramático.	5 pré-escolares, tratamento oncológico, clínico e/ou cirúrgico, alojadas na casa de apoio	BTD individual , 2-9 sessões por criança. Material para a dramatização: família de bonecos, carros de corrida, jogos, utensílios domésticos, materiais hospitalares, dentre outros	Coleta de dados: gravador de áudio e diário de campo. Pergunta norteadora: “Vamos brincar de uma criança que está com câncer?” Análise de dados: qualitativa Características: 3-6 anos de idade Categorias temáticas: duas. “Mergulhando no mundo da doença e do tratamento oncológico”. “Relembrando o mundo sem a doença”.	Adoecer com câncer: dor e sofrimento, vários procedimentos. Crianças: conhecem materiais e procedimentos do tratamento; abandonam o ambiente familiar, hábitos, rotinas, objetos e brincadeiras; um mundo diferente. BTd: limites de linguagem da idade não interferem na percepção do cotidiano. Dramatizações: ajudam com a habilidade de utilizar objetos hospitalares. Brincadeira: controla o estresse, oportuniza escolhas, ajuda a conviver com a doença e o tratamento.	Pré-escolares: receio e insegurança pelo dor; relações emocionais e sociais e desenvolvimento afetados. BT: revela a dificuldade da criança pré-escolar em interagir com o problema do câncer. Dramatizações sucessivas: o contato com materiais hospitalares elucidam quais são as dificuldades que o pré-escolar tem para entrar em equilíbrio nessa dualidade saúde-doença.	BT: encarado como intervenção de enfermagem para o cuidado à criança com câncer. BT: Precisa considerar as necessidades intrínsecas da infância e do câncer. BT: maneira de comunicação que auxilia a superar sofrimentos do tratamento. BT: deve ser ensinado nos cursos de graduação em enfermagem.
6	Analisar a eficácia do jogo terapêutico, usando jogos de realidade virtual, para minimizar a ansiedade e reduzir os sintomas depressivos em crianças chinesas de Hong Kong hospitalizadas com câncer.	122 crianças hospitalizadas: 70 no grupo controle (GC), 52 no grupo experimental (GE)	BT individual , cinco vezes por semana, realidade virtual. GC recebeu apenas cuidados usuais de enfermagem. GE recebeu os cuidados usuais e 30 minutos de brinquedo terapêutico, cinco vezes na semana.	Coleta de dados: duas fases consecutivas, interstício de um mês. Análise dos dados: quantitativa. Testes para homogeneidade entre o GC e o GE e para determinar se o BT com jogos de realidade virtual, era mais eficaz em minimizar a ansiedade e reduzir os sintomas depressivos das crianças durante a primeira semana de hospitalização. Características: GC e GE, 8-16 anos de idade; semelhantes quanto ao percentual por sexo, educação, média de idade, diagnósticos médicos. Efeitos da intervenção: avaliados por duas escalas, uma para ansiedade e a outra para depressão, ambas aplicadas na internação e no 7º dia de internação.	Crianças: elevado estado de ansiedade na admissão para tratamento do câncer. Ansiedade: pequena redução nos escores de das crianças no dia 7, independentemente do tipo de intervenção compreensível porque a maioria das crianças passou por procedimentos médicos invasivos e tratamento contra o câncer no dia 7. Outra razão, nível de ansiedade reduzido porque as crianças adquiriram mais	Estudo traz como principal contribuição a evidência empírica para apoiar a eficácia do uso do BT para tornar menos difícil a hospitalização das crianças com câncer.	Dados coletados em cenário único: limite para generalizar resultados. Crianças: recusaram participar das atividades lúdicas por fadiga. Pais: conceitos errôneos sobre o brincar, acreditam que descansar melhora a recuperação. BT: evidências empíricas reforçam os benefícios do para aliviar a carga psicológica do

(conclusão)

				<p>Efeito estatisticamente significativo para escores de ansiedade, alteração nos escores de ansiedade nos dois grupos, nos dois períodos.</p> <p>Interação estatisticamente significativa, alteração nos escores de ansiedade dependiam dos tipos de intervenção administrados.</p> <p>Sem diferença significativa nos escores de ansiedade das crianças entre os dois grupos, no dia 7.</p> <p>GE com menos sintomas depressivos do que o GC no 7º dia de intervenção, com significância estatística.</p> <p>Escore de ansiedade semelhantes em ambos os grupos, no 7º dia.</p>	<p>autocontrole sobre o ambiente e os procedimentos médicos no dia 7.</p>		<p>tratamento e da hospitalização por câncer; caminho para promoção de cuidados holísticos de qualidade.</p> <p>Enfermeiros e pais: conscientizam que o brincar é muito importante para as crianças, mesmo doentes.</p> <p>Enfermeiros: adesão às práticas baseadas em evidências.</p>
7	<p>Compreender os sentimentos vivenciados pela criança com câncer manifestados durante sessões de Brinquedo Terapêutico.</p>	<p>5 crianças em tratamento quimioterápico ambulatorial</p>	<p>BT individual, sessão única.</p> <p>Material utilizado: bonecos representando a família e a equipe hospitalar, objetos de uso doméstico ou do cotidiano e de uso hospitalar</p> <p>Sessões de 15 a 45 minutos.</p>	<p>Coleta de dados: observação sistemática e participativa, entrevista.</p> <p>Características: Idades 3-12; ambos os sexos.</p> <p>Pergunta norteadora: “Vamos brincar de uma criança que vai fazer quimioterapia?”</p> <p>Análise de dados: qualitativa.</p> <p>Categorias temáticas: Sete</p> <p>Reconhecendo os sinais e sintomas.</p> <p>Desejando o tratamento para controlar a doença.</p> <p>Vivenciando um mundo de procedimentos.</p> <p>Ficando com a liberdade de ser criança limitada.</p> <p>Referenciando o hospital.</p> <p>Convivendo com a quimioterapia difícil e dolorosa.</p> <p>Reconhecendo a quimioterapia como possibilidade de cura.</p>	<p>Evolução da doença e tratamento: acarretam o surgimento de reações que passam a fazer parte da vida das crianças com câncer.</p> <p>BT/Dramatização: relatos de febre, dor, fraqueza e desidratação.</p> <p>Crianças: demonstram conhecer o tratamento e objetivos. A dramatização de procedimentos foi observada com frequência entre as crianças durante as sessões de BT.</p> <p>Quimioterapia: uma possibilidade de cura.</p> <p>Aceitação e esperança: grandes armas para o enfrentamento do tratamento.</p>	<p>Dramatizações: sentimentos negativos, medo da morte, dores, tristeza pelas limitações impostas, retraimento e revolta com os procedimentos, angústia, incertezas.</p> <p>Bom prognóstico e o desfecho de cura fazem emergir sentimentos de esperança e otimismo para superar as dificuldades e retornar às atividades habituais.</p>	<p>Crianças se sentiram acanhadas diante do convite da equipe para desenvolver a técnica. O BT não fazia parte da prática diária da equipe, isso demandou mais tempo para aproximação e conquista da confiança para que as crianças.</p> <p>Brincar, recurso de comunicação viável e adequado que pode ser utilizado pela equipe de enfermagem na assistência à criança portadora de câncer.</p>

Fonte: BAUMARTT, Tamara Noronha, 2019.

6 DISCUSSÃO

Como afirmado anteriormente, planejou-se compor a amostra com uma busca em três bases de dados, mediante termos controlados, e isso resultou em um número reduzido de artigos na população do estudo. Recorrer ao Google Acadêmico foi, inesperadamente, uma maneira de obter 62,7% dos artigos acessados para compor a população. Uma possível explicação para tal fato se dá pela capacidade desse recurso em localizar publicações independente das palavras contidas no título, o idioma em que o artigo está publicado ou as palavras-chave fornecidas pelos autores. Além disso, ele apresenta na pesquisa os artigos que estão relacionados, resultando em um número maior de publicações de interesse (NORUZI, 2005).

A quantidade reduzida de publicações sobre a temática e a presença de lacunas temporais durante o período escolhido, anos de 2010, 2013, 2014, 2016, 2017 e 2019, leva a refletir sobre a escassez de publicações referentes ao BT aplicado às crianças com câncer. Convém salientar que no Brasil, a utilização do Brinquedo/BrinquedoTerapêutico começou a ser respaldada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) no ano de 2004, como competência exclusiva do enfermeiro utilizá-lo com crianças hospitalizadas (COFEN, 2004). No ano de 2017, o COFEN revogou essa resolução e, a partir de então os demais membros da equipe de enfermagem, auxiliares e técnicos de enfermagem, podem utilizar o BT no cuidado à criança e família desde que o enfermeiro o inclua na prescrição, faça supervisão e registre a técnica no prontuário do paciente (COFEN, 2017). Como o estudo não abrange o ano de 2004 (em que foi instituído o BT para o uso pelo enfermeiro), não é possível afirmar que exista um número maior ou menor de publicações nessa época. No entanto, podemos perceber que, a partir da revogação da resolução anterior e atualização da mesma em 2017, não houve muitas publicações envolvendo a aplicação do BT com crianças com câncer. Observou-se que 85,7% da amostra contém estudos realizados no Brasil; em cinco deles os pesquisadores eram exclusivamente enfermeiros e em um deles um pesquisador era enfermeiro e o outro psicólogo. Houve predominância de publicações em periódicos do Brasil, de autores de nacionalidade brasileira que eram enfermeiros.

Ainda sobre a qualidade dos periódicos, dois dos periódicos brasileiros (nº 4; nº 7) e um colombiano (nº 3) não possuem avaliação pelo JCR e tampouco pelo SJC. Entretanto, o estudo que oferece a melhor qualidade de evidência (nº 6) foi

classificado como quase-experimental, realizado na China e publicado em periódico do Reino Unido; sendo o melhor classificado nos três avaliadores de periódico consultados.

Quanto à relevância dos periódicos para a Enfermagem, todos os artigos da amostra foram avaliados pelo Qualis/CAPES. Com base nessa classificação, é possível afirmar que os artigos originais possuem qualidade; uma vez que, um deles foi publicado em periódico A1 (nº 6), três em periódicos A2 (nº 1, 2, 5), dois em periódicos B1 (nº 4, 7) e um em periódico B2 (nº 3).

Em relação ao BT como intervenção propriamente dita, um estudo quantitativo realizado com escolares de 8 a 16 anos (nº 6) introduz o BT como modalidade de intervenção na internação hospitalar, inserindo a realidade virtual nesse contexto, comparando os resultados obtidos entre um grupo experimental (GE) e um grupo controle (GC). Os autores estudaram 122 crianças e adolescentes com câncer hospitalizados, avaliando seus níveis de ansiedade e sintomas depressivos no dia de sua admissão e sete dias após, mediante escalas validadas. Foram realizados 30 minutos de sessão de BT, durante sete dias, utilizando um jogo de realidade virtual, o qual era aplicada além dos cuidados de enfermagem convencionais ao GE. Como resultado, aqueles do GE relataram menos sintomas depressivos do que os que foram tratados apenas com os cuidados de enfermagem habituais. Apesar da ligeira redução nos níveis de ansiedade dos participantes, os pesquisadores não encontraram diferenças estatísticas significantes entre os grupos no último dia de estudo. Os autores destacam um possível motivo para tal achado, explicando que as crianças e adolescentes podem ter adquirido um maior senso de autocontrole sobre o ambiente desconhecido e sobre os procedimentos no final da primeira semana de tratamento.

Os autores da publicação nº 6 demonstraram algumas vantagens em relação ao uso do BT com realidade virtual, como por exemplo: permitir a flexibilidade na personalização do jogo para atingir diferentes objetivos terapêuticos com cada criança, além de permitir às crianças com limitações realizar atividades que não seriam possíveis na 'vida real'. No entanto, o BT utilizado com realidade virtual pode não ser um aliado para a formação do vínculo com a criança/adolescente pois durante a aplicação da técnica, o enfermeiro e o paciente não estão interagindo, o que pode distanciá-los. Enquanto ao BT aplicado pelo profissional com o uso de materiais hospitalares, bonecos de pano, entre outros, acaba por fornecer um momento de aproximação entre criança e adulto, favorecendo o diálogo e possibilitando o

esclarecimento de dúvidas e pensamentos incorretos da criança sobre o tratamento ou algum procedimento. Ainda assim, eles apoiam a eficácia do BT, já que auxilia na preparação psicológica de crianças e adolescentes com câncer hospitalizados, promovendo um cuidado holístico e de qualidade.

Em relação ao uso de tecnologias como ferramenta no cuidado de crianças enfermas, autores destacam o interesse das crianças pelos dispositivos eletrônicos e o desenvolvimento de tecnologias conhecidas por “*serious game*” (LEMOS *et al.*, 2016). No caso desse estudo, os autores propuseram o desenvolvimento de um Brinquedo Terapêutico Digital Interativo (BTDI). Para tal, foi desenvolvido um aplicativo para celulares e tablets com o objetivo de preparar as crianças hospitalizadas para a punção venosa, com o nome de “Hospital Mirim”, no qual as crianças selecionam um personagem - profissional da saúde - e um paciente para realizar o procedimento da punção venosa. Os resultados encontrados em um primeiro teste com crianças em idade escolar utilizando essa intervenção foram positivos e os autores destacam a importância do desenvolvimento de tecnologias como essa para melhorar o estado emocional das crianças hospitalizadas.

Ao passo que o artigo de nº 6 preocupou-se em analisar a eficácia do uso do BT como aliado na diminuição de sintomas negativos em crianças durante a hospitalização para o câncer, avaliando os resultados com o uso de escalas antes e após o uso do BT, os outros seis artigos da amostra final (85,6%), em sua maioria, preocuparam-se em compreender os sentimentos, sensações e comportamentos das crianças por meio de sessões de BT.

Em relação à escolaridade da criança, dois estudos acompanharam exclusivamente crianças pré-escolares (28,6%) e a faixa etária variou de três a seis anos (nº 2, 5). Três artigos (nº 1, 3, 6) realizaram o estudo exclusivamente com escolares (57,1%), contemplando a faixa etária de seis a 16 anos. Já um artigo (nº 7) acompanhou pré-escolares e escolares, com idades entre três e 12 anos (14,3%).

Um estudo quantitativo utilizou o BTI como estratégia para o alívio da dor e da tensão sentidas por crianças durante curativo cirúrgico (KICHE; ALMEIDA, 2009). Antes de participarem das sessões com o BTI, as crianças demonstraram expressão facial de medo, apresentaram comportamento protetor para com o profissional, manifestaram tensão muscular, além de chorarem. Após a sessão, as crianças passaram a colaborar durante o procedimento e mostraram-se mais dispostas a ajudar espontaneamente o profissional. Além disso, sorriam enquanto brincavam, deixando

para trás o medo e a tensão que antes eram evidentes. Resultados semelhantes foram obtidos pelo artigo de número 2, envolvendo sessões de BTI com pré-escolares de 3 a 6 anos em tratamento quimioterápico ambulatorial. Nele, os autores constataram a maioria das crianças apresentou comportamentos positivos, como colaborar atendendo às solicitações do profissional (93,3%); ajudar o profissional espontaneamente (80%), tomando a iniciativa na brincadeira; observar atentamente o profissional dramatizar o procedimento (80%); e fazer perguntas ou conversar (70%). No entanto, em relação a verbalizar o que sente, poucas crianças o fizeram (17%), o que, possivelmente, esteja relacionado ao fato dos pesquisadores do estudo realizarem sessão única de BT com essas crianças, não sendo suficiente o contato entre o profissional e a criança para haver relação de confiança. As fases do desenvolvimento cognitivo apresentadas por Piaget podem ser consideradas para uma possível explicação do comportamento observado, pois devido à idade das crianças da amostra (3 a 6 anos), pode ser que elas não consigam compreender a doença em sua totalidade, não conseguindo expressar com exatidão aquilo que sentem.

Os autores do artigo número 1 destacam que no período escolar são adquiridas habilidades cognitivas, as quais foram evidenciadas durante as sessões de BTI pelas crianças da amostra. No entanto, no artigo número 5, os autores ressaltam que os limites de linguagem das crianças de menor idade (pré-escolares) não impedem que as mesmas consigam falar do seu cotidiano em sessão de BTI. Nesse estudo, cada criança participava de duas a nove sessões de BTI norteada pela pergunta: “vamos brincar de uma criança que está com câncer?”.

Durante as sessões de BTI do estudo de número 1, as crianças referiram a ansiedade que sentem em relação à utilização do Port-a-Cath, apesar de reconhecerem a necessidade dos procedimentos e das intervenções para o sucesso do tratamento. Outrossim, as crianças referiram que os procedimentos causam dor, geram preocupação e medo. Além desses sentimentos, as crianças do estudo de nº 7 expressaram nas sessões de BTI seu medo da morte, as dores sentidas e a tristeza perante as limitações impostas pela doença: as brincadeiras tornam-se restritas, correr, jogar futebol e andar de bicicleta já não fazem parte da rotina das crianças. Demonstraram, também, retraimento e revolta com os procedimentos, bem como a angústia perante as incertezas no tratamento do câncer.

O estudo de número 3 corrobora com estudos anteriormente citados,

destacando a relevância do brincar para as crianças hospitalizadas. As crianças do estudo confeccionaram fantoches e participaram de entrevista semiestruturada com os pesquisadores. Durante as entrevistas, as crianças relataram se sentir incomodadas com o tédio e a ociosidade que enfrentam durante a hospitalização, além do fato de necessitarem ficar “presas” à bomba de infusão, dificultando se locomover e brincar livremente. As crianças referiram-se às brincadeiras como a melhor forma de enfrentar a hospitalização, elogiando as atividades oferecidas pelos terapeutas ocupacionais e a presença de voluntários caracterizados como palhaços. Segundo os autores, as crianças mais velhas têm preferência por jogos no videogame, computador e internet, enquanto crianças menores preferem atividades como desenhar, pintar e brincar com bonecas. Assim como outros pesquisadores (KICHE; ALMEIDA, 2009; LI; CHUNG; HO, 2011; SOUZA *et al.*, 2012b) o estudo 3 destaca a importância de implementar o BT na prática do enfermeiro, qualificando o cuidado, minimizando possíveis repercussões negativas do tratamento oncológico e possibilitando às crianças expressarem seus sentimentos.

O estudo número 5 corroborou com as ideias, reforçando que o adoecer com câncer é um processo gerador de sofrimento e dor para a criança. Os autores desse estudo trazem que, apesar de não compreenderem a doença da mesma forma que os adultos, as crianças do estudo relacionaram o câncer com os desconfortos sentidos durante o tratamento. Tais sentimentos levam a criança a sentir-se pequena e frágil frente à terapêutica, que consiste na necessidade de inúmeros procedimentos.

Outros autores (BENTO, *et al.*, 2011) afirmam que, apesar de o profissional explicar a necessidade do procedimento para a criança e que essa entenda, ela não deixa de vivenciar o medo. Acrescentam que, ao aplicar o BT, a criança passa a compreender melhor a real necessidade do procedimento, o que diminui a tensão durante a intervenção e, conseqüentemente, acarreta o alívio da dor.

Em relação ao tipo de brinquedo terapêutico utilizado pelos autores dos estudos, alguns não descreveram e o classificaram como intervenção (nº 2, 3, 4, 6 e 7). Ao contrário, outros pesquisadores trouxeram de forma clara em suas publicações o tipo de intervenção utilizada, como nos artigos de nº 1 e 5, nos quais aplicou-se o BT Dramático em ambos os estudos. Apesar dos autores não explicitarem o tipo de BT utilizado (nº 2, 3, 4, 6 e 7), por intermédio da análise dos objetivos e dos materiais utilizados nas sessões de BT descritas é possível inferir o tipo de BT aplicado, sendo BT Dramático (BTD) nos artigos de nº 3, 4 e 7; e BT Instrucional (BTI) nos artigos

número 2 e 6.

Em cinco dos estudos (nº 1, 2, 3, 4, 7) foi realizada uma única sessão de BT individual, 71,4%. Sendo que, em duas publicações (nº 5 e 6), as crianças e adolescentes receberam mais de uma sessão de BT. No artigo de nº 5, os pré-escolares receberam de duas a nove sessões de BT cada um; enquanto na publicação nº 6, os escolares receberam uma sessão de BTI com realidade virtual por dia, durante sete dias.

Tendo em vista a prevalência do BTD pelos autores das publicações, artigos nº 1, 3, 4, 5 e 7, e os objetivos desse tipo de técnica, os sentimentos manifestados com mais frequência durante as sessões de BT com as crianças com câncer podem ser separados em duas categorias, sendo elas sentimentos negativos e sentimentos positivos. Em relação aos sentimentos negativos, destacaram-se o medo; a preocupação; o sofrimento; o desconforto; a incerteza quanto ao tratamento; o distanciamento da família, dos amigos e da escola; as limitações e, ainda, o aumento da responsabilidade pelo uso do Port-a-Cath. Já em relação aos sentimentos positivos, surgiram a felicidade ao brincar; a importância de brincar e de se ter um espaço lúdico apropriado; as brincadeiras/distração serem consideradas a melhor parte da hospitalização; o vínculo com a equipe; a religião; a esperança; e a rede de apoio para o enfrentamento do tratamento.

Os adolescentes também podem ser beneficiados por meio do brinquedo terapêutico, como demonstrado no estudo 4, o qual buscou compreender a repercussão do câncer na vida desses pacientes durante sessão de BT. Os adolescentes destacaram a incerteza em relação ao que irão enfrentar durante o tratamento; o sofrimento perante as mudanças em seu cotidiano para adaptar-se às necessidades da terapêutica imposta; demonstram revolta e negação pela limitação de não poderem realizar atividades que antes eram comuns a eles. Além disso, ressaltam as rupturas com a família, escola, amigos e até com o animal de estimação, devido ao afastamento para realização do tratamento. Apesar disso, os pesquisadores apontam que, por meio das sessões de BT, os adolescentes puderam extravasar seus medos, preocupações e satisfações quanto ao tratamento; eles destacaram, em suas falas, a importância de uma rede de apoio para o enfrentamento do tratamento, caracterizada pela família, amigos, instituição de saúde e, também pela presença do animal de estimação. Os pesquisadores reiteram a importância da utilização do BT como instrumento de comunicação na assistência de enfermagem ao adolescente

com câncer, já que a adolescência é uma fase de transição na qual ocorrem mudanças significativas na vida dos adolescentes e que o tratamento quimioterápico ocasiona alterações no corpo, estado emocional e rotina. Tais mudanças e adaptações fazem com que eles convivam com sentimentos de tristeza, medo, ansiedade e depressão, tendo em vista que a hospitalização pode desencadear estressores físicos e psicológicos, podendo ocorrer, ainda, sentimentos de culpa e angústia (PEDREIRA; PALANCA, 2007; PAIXÃO; DAMASCENO; SILVA, 2016).

Pesquisadores (ROCHA, *et al.*, 2015) apontam que a distração é a estratégia mais utilizada pelos adolescentes para o alívio da dor e dos desconfortos sentidos perante a quimioterapia, tais como: conversar, ouvir música, assistir à televisão, ler, jogar videogame, passear e usar o computador. Ferreira *et al.*, (2015) investigaram na literatura métodos de distração para o alívio da dor em crianças com câncer submetidas a procedimentos dolorosos, encontrando resultados satisfatórios em relação à diminuição do medo e da angústia das crianças ao receberem intervenções simples, como aplicar almofada aquecida no local da punção venosa ou soprar bolhas de sabão. Outras intervenções como o uso de brinquedo eletrônico, relaxamento, imaginação, soprador de festa (língua de sogra), uso de realidade virtual também foram encontrados como resultados pelos autores. O relaxamento também é citado por Salvador, Rodrigues e Carvalho (2008) que destacam sua importância na aplicação dessa técnica com pacientes oncológicos para o alívio da dor e da ansiedade.

Scarponi e Pession (2016) salientam que entender a 'experiência de dor' vivida pela criança ajuda o profissional a identificar o melhor e mais efetivo tratamento farmacológico para aquele paciente, além de criar um bom vínculo entre os dois. Outros métodos para o controle da dor em crianças foram encontrados no estudo de Francischinelli, Modena e Morete (2009), os quais realizaram pesquisa acerca da utilização de métodos não-farmacológicos pelos profissionais de enfermagem. Os profissionais, assim como encontrado em outro estudo (CHOTOLLI; LUIZE, 2015), utilizam técnicas de reposicionamento da criança; banho; oferecer colo e fazer carinho; disponibilizar brinquedos; fazer massagem; aplicar calor/frio. Os autores destacam a importância dos enfermeiros conhecerem as técnicas não-farmacológicas para o manejo da dor pediátrica e enfatizam a importância de registrar essas técnicas no prontuário da criança.

Em relação à percepção dos enfermeiros quanto ao uso do BT, Oliveira *et al.*,

(2015) obtiveram como resultado o reconhecimento dos benefícios advindos da utilização do brinquedo e do BT para a criança, família e profissional, promovendo o desenvolvimento saudável da criança, bem como o bem-estar e a tranquilidade devido à diminuição do medo e da ansiedade inerentes ao processo de hospitalização. Além disso, utilizar o BT como ferramenta na assistência é uma estratégia que permite uma comunicação lúdica, um momento mágico entre a criança e o profissional. Apesar disso, alguns profissionais referiram dificuldades como a falta de preparo e de capacitação profissional para a utilização do BT; o desconhecimento de muitos sobre a legislação profissional que ampara a categoria para a utilização dessa ferramenta; o turno de trabalho, somado à falta de funcionários e sobrecarga de atividades; e também o receio do manuseio dos materiais hospitalares pelas crianças.

Maia, Ribeiro e Borba (2011) complementam que o caminho da enfermeira que deseja utilizar o brinquedo terapêutico em sua prática assistencial pode ser marcado por inúmeras dificuldades a serem superadas, como a falta de apoio da instituição, enfrentar dificuldades com a própria equipe de enfermagem e, também, com outros profissionais que nem sempre estão sensibilizados para a utilização do BT.

Destaca-se que, entre os sete artigos estudados, apenas um (nº 2) realizou entrevista com os pais/acompanhantes de crianças. No entanto, os autores apenas o fizeram com o intuito de obter informações acerca da doença e do tratamento da criança, sendo que autores (RIBEIRO, *et al.*, 2006; JESUS, *et al.*, 2010; JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010) destacam a importância que o BT possui também para os pais, ao passo que promove tranquilidade a eles e permite que conheçam melhor a capacidade de seus filhos. Além disso, é uma forma de perceber o reconhecimento da família, que se mostra satisfeita, aprova e acredita na utilização do BT na assistência à criança. Os autores destacam, ainda, que eles consideram as atividades lúdicas, o ambiente colorido e a oferta de brinquedos como influenciadores positivos na qualidade do tratamento e no bem-estar das crianças com câncer, demonstrando respeito com a criança e diminuindo a hostilidade do ambiente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de câncer tende a produzir traumas emocionais nas crianças, tendo em vista os sentimentos negativos vividos por elas durante o tratamento da doença. O brincar e as brincadeiras auxiliam no enfrentamento da terapêutica do câncer. Contudo, é no BT que o profissional adentra no mundo da criança, identifica seus medos frente à situação vivenciada e obtém uma comunicação efetiva com ela; proporcionando-lhe, assim, um cuidado holístico e humanizado que favorece a formação do vínculo cuidador/cuidado.

O enfermeiro possui respaldo legal do seu conselho federal para a introdução do BT como ferramenta para o cuidado das crianças e de sua família; seja da forma direta ou mediante prescrição e supervisão dessa intervenção no seu plano assistencial.

Os artigos estudados mencionaram diversos benefícios da utilização do BT com crianças em tratamento quimioterápico por câncer em ambiente hospitalar e ambulatorial. A totalidade deles envolve evidências coletadas por descrição e observação de comportamentos que remetem à redução da dor, do estresse, da ansiedade, do medo e da depressão, cinco deles qualitativos e um quantitativo. Em uma das publicações, foram citadas evidências a partir de uma pesquisa quase-experimental, cujos sujeitos foram avaliados mediante escalas de ansiedade e de depressão. Os estudos, em sua maioria, citam algumas limitações encontradas, tais como: se tratar de estudo inicial; o número limitado de participantes da amostra; as crianças se encontrarem em diferentes momentos do tratamento; e os dados serem coletados em um único cenário, não podendo generalizar resultados.

O objetivo dessa Revisão Integrativa foi localizar evidências quanto à aplicabilidade do BT com crianças com câncer e em tratamento quimioterápico e, após a análise das publicações obtidas, conclui-se que este foi parcialmente respondido. Os estudos da amostra destacam inúmeros benefícios advindos da utilização do BT no cuidado de enfermagem às crianças com câncer e em tratamento quimioterápico. Existem indícios de que o BT é adequado à essa população, contudo as publicações encontradas possuem níveis de evidência 3 e 4.

Em relação às limitações desse estudo, identificou-se a escassez de publicações envolvendo a aplicação do BT com crianças com câncer e em tratamento quimioterápico, no período escolhido para a pesquisa. Bem como, constatou-se a

heterogeneidade das faixas etárias dos indivíduos dos estudos, além de não contemplarem crianças com idade inferior a três anos, tornando difícil a identificação do melhor tipo de BT em relação à idade da criança ou ao adolescente. Outra limitação foi o fato das publicações não discriminarem o tipo de BT utilizado, além de não descreverem a técnica aplicada.

Existe, por parte dos enfermeiros do Brasil, um maior interesse pelo BT aplicado às crianças em tratamento de câncer. Entretanto, a análise da amostra remeteu à necessidade de aprofundamento da investigação quando se tratam de crianças com câncer em tratamento quimioterápico em diferentes faixas etárias e modalidades distintas de BT. Assim, sugere-se que os enfermeiros continuem a atribuir importância às práticas baseadas em evidências, recorrendo a estudos com metodologias com melhor nível de classificação para obtenção de argumentos que tenham força para avaliar com consistência a aplicabilidade do BT como intervenção.

REFERÊNCIAS

- ALGREN, C. Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In: HOCKENBERRY, M. J., editor. *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**; 2006. p. 682-99.
- ALMEIDA, F. A. Brinquedo no hospital: preparando a cirurgia para a cirurgia cardíaca. In: VIEGAS, D. (coordenador). *Brinquedoteca hospitalar: isto é humanização*. Rio de Janeiro: **Wak**; 2007. p. 133-40
- ARTILHEIRO, A. P. S.; DE AMORIM ALMEIDA, F.; CHACON, J. M. F. Uso do brinquedo terapêutico no preparo de crianças pré-escolares para quimioterapia ambulatorial. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 611–616, 2011.
- AVANCI, B.S. *et al.* Cuidados paliativos à criança oncológica. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.13, n.4, p. 708-716, 2009.
- BARRETO, S. F. A. Os impactos do câncer infantil no contexto familiar [Monografia]. Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2014.
- BENTO, A. P. D.; *et al.* Brinquedo terapêutico: uma análise da produção literária dos enfermeiros. **Rev Eletr Gest Saude**.v. 2, n. 1, p. 208-23, 2011.
- BULLA, M. L. *et al.* The World of the Adolescent After Being Diagnosed With Cancer. **REME: Rev. Min. Enferm**, v. 19, n. 3, p. 681–688, 2015.
- BONASSA, E. M. A. Administração dos antineoplásicos. In: BONASSA, E. M. A; SANTANA, T. R. *Enfermagem em terapêutica oncológica*. 3ªed. São Paulo: **Atheneu**; 2005.
- BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. *Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos*. 4ª ed. São Paulo: Editora **Atheneu**, 2012.
- BORGES, K. S.; FAGUNDES, L. C. A teoria de Jean Piaget como princípio para o desenvolvimento das inovações. **Educação**, v. 39, n. 2, p. 242-248, 2016.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. **Dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília, 1990.
- BRASIL. Lei n.º. 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**. Brasília, 2005.
- BRASIL. Lei n.º. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. **Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências**. Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Educação. CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO QUALIS – ENSINO. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Brasília/DF. 2016. Acesso em: 11/11/2019. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacaotrienal/Docs_de_area/q

ualis/ensino.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, **Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação** – 21ª Ed., 2015

BRITO, T. R. P.; *et al.* As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 4, p. 802-08, 2009.

CAMPOS, A. C. C. **Projeto de pesquisa: estruturação e normalização: manual prático** 2. ed., Salvador, 2011. Disponível em: http://uece.br/fisica/index.php/arquivos/doc_download/130-projeto-de-pesquisa-estruturacao-e-normalizacao-manual-pratico

CARVALHO, T. G. P; FREITAS, C. M. S. M. O videogame ativo como estratégia do profissional de educação física no auxílio do tratamento de câncer infanto-juvenil. **Motricidade**, 2018;14. p. 85-92.

CHOTOLLI, M. R.; LUIZE, P. B. Métodos não farmacológicos no controle da dor oncológica pediátrica: visão da equipe de enfermagem. **Rev. Dor**. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 109-13, 2015.

CINTRA, S. M. P; SILVA, C. V; RIBEIRO, C. A. O ensino do brinquedo /BT nas Escolas de Graduação em Enfermagem no estado de São Paulo. **Rev Bras Enferm**. 2006; 59(4):497-501.

CONCEIÇÃO, F. A. importância do brincar: a Ludoterapia na intervenção terapêutica com a criança, 2015. [online] Acessado em: 10/10/2019. Disponível em: <https://www.empregoformacao.saude.pt/2015/03/12/a-importancia-do-brincar-a-ludoterapia-na-intervencao-terapeutica-com-a-crianca/>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n.º 295/2004, de 24 de outubro de 2004. **Regulamenta a utilização do Brinquedo/BT pelo enfermeiro na assistência à criança hospitalizada**. Diário Oficial da União. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n.º 546/2017, de 9 de maio de 2017. **Atualiza norma para utilização da técnica do Brinquedo/BT pela Equipe de Enfermagem na assistência à criança hospitalizada**. Diário Oficial da União, Seção 1, número 93, de 17 de maio de 2017.

DA LUZ, J. H. Blog da Enfermeira Juju – Educar, Brincar, Cuidar [online]. 2019. Acessado em: 05/05/2019. Disponível em: <https://julianahomemdaluz.com/brinquedos-2/>

DI SANTO, M. K.; *et al.* Cateteres venosos centrais de inserção periférica: alternativa ou primeira escolha em acesso vascular?. **J. Vasc. Bras**. v. 16, n. 2, p. 104-112, 2017.

DOOLEN, J. Meta-analysis, systematic, and integrative reviews: an overview. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 13, n. 1, p. 28-30, 2017.

FERREIRA, E. B.; *et al.* Métodos de distração para o alívio da dor em crianças com câncer submetidas a procedimentos dolorosos: revisão sistemática. **Rev. Dor**, v. 16, n. 2, p. 146-52, 2015.

FIORETI, F. C. C. F; MANZO, B. F; REGINO, A. E. F. A ludoterapia e a criança hospitalizada na perspectiva dos pais. **REME – Rev. Min. Enferm**, v. 10, n. 2, p. 36-38, 2016.

FRANCISCHINELLI, A. G. B.; MODENA, T.; MORETE, M. C. Conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto às medidas não farmacológicas para o alívio da dor nos pacientes pediátricos. **Rev. Dor**. São Paulo, v. 10, n. 1, p. 19-24, 2009.

FONSECA, S.M; CAR, M.R. A dialética da representação do tratamento quimioterápico para o doente oncológico: vida versus morte. **Acta Paul Enferm**, v. 13, n. 2, p. 73-81, 2000.

FONSECA, M. R. A. *et al.* Revelando O Mundo Do Tratamento Oncológico Por Meio Do Brinquedo Terapêutico Dramático. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 1112–1120, 2015.

GALVÃO, C. M; SAWADA, N. O; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 690-5, 2002.

GARCIA, A. K. A; *et al.* Estratégias para o alívio da sede: revisão integrativa da literatura [internet]. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 6, p. 1148-55, 2016

GOMES, A.C.A. *et al.* Brinquedo terapêutico no alívio da dor em crianças hospitalizadas. **Perspectivas Online: Biológicas & Saúde**. v. 9, n 29, p.33-42, 2019.

GOMES, I. P. Influência de um ambiente lúdico sobre o poder vital de crianças em quimioterapia ambulatorial, seus acompanhantes e da equipe de enfermagem [T]. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, p. 156, 2014.

GOMES, I. P; COLLET, N; REIS, P. E. D. Ambulatório de quimioterapia pediátrica: a experiência no aquário carioca. **Texto Contexto Enferm**, v. 12, n. 14, p. 28-32, 2011.

HOCKENBERRY, M. J; WILSON, D. Wong - Fundamentos de enfermagem pediátrica. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. 9ª ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2014.

HYEDA, A; COSTA, E. S. M. Uma análise preliminar dos custos em quimioterapia ambulatorial no sistema de saúde suplementar. **J Bras Econ Saúde**, 2015.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Tipos de câncer - Câncer Infantojuvenil**. Brasília, 2018. Acessado em 05/05/2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>

JANSEN, M. F.; SANTOS, R. M.; FAVERO, L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 31 n. 2, p. 247-53, 2010.

JESUS, I. Q. *et al.* Opinião de acompanhantes de crianças em quimioterapia ambulatorial sobre uma quimioteca no Município de São Paulo. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 175–180, 2010.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 193-197, 2003.

KICHE, M. T.; ALMEIDA, F. A. Brinquedo terapêutico: Estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 125–130, 2009.

KOUKOURIKOS, K.; *et al.* The importance of play during hospitalization of children. **Mater. Sociomed**, v. 27, n. 6, p. 438-441, 2015.

LEMOS, L. M. D; *et al.* Vamos cuidar com brinquedos? **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 6, p. 950-5, 2010.

LEMOS, E. M.; *et al.* Hospital Mirim: um serious game como Brinquedo Terapêutico Digital Interativo no apoio a procedimentos médicos. **SBC – Proceedings of SBGames**. São Paulo, 2016.

LI, W. H.; CHUNG, J. O.; HO, E. K. The effectiveness of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well-being of children hospitalised with cancer. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, n. 15–16, p. 2135–2143, 2011.

LIMA, K. Y. N. Atividade lúdica como ferramenta para o cuidado de enfermagem às crianças hospitalizadas. **REME – Rev Min Enferm**, v. 12, n. 4, p. 19–23, 2014.

LIMA, K.; BERNARDINO, E. O cuidado de enfermagem em unidade de transplante de células-tronco hematopoéticas. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 23, n. 4, p. 845-853, 2014.

LOPES, L. F; CAMARGO, B; BIANCHI, A. Os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 46, n. 3, p. 277- 284, 2000.

MAIA, E. B. S.; RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 839-46, 2011.

MARIA, E. B; GUIMARÃES, R. N; RIBEIRO, C. A. O significado da medicação intratecal para a criança pré-escolar: expresso em sua brincadeira. **Rev Paul Enferm**, v. 22, n. 3, p. 268-76, 2003.

MCCAIN, M. N.; MUSTARD, J. F.; SHANKER, S. Early years study 2: Putting science into action. Toronto, ON: **Council for Early Child Development**, 2007.

MELO, L. L. M; VALLE, E. R. M. A Brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2 p. 517-25, 2010.

MORAIS, R. C. M.; MACHADO, A. A. A utilização do BT à criança portadora de neoplasia: a percepção dos familiares. **Rev. Pesq. Cuid. Fund. Online**, v. 2 (Ed. Supl.), p. 102-106, 2010.

MUSTARD, J. F. Desenvolvimento cerebral inicial e desenvolvimento humano. Em: TREMBLAY, R. E; BOIVIN, M; PETERS, R. V. **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância** [on-line], 2010. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/importancia-do-desenvolvimento-infantil/segundo-especialistas/desenvolvimento-cerebral-inicial-e>. (Inglês). Acessado em: 29/04/2019.

NORUZI, A. Google Scholar: The New Generation of Citation Indexes. **Libri**, v. 55, p. 170-180, 2005.

OLIVEIRA, C. S.; *et al.* Brinquedo Terapêutico na assistência à criança : percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, p. 21–30, 2015.

OUTSUBO, A. P. N. Crianças com doenças crônicas falam sobre doença: uma pesquisa exploratória. **Cad. PPGDD**. v. 5, n. 1, p. 39-46, 2018. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11129>. Acesso em: 15/11/2019.

PALADINO, C. M.; DE CARVALHO, R.; ALMEIDA, F. de A. Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: Comportamentos de pré-escolares no período transoperatório. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 48, n. 3, p. 423–429, 2014.

PEDREIRA, J.L.; PALANCA, I. **Psicooncología pediátrica**. 2007. Disponível em: <http://www.psicooncologia.org/profesionales.php>. Acesso em: 15/11/2019.

PEDRO, I.C; *et al.* Playing in the waiting room of an infant outpatient clinic from the perspective of children and their companions. **Rev Latino-am Enferm**, v. 15, n. 2, p. 290-7, 2007.

PENNAFORT, V. P. S. *et al.* BT instructional no cuidado cultural da criança com diabetes tipo 1. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 2, p. 1334-42, 2018.

PIETERS, R; CARROLL, W. L. Biology and treatment of acute lymphoblastic leukemia. **Pediatric Clinics of North America**, v. 55, n. 1, p. 1-20, 2008.

PONTES, J. E. D; *et al.* BT: preparando a criança para a vacina. **Einstein**, v. 13, n. 3, p. 2338-42, 2015.

PORTUGAL, G. Desenvolvimento e aprendizagem na infância. In: Conselho Nacional de Educação. A educação das crianças dos 0 aos 12 anos. Lisboa: 2009. p. 33-67.

QUINTANA, A. M; *et al.* Lutos e lutas: Reestruturações familiares diante do câncer em uma criança/adolescente. **Psicol. Argum**, v. 29, n. 65, p. 143-154, 2011.

RIBEIRO, C. A; *et al.* Mesa redonda: o brinquedo e a assistência de enfermagem à criança. **Enferm Atual**, n. 24, p. 6-17, 2002.

RIBEIRO, C. A; *et al.* Utilizando o BT no cuidado à criança. In: Carvalho SD. O enfermeiro e o cuidar multidisciplinar na saúde da criança e do adolescente. São Paulo: **Atheneu**; 2012.

RIBEIRO, C. A. *et al.* Vivenciando um mundo de procedimentos e preocupações: Experiência da criança com Port-a-Cath. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 935-941, 2009.

RIBEIRO, C; ANGELO, M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 4, p. 391-400, 2005.

RIBEIRO, C. A; *et al.* O brinquedo terapêutico na assistência à criança: o significado para os pais. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v. 6, n. 2, p. 75-83, 2006.

ROCHA, A. F. P; *et al.* O alívio da dor oncológica: estratégias contadas por adolescentes com câncer. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 1, p. 96-104, 2015.

SALVADOR, M.; RODRIGUES, C. C.; CARVALHO, E. C. Emprego do relaxamento para alívio da dor em oncologia. **Rev. RENE**, v. 9, n. 1, p. 120-128, 2008.

SANDERS, J. Cuidado centrado na família da criança durante a doença e hospitalização. In: HOCKENBERRY, M. J; WILSON, D; WINKELSTEIN, M. L. - editores. Wong - Fundamentos de enfermagem pediátrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, p. 675-702, 2011.

SCARPONI, D.; PESSION, A. Play therapy to control pain and suffering in pediatric oncology. **Frontiers in Pediatrics**, v. 4, p. 10-13, 2016.

SCHMIDT, M. B; NUNES, M. L. T. O brincar como método terapêutico na prática psicanalítica: uma revisão teórica. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 6, n. 1, p. 18-24, 2014.

SILVA, L. F.; CABRAL, I. E.; CHRISTOFFEL, M. M. As (im)possibilidades de brincar para o escolar com câncer em tratamento ambulatorial. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 3, p. 334-40, 2010.

SILVA, A. F.; *et al.* Transplante de células-tronco hematopoiéticas. Em: GUARAGNA, B. F. P.; TIGRE, A.; NASCIMENTO, I. M. Práticas em oncologia: uma abordagem para enfermeiros e profissionais de saúde. 1ª ed. Porto Alegre: **Moriá**,

2020. p. 454.

SOARES, V. A. *et al.* O uso do brincar pela equipe de enfermagem no cuidado paliativo de crianças com câncer. **Rev Gaúcha de Enferm**, v. 35, nº 3, p. 111-116, 2014.

SOUZA, L. P. S. *et al.* O brinquedo terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. **J Health Sci Inst.** v. 30, n. 4, p. 354-8, 2012a.

SOUZA, L. P. S. *et al.* Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico. **Rev RENE**, v. 13, n. 3, p. 686-92, 2012b.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.

SPOSITO, A. M. P. *et al.* O melhor da hospitalização: contribuições do brincar para o enfrentamento da quimioterapia. **Avances en Enfermería**, v. 36, n. 3, p. 328–337, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS (UFSCar). O que é o Journal Citation Reports (JCR)? [online]. **Portal de Periódicos UFSCar**, 2014. Acesso em: 09/11/2019. Disponível em: <http://www.periodicos.ufscar.br/noticias/o-que-e-o-journal-citation-reports-jcr>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Lançamento do Scimago Journal & Country Rank (SJR) enriquece o universo dos indicadores bibliométricos [online]. **Biblioteca Central**, 2015. Acesso em: 09/11/2019. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/blogdabc/lanamento-do-scimago-journal-country/>

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

VASQUES, C. I; REIS, P. E. D; CARVALHO, E. C. Manejo do cateter venoso central totalmente implantado em pacientes oncológicos: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm**, v. 5, p. 696-701, 2009.

VILLACA, T. BT. Curso de Graduação em Enfermagem. **Universidade Anhembí Morumbi** [monografia]. São Paulo, 2014. Acessado em: 05/05/2019. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/camilaferreira1992/brinquedo-teraputico>

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

A. Identificação		
Título do artigo		
Autores		
Idioma		
Ano de publicação		
País do Estudo		
Título do periódico		
Classificação do Periódico		
País do Periódico		
B. Resumo original e palavras-chave:		
C. Características metodológicas do estudo		
1. Tipo de publicação () Artigo original () Texto completo	() Abordagem quantitativa	() Delineamento experimental () Delineamento quase-experimental () Delineamento não-experimental
	() Abordagem qualitativa	Delineamento:
1.1. Clareza na identificação da trajetória metodológica		() Introdução () Pergunta norteadora () Objetivos () Metodologia () Tamanho da amostra () Tipo de amostragem () Tipo de análise estatística () Uso de testes estatísticos () Resultados contemplam objetivos () Discussão () Considerações Finais () Limitações, quais..... () Recomendações, quais.....
2. Intervenção Utilizada	() Brinquedo normativo	
	() Brinquedo Terapêutico	() Instrucional
		() Dramático
		() Capacitador de Funções Fisiológicas
3. Resultados descritos pelo Estudo		Características da amostra Achados da intervenção
4. Discussão		Resultados relevantes
5. Conclusão/Considerações finais		Quais,
6. Identificação de limitações ou vieses		

Fonte: Adaptado de Ursi, 2005.

ANEXO A – PARECER FINAL DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM

UFRGS
 Livro de Pesquisa
 Projeto de Pesquisa
 Área de Atuação
 Subárea de Pesquisa
 Metodologia
 Científica/Tecnológica
 Voluntária
 Programa de Fomento à Pesquisa (Qualis)

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Eliane Norma Wagner Mendes

Dados Gerais:

Projeto Nº:	37629	Título:	O BRINQUEDO E O BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO CUIDADO A CRIANÇA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO AMBULATORIAL	
Área de conhecimento:	Enfermagem Pediátrica	Início:	12/07/2019	Previsão de conclusão: 20/12/2019
Situação:	Projeto em Andamento			
Origem:	Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno-infantil	Projeto Isolado com linha temática: Enfermagem em oncologia pediátrica ambulatorial		
Local de Realização:	não informado			
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.				
Objetivo:	Localizar evidências quanto ao uso do brinquedo e do brinquedo terapêutico com crianças durante o tratamento quimioterápico ambulatorial, em artigos oriundos de estudos primários.			

Palavras Chave:
 CRIANÇA
 JOGOS E BRINQUEDOS
 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO/QUIMIOTERAPIA

Equipe UFRGS:
Nome: ELIANE NORMA WAGNER MENDES
 Coordenador - Início: 12/07/2019 Previsão de término: 20/12/2019

Avaliações:
Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 07/08/2019 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Anexos:
[Projeto Completo](#) **Data de Envio:** 11/07/2019
[Instrumento de Coleta de Dados](#) **Data de Envio:** 11/07/2019

? Apresentação. Início de capítulo ? nº e título em caixa alta, separados apenas por um espaço, sem ponto. Ex. 1 INTRODUÇÃO
 Referências não estão nas normas da ABNT, consultar norma da ABNT NBR 6023 ? Informação e documentação ? Referências ? Elaboração.
 A palavra apêndice deve ser centralizada no corpo do trabalho.

PARECER FINAL: Projeto bem fundamentado. A priori revisões integrativas não necessitam de revisão de literatura porque esse é o resultado do trabalho, poderia levar parte do conteúdo produzido para a Introdução.
 O método está bem descrito, embora pudesse apresentar as combinações dos descritores e o período da coleta de 15 dias não é plausível para uma revisão integrativa robusta, além da data proposta ser de 15 a 31 de julho de 2019, ou seja, antes da aprovação pela COMPEZO.
 Entretanto, considero que estes ajustes não comprometem o conteúdo do trabalho que está bem descrito, e apto a ser Aprovado.