

O uso do brinquedo terapêutico em sala de vacina como estratégia de humanização

The use of therapeutic toy in a vaccine room as a humanization strategy

Alline Karlla Pérciles Pereira¹ • Emmanuela Kethully Mota dos Santos²
Widma Herculano de Paiva Silva³ • Laryssa Barreto Sousa⁴ • Maria Amélia de Souza⁵

RESUMO

Objetivo: Avaliar o uso do brinquedo terapêutico como estratégia de humanização na sala de vacina. **Metodologia:** Trata-se de um estudo analítico e observacional, quase-experimental, de abordagem quantitativa, realizado com 24 crianças. Os dados foram obtidos na observação da criança durante a vacinação e entrevista semiestruturada. **Resultados:** Predominou o sexo feminino (79,2%), faixa etária entre 4 e 6 anos, sendo a maioria de raça parda 19 (79,1%), 7 (29,2%) responsáveis direto da criança apresentavam escolaridade com Ensino Médio completo e 13 (54,2%) famílias pertencem a classe econômica C. Na comparação entre os grupos (experimental e controle) observadas pela pesquisadora, 8 (66,7%) crianças do grupo experimental apresentaram expressões satisfatórias com redução de dor por meio da escala de faces ($p = 0,009$). No entanto, no grupo controle 11 (91,7%) crianças demonstraram expressões insatisfatórias da escala de faces ($p < 0,05$). **Conclusões:** O brinquedo terapêutico apresentou maior êxito no grupo que foi preparado anteriormente para a vacinação, evidenciando maior aceitação ao procedimento e cooperação espontânea com o profissional de saúde, e possibilitando a criança redução nas expressões faciais de dor.

Descritores: Criança; Vacina; Humanização; Brinquedo; Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the use of the therapeutic toy as a humanization strategy in the vaccine room. **Methods:** It is an analytical and observational, quasi-experimental, quantitative approach, performed with 24 children. Data were obtained on the observation of the child during the vaccination and semi-structured interview. **Results:** Females predominated (79.2%), between the ages of 4 and 6 years, with a majority of browns of 19 (79.1%), 7 (29.2%) with a high school education, and 13 (54.2%) families belong to economic class C. In the comparison between the experimental and control groups observed by the researcher, 8 (66.7%) children in the experimental group presented satisfactory expressions with reduction of pain through the face scale ($p = 0.009$). However, in the control group 11 (91.7%) children showed unsatisfactory expressions on the face scale ($p < 0.05$). **Conclusions:** The therapeutic toy was more successful in the group that was previously prepared for vaccination, showing greater acceptance of the procedure and spontaneous cooperation with the health professional, and allowing the child to reduce facial expressions of pain.

Descriptors: Child; Vaccine; Humanization; Toy; Nursing.

NOTA

¹ Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória (CAV), Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica com ênfase em Saúde da Família - Faculdade ASCES UNITA. E-mail: alline.karlla01@gmail.com.

² Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória (CAV), Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde - UFPE/CAV, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil. E-mail: manukms@hotmail.com.

³ Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória (CAV), Pós-graduanda em Urgência e Emergência/ UTI pela Faculdade Novo Horizonte, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil. E-mail: widmahps@gmail.com.

⁴ Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória (CAV), Pós-graduanda em Urgência e Emergência/ UTI pela Faculdade ALPHA, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil. E-mail: laryssa14barreto@outlook.com.

⁵ Professora Adjunta da Universidade Federal de Pernambuco/ Centro Acadêmico de Vitória (UFPE/CAV), Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil. E-mail: souza_mariaamelia@hotmail.com.



INTRODUÇÃO

A humanização da assistência tem como ponto norteador as práticas de atenção à saúde e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, criou-se estratégias para o coletivo, na busca da valorização do sujeito como cidadão, afastando da perspectiva filantrópica e alcançando o que é preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003 pelo Ministério de Saúde⁽¹⁾. Por essa razão, a assistência humanizada à criança objetiva que o cuidado prestado, seja além da técnica ou procedimento, mas que alcance a dimensão humana e lúdica do universo da criança, promovendo segurança e completa interação⁽²⁾.

Existem várias estratégias de humanização, que podem ser usadas isoladamente ou em conjunto, dentre as quais, o uso do brinquedo terapêutico (BT), a qual caracteriza-se como uma forma de interagir, tirar a tensão, o medo e o receio da criança em relação aos serviços de saúde⁽³⁾.

Existem três modalidades do BT: instrucional, catártico ou dramático e capacitador de funções fisiológicas. O BT instrucional, explica como são os procedimentos para a criança, fazendo com que ela entre em contato com os materiais que serão utilizados, possa manuseá-los aplicar o que foi aprendido com o profissional de saúde. O BT catártico ou dramático, é aquele no qual a criança descarrega tudo que está sentindo, expondo suas emoções, desejos, sentimentos e as experiências vivenciadas, brincando e assumindo papéis semelhantes ao pai, mãe ou profissional e que, dessa forma, promova maior compreensão da situação e consiga mudar seu comportamento. O BT capacitador de funções fisiológicas, promove a participação da criança em alguma atividade lúdica, na busca de melhorar o seu estado físico, utilizando as capacidades fisiológicas de acordo com suas possibilidades, podendo aceitar assim, novas condições de vida⁽⁴⁻⁵⁾.

O BT Instrucional é o mais usado na literatura nacional, com o objetivo de prestar bem-estar à criança para o procedimento que posteriormente irá submeter-se, promovendo compreensão e cooperação com o profissional de saúde, sendo além de um instrumento de recreação, com a perspectiva de amenizar a ansiedade e tensão da criança na realização de procedimentos, tais como: vacinação, administração de medicamentos, curativo, coleta de sangue, inserção de drenos e entre outros⁽⁵⁾.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), dispõe sobre a utilização da técnica do Brinquedo/ Brinquedo Terapêutico pela equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada, sendo dever do enfermeiro prescrever e supervisionar os seus técnicos/auxiliares a fazerem uso dessa técnica⁽⁶⁾.

O “brincar” funciona de forma terapêutica, uma vez que, ao utilizar princípios lúdicos, favorece a troca de comunicação entre o profissional e a criança. Além de considerar as particularidades de cada uma e possibilitar a revelação de pensamentos, sentimentos, diversão e espontaneidade, conseguindo facilitar o objetivo estabelecido pelo lúdico e o brinquedo terapêutico⁽⁷⁾.

A equipe de enfermagem deve utilizar essa ferramenta, quer seja no hospital ou na atenção básica, para prestar um cuidado diferenciado e fazer com que a criança sintam-se acolhida durante a consulta ou hospitalização. Pois, sabe-se que a brincadeira faz parte do crescimento e do desenvolvimento da infância, e que o contato com o brinquedo em um serviço de saúde, torna a sua passagem mais dinâmica, resinificando

os procedimentos realizados e minimizando sofrimento e sequelas psicológicas na criança. Já que, a mesma pode levar a lembrança para o resto da sua vida, construindo um conceito negativo ou positivo acerca do seu atendimento, de acordo com o cuidado realizado⁽⁷⁻⁸⁾.

Neste contexto, estudos que aplicaram o BT na atenção primária ou hospitalar, se mostraram satisfatórios no que concerne à colaboração da criança ao procedimento, demonstrando compreensão e causando menos traumas⁽⁹⁻¹⁰⁾. Porém, a utilização do brinquedo terapêutico, na maioria das vezes, é demonstrada no ambiente hospitalar, pois é o local onde a criança passa um maior período de internação. Observa-se, também, a passagem rotineira das crianças por outros serviços de saúde, como a Unidade Básica de Saúde (UBS), para consultas de puericultura e atualização do cartão de vacina. É incipiente, no entanto, as pesquisas nesse locus. Na prática, não é notório, efetivamente, o uso do BT na atenção básica, principalmente em sala de vacina, onde a criança tem receio em relação a sua aplicação por se tratar de um procedimento invasivo edoloroso⁽¹⁾. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi avaliar o uso do brinquedo terapêutico como estratégia de humanização na sala de vacina.

MÉTODOS

Estudo transversal, analítico e observacional, quase-experimental, de abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde do município de Feira Nova, Pernambuco (PE), Brasil, entre os meses de junho e agosto de 2017. A UBS foi selecionada através de um sorteio aleatório realizado pela pesquisadora.

A faixa etária estabelecida para as crianças do estudo foi entre 04 e 06 anos. A escolha da faixa etária justifica-se pelo fato desse grupo ser elegível para a aplicação do BT e por estar em idade de vacinação conforme o calendário nacional de imunização e campanhas do Ministério da Saúde.

A amostra inicial correspondeu a 40 crianças cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da UBS. Contudo, houve a exclusão de 16 menores: 03 crianças que apresentaram resistência extrema ao BT, 07 responsáveis pela criança não concordaram em participar da pesquisa e 06 crianças apresentaram alguma contraindicação para vacinação. Sendo assim, totalizou-se uma amostra final de 24 crianças.

As crianças elegíveis foram divididas em dois grupos, o grupo experimental (GE), com 12 crianças que participaram da sessão de brinquedo terapêutico do tipo instrucional antes da vacinação, e o grupo controle (GC) com 12 crianças, que não recebeu nenhum tipo de preparo e seguiu a rotina da sala de vacina. Os critérios para alocar a criança no grupo controle ou grupo experimental foi por meio da livre demanda de crianças cadastradas na Unidade Básica e também aquelas que necessitavam atualizar o cartão vacinal, ambas de forma aleatória. Aquelas que apresentavam as cadernetas de vacina desatualizadas, baseados pelo cartão espelho, foram convidadas pela pesquisadora a comparecerem à unidade.

A coleta foi realizada por meio da observação da criança durante a vacinação e entrevista com seu responsável no consultório de enfermagem, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para registro dos dados, foram utilizados dois instrumentos e a Escala de Dor de Faces (EF). O primeiro formulário contemplou informações sociodemográficas e sobre a identificação familiar, que continha perguntas sobre a criança e a família, tais como: nome

do responsável; nome da criança; data de nascimento; início e término de tempo usado para preenchimento do formulário. Os dados sociodemográficos incluíam variáveis dependentes e independentes: sexo; idade em anos e meses completos; etnia; escolaridade do responsável direto da criança; classe econômica; caderneta de vacinação (se atualizada ou não atualizada) e vacina aplicada (via de aplicação, se oral, intramuscular, tipo de vacina e se a vacina é do calendário vacinal ou de campanha).

O segundo instrumento de coleta, consistiu em uma entrevista semiestruturada, que obteve informações acerca da percepção do responsável legal sobre o uso do Brinquedo Terapêutico, utilizando a pergunta norteadora: O que o(a) senhor (a) achou da aplicação do brinquedo terapêutico no momento da realização da vacina? Sendo a resposta da entrevista transcrita na íntegra. Estas duas ferramentas para coleta dos dados foram elaboradas por intermédio de estudo prévio.

Após informar a criança e seu responsável do estudo e da participação dela, aquelas selecionadas aleatoriamente para o grupo experimental foram convidadas a brincar. A sessão de brinquedo terapêutico instrucional foi realizada individualmente no consultório de enfermagem, utilizando-se dois bonecos, confeccionados de feltro e algodão pela pesquisadora, de sexos diferentes (masculino e feminino), cuja preferência de escolha para a sessão do BT era concedida às crianças. Foram aplicadas, também, uma seringa e uma agulha confeccionada de biscuit. É válido ressaltar que todos os integrantes da pesquisa foram orientados a não manusear estes materiais em domicílio.

Inicialmente, foi demonstrado o procedimento no boneco(a), solicitando a participação da criança que, ao final da dramatização, foi convidada a repetir a brincadeira. Após a sessão de brinquedo terapêutico instrucional, as crianças e seus acompanhantes foram encaminhados à sala de vacinação, onde foi observada a reação da criança, individualmente, durante a aplicação da vacina. Já as crianças do grupo controle e seus acompanhantes foram encaminhados diretamente à sala de vacinação, na qual foram observadas suas reações durante o procedimento.

A pesquisadora avaliou, durante a aplicação da vacina, o nível de intensidade da dor por meio da Escala de Faces adaptada por Claro⁽¹¹⁾ no grupo experimental (após a sessão com BT) e a no grupo controle (sem a sessão com BT), classificando, dessa forma, cinco faces, com uma mímica representada em cada desenho dos personagens Cebolinha e Mônica, desenhados por Maurício de Souza. A graduação de cada face representa, sendo 1 (sem dor, face feliz e sem choro), 2 (dor leve e face sem reação com ou sem choro fraco), 3 (dor média e face triste e choro fraco), 4 (dor forte, face muito triste e choro forte), 5 (dor máxima, face irritada com choro intenso), sendo posteriormente recategorizada da seguinte forma: A graduação da escala de faces de 1 a 3 foi considerada satisfatória quanto ao nível de intensidade da dor, portanto entendida como estratégia de humanização e a graduação da escala de faces 4 e 5 foi considerada insatisfatória relacionada ao nível de intensidade de dor provocada na criança). Posteriormente ao procedimento da vacinação, solicitou-se ao grupo experimental a identificação pela criança da melhor expressão na Escala de Dor de Faces para a intensidade da dor vivenciada.

Após a coleta dos dados, foi construído um banco de dados

em planilha do programa Excel for Windows-2010 e para a análise dos dados, o Software SPSS 13.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows. Os resultados foram apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa. As variáveis numéricas estão apresentadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão, verificando a existência de associação pelo Teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher e comparando os dois grupos estudados pelo Mann-Whitney (Não Normal). Os testes foram aplicados com 95% de confiança.

Em cumprimento à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas integrando seres humanos, esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, sob o CAAE nº 57904216.5.0000.5208. Todos os responsáveis pela criança, foram explicados os objetivos da pesquisa, assim como foram feitas a leitura do termo de consentimento e a solicitação da assinatura do responsável pela criança⁽¹²⁾.

RESULTADOS

Do total das crianças que participaram do estudo, a predominância foi do sexo feminino (79,2%), a idade estabelecida foi entre 04 e 06 anos, com média de 63,58 em meses e desvio padrão de 9,56. Em referência à raça, 19 menores eram de raça parda (79,1%). Sobre outras variáveis: 07 (29,2%) responsáveis direto da criança apresentaram escolaridade com Ensino Médio completo, 13 (54,2%) famílias indicaram a classe econômica C e 13 (54,2%) crianças apresentaram caderneta de vacinação atualizada. Em relação ao tipo de vacina, maioria dos pesquisados recebeu influenza 15 (62,5%).

Com relação a Escala de Dor de Faces, no que diz respeito a intensidade de dor, 09 (37,5%) crianças apontaram face satisfatória, demonstrando uma face que representava menos choro e dor. Enquanto que 15 (62,5%) crianças demonstraram face insatisfatória sobre a intensidade da dor. Estes dados sugerem que a grande parcela das crianças alcançaram elevado grau de dor e choro.

Outro dado avaliado, apenas no grupo experimental, foi a percepção dos pais em relação a técnica do BT; obteve-se que 09 (75,0%) dos pais ou responsáveis legais responderam ser Bom/Ótimo a aplicação do BT antes da vacinação e consideraram como humanizado.

A Escala de dor de faces, também, foi avaliada pelas crianças do grupo experimental, na qual foi solicitado que as mesmas apontassem a melhor expressão facial para a intensidade de dor vivenciada no momento da vacinação; obteve-se que 7 (63,6%) crianças referiram ser satisfatória a expressão da sua própria face, ou seja, com redução significativa de dor e choro. E apenas 4 (36,4%) crianças referiram ter apresentado expressão insatisfatória da própria face durante a vacinação, significando ter elevada intensidade de dor e choro.

Já a comparação entre os grupos experimental e controle em relação as variáveis sociodemográficas, atualização da caderneta vacinal, as vacinas utilizadas, a aplicação da Escala de Dor de Faces observada pela pesquisadora e idade estão descritas na tabela I.

Tabela 1 – Avaliação da Comparação dos Grupos (Experimental e Controle) – Feira Nova/PE, Brasil, 2017.

| Variáveis | Grupos | | p-valor |
|--|-------------------|-------------------|-----------|
| | Experimental | Controle | |
| | n (%) | n (%) | |
| Sexo | | | |
| Masculino | 1 (8,3) | 4 (33,3) | 0,317 * |
| Feminino | 11 (91,7) | 8 (66,7) | |
| Raça | | | |
| Branca | 3 (25,0) | 1 (8,3) | 0,590 * |
| Negra | 0 (0,0) | 1 (8,3) | |
| Parda | 9 (75,0) | 10 (83,4) | |
| Escolaridade do responsável direto da criança | | | |
| Não estudou/analfabeto funcional | 1 (8,3) | 0 (0,0) | 0,167 * |
| Ensino Fundamental incompleto | 1 (8,3) | 5 (41,6) | |
| Ensino Fundamental completo | 3 (25,0) | 2 (16,7) | |
| Ensino Médio incompleto | 0 (0,0) | 2 (16,7) | |
| Ensino Médio completo | 4 (33,4) | 3 (25,0) | |
| Ensino Superior incompleto | 1 (8,3) | 0 (0,0) | |
| Ensino Superior completo | 2 (16,7) | 0 (0,0) | |
| Classe econômica | | | |
| B2 | 1 (8,3) | 1 (8,3) | 1,000 * |
| C | 7 (58,4) | 6 (50,0) | |
| D | 4 (33,3) | 5 (41,7) | |
| Caderneta de vacinação | | | |
| Atualizada | 10 (83,3) | 3 (25,0) | 0,004 ** |
| Não atualizada | 2 (16,7) | 9 (75,0) | |
| Vacinas | | | |
| DTP/DTPa | 0 (0,0) | 9 (75,0) | < 0,001 * |
| Influenza | 12 (100,0) | 3 (25,0) | |
| Escala de Dor de faces: Observada pela pesquisadora | | | |
| Satisfatório | 8 (66,7) | 1 (8,3) | 0,009 * |
| Insatisfatório | 4 (33,3) | 11 (91,7) | |
| | Média ± DP | Média ± DP | |
| Idade | 59,17 ± 9,52 | 68,00 ± 7,60 | 0,014 *** |

(*) Teste Exato de Fisher (**) Teste Qui-Quadrado (***) Teste de Mann-Whitney

Observa-se que houve diferença estatísticas nas variáveis “Caderneta de vacinação”, “Vacinas”, “Escala de Dor de faces: Observado” e “Idade”, quando comparados os grupos. Esses dados indicam significância ao estudo e possibilitam comparações pertinentes sobre o objetivo da pesquisa.

DISCUSSÃO

A importância do BT e do brincar é imprescindível para a criança e, principalmente, para a comunidade científica, as quais convergem do mesmo pensamento e apontam o uso dessa estratégia como essencial nos serviços de saúde, sobretudo durante a hospitalização, sendo garantido legalmente^(5,9,13).

Sabe-se que a ansiedade e o medo permeiam o

imaginário das crianças, quando as mesmas vivem momentos críticos e de sofrimento. A utilização do brincar e do lúdico, por conseguinte, no ambiente hospitalar e na atenção básica, relacionados a situações envolvendo procedimentos na criança, como por exemplo, o de e da vacinação, atuam reduzindo ou eliminando as tensões^(7,10,13).

Segundo um estudo realizado em São Paulo, na comunidade de Paraisópolis, com o objetivo de identificar os comportamentos apresentados pela criança na aplicação da vacina após o preparo com o brinquedo terapêutico instrucional e também comparar as condutas das crianças que não receberam preparo com o BT para a vacinação, demonstraram que as expressões emocionais da criança, tais como choro e rubor facial predominaram no

grupo controle, ou seja, nas crianças que não participaram da sessão com o BT, corroborando com os achados da presente pesquisa. Dessa forma, o estudo apontou maior aceitação ao procedimento por parte da criança do grupo experimental⁽¹⁰⁾.

As crianças participantes da pesquisa possuíam a idade mínima de 48 meses, ou seja 4 anos e máxima de 83 meses ou 6 anos e 11 meses no qual as tornavam aptas a utilizarem o BT por estarem em período de calendário vacinal e conseguirem compreender a técnica da vacinação fazendo uso do lúdico e facilitando a criança a possuir pensamento mágico, já que estavam em estágios de desenvolvimento cognitivo onde recorrem na maioria das vezes a fantasia do imaginário para alcançar a compreensão acerca da realidade.⁽¹⁰⁾ Dessa forma o uso do brinquedo terapêutico atrelado a princípios lúdicos contribuem para um crescimento saudável, objetivando ser uma estratégia de cuidado, com enfrentamento aos procedimentos aplicados na área hospitalar ou na atenção básica, buscando oferecer uma assistência à saúde humanizada^(3,10,13).

A variável “Idade” no grupo experimental apresentou um quantitativo de crianças com idade mais nova (59,17) quando comparada ao grupo controle (68,00). Contudo, em ambos os grupos, as crianças estavam aptas a participar da pesquisa e do procedimento da vacinação.

No que concerne a caderneta de vacinas que estavam, ou não, atualizadas, os achados mostraram que 10 crianças (83,3%), do grupo experimental, estava com cartão vacinal atualizado, em contrapartida o grupo controle apresentou, apenas, 3 atualizações (25,0%). A literatura elenca possíveis obstáculos para o não cumprimento do calendário de vacinação, tais como: baixa renda familiar, baixa escolaridade materna e insuficiente conhecimento sobre doenças imunopreveníveis⁽¹³⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estimam que a cada ano, morrem no mundo 2,5 milhões de crianças menores de 5 anos de idade, por doenças que podem ser evitadas por meio da prática de imunizações pela vacinação. Em destaque para as vacinas “DTP/DTPa e Poliomielite (VIP/VOP)” utilizadas no estudo para crianças de 4 anos oferecidas pelo Ministério da Saúde, mostrando que o controle eficaz sobre a caderneta vacinal, contribui para prevenção segura⁽¹⁵⁾.

Em relação as “Vacinas” observou-se a elevada prevalência da aplicação da influenza, e diante deste fato é importante frisar que a influenza é conhecida popularmente como gripe, sendo caracterizada por ser uma doença viral, febril, aguda, em grande parte benigna e autolimitada. O vírus da influenza podem ser A, B e C, o vírus “A” está associado a epidemias e pandemias, com comportamento sazonal e maior números de ocorrências entre as estações do ano mais frias, podendo haver anualmente períodos de maior e menor circulação do vírus⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Com isso, é o principal agente etiológico de 75% das infecções respiratórias agudas. Sobre essa perspectiva, o adoecimento pode ser prevenido através da intervenção da saúde pública por meio da vacinação anual ou em campanhas recomendadas pelo Ministério da Saúde para grupos considerados vulneráveis, dos quais fazem parte crianças (a partir dos seis meses a menores de 5 anos), idosos (a partir de 60 anos ou mais), gestantes (em qualquer idade gestacional), puérperas (as mulheres que estão no período até 45 dias após o parto), trabalhadores de saúde (em serviços público ou privado em qualquer nível de complexidade), povos indígenas, adolescentes e jovens de 12 a 21 anos de idade sob medidas

socioeducativas, população privada de liberdade e funcionários do sistema prisional e pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais. Deste modo, a vacina contra influenza é apontada pela Organização Mundial de Saúde como sendo a estratégia mais eficiente para diminuir a morbimortalidade pela doença⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

A “Escala de Dor de Faces: Observada pela pesquisadora” realizada em ambos os grupos (experimental e controle), demonstrou 66,7% de satisfação quanto a contribuição do BT antes da vacinação, enfatizando a diminuição de expressões emocionais de dor por meio da face com colaboração espontânea, tranquilidade ao procedimento e com redução do choro no grupo experimental quando comparado ao controle. Isso ressaltou a positiva contribuição do BT em procedimentos invasivos, o que condiz com achados de outros estudos no que concerne o melhor manejo da dor e minimização da ansiedade na criança antes da vacinação ou no momento da hospitalização^(10,13).

Arelado a essa elevada colaboração do BT no grupo participante da sessão, o grupo controle obteve 91,7% de insatisfação, quando não se realizou o momento com o BT antes da vacinação, demonstrando que a ausência de estratégias lúdicas para se alcançar o terapêutico, promove dificuldades em oferecer uma assistência humanizada à criança. Existem inúmeros problemas que afetam a prática da humanização no ambiente dos serviços de saúde, dentre eles, o ineficiente entendimento da Política Nacional de Humanização pelos profissionais atuantes em diversas áreas, gerando em grande parte um cuidado fragmentado e metódico^(1,2,19). Diante disso, muitas vezes os profissionais de saúde por inúmeras razões de domínio social, político e econômico, encontram –se em desmotivação, por falta de vínculos e insatisfatória integralidade na assistência, ocasionando desumanização na saúde prestada a população, principalmente no serviço público⁽²⁰⁾.

A Política Nacional de Humanização objetiva colocar em ação os princípios do SUS, na busca de priorizar um atendimento de qualidade, garantindo a valorização dos diferentes sujeitos incorporados ao processo de produção de saúde. A prática do humanizar pretende que profissionais e usuários dos serviços reúnam os aspectos subjetivos, físicos e sociais, adotando uma postura de empatia e ética com o outro, de acolhimento ao desconhecido e reconhecendo os limites⁽¹⁹⁻²⁰⁾. No contexto atual, os programas de saúde estimulam e ampliam o processo de humanização e a enfermagem assume um papel essencial na responsabilidade de oferecer atendimento de qualidade, com comunicação efetiva e avanço absoluto no desenvolvimento do indivíduo⁽²⁰⁾.

Em pesquisa realizada com a equipe de enfermagem, sobre as percepções referente a humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica, observou –se que o acolhimento, a relação do vínculo e comunicação e a ambiência são fatores fundamentais para estabelecer o cuidado humanizado, sobretudo para a crianças/neonatais e seus familiares⁽¹⁹⁾.

No presente estudo, é importante frisar, que houve a participação dos pais ao final do processo da vacinação, buscando obter suas opiniões quanto a Escala de Dor de Faces a sessão com o BT, o qual na análise das respostas, prevaleceram a aceitação com relatos positivos do BT como um método terapêutico Bom/Ótimo para procedimentos invasivos, sobretudo na vacinação.

É notório que tanto na área hospitalar, quanto na atenção



primária a saúde, a criança atravessa momentos de medo, tensão e ansiedade, porque foi inserida em um ambiente estranho e na maioria das vezes é submetida a procedimentos invasivos e dolorosos, em especial para o momento da vacina, que se torna presente na vida das crianças desde o nascimento. Nesse aspecto, a criança apresenta dificuldades de compreender a situação vivida, provocando repulsa e resistência a experiência, por isso, o “brincar” e o “lúdico” são formas de reduzir a aflição e a angústia, alcançando a vacinação de maneira terapêutica⁽¹²⁾.

Desta forma o profissional de saúde, deve utilizar o brincar de forma lúdica durante a vacinação, para conseguir aproximação afetiva e uma satisfatória comunicação, estabelecendo uma relação construtiva de empatia entre a criança, profissional e a família⁽¹²⁾. Deste modo, a utilização do BT revelou eficiência ao objetivo do estudo, promovendo uma assistência humanizada com garantia de agilidade e cooperação de ambas as partes na sala de vacina.

CONCLUSÃO

A aplicação do BT apresentou maior êxito no grupo que foi preparado anteriormente para a vacinação, evidenciando maior aceitação ao procedimento e cooperação espontânea com o profissional de saúde, possibilitando a criança redução nas expressões faciais de dor. Nesse contexto, a utilização do BT assegurou, nesse momento, uma assistência humanizada na atenção básica. As crianças que não receberam nenhum preparo antes da vacinação com o brinquedo instrucional, mostraram-se insatisfeitas e com baixa aceitação ao procedimento, obtendo-se expressões faciais intensas de dor, falta de colaboração e ineficiente comunicação com o profissional durante a técnica.

As dificuldades encontradas durante a pesquisa foram basicamente o número reduzido de crianças elegíveis para a participação na pesquisa, recusa ou resistência dos pais/responsáveis legais para cooperar com o estudo, ausência de vacinas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) o que consequentemente prolongou o período de coleta de dados e também quanto a aceitação e adesão do BT pelo enfermeiro, por ser uma técnica que demanda tempo e o profissional de saúde ser responsável por outras funções e competências na Atenção Primária a Saúde (APS).

Conclui-se, por conseguinte, que o uso do BT é uma técnica de sucesso com resultados favoráveis na prática da atenção primária a saúde, embora, na maioria das vezes, não seja utilizado rotineiramente como estratégia de humanização nesse locus. Observou-se ainda, que a literatura científica é frágil de pesquisas que utilizam o brinquedo terapêutico na USF, situação que necessita ser avaliada e discutida para prestar um cuidado transformador, humanizado e eficaz na atenção a criança.

REFERÊNCIAS

1. I. tionknowledgeofundergraduatenuersingstudents. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Sept 03];69(2):261-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690211i>
2. Santos MR, Silva L, Misko MD, Poles K, Bousso RS. Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 Jul-Set [cited 2017 Sept 03];22(3):646-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a10.pdf>
3. Souza LPS, Silva CC, Brito JCA, Santos APO, Fonseca ADG, Lopes JR, et al. O brinquedo terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. *J Health Sci Inst* [Internet]. 2012 [cited 2017 Sept 03];30(4):354-8. Available from: https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p354a358.pdf
4. Silva RD, Austregésilo SC, Ithamar L, Lima LS. Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2017 [cited 2017 Sept 04];93:6---16. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.06.005>
5. Franciscchinelli AGB, Almeida FA, Fernandes DMS. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiro. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2017 Sept 10];25(1):18-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a04.pdf>
6. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº. 546, de 9 de maio de 2017. Atualiza Norma para Utilização da Técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pela Equipe de Enfermagem na Assistência à Criança Hospitalizada. *Diário Oficial da União* 17 maio 2017; Seção 1.
7. Caleffi CCF, Rocha PK, Anders JC, Souza AJ, Burciaga VB, Serapião LS. Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 jun [cited 2017 Sept 10];37(2):e5813. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2016.02.58131>
8. Santos DR, Bonfim CM, Mazza VA, Wall ML, Mercês NNA. Processo de brincar da criança hospitalizada guiado pelo modelo lúdico. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014 Jul/Set [cited 2017 Sept 10];19(3):617-20. Available from: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v19n3/26.pdf>
9. Paladino CM, Carvalho R, Almeida FA. Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: comportamentos de pré-escolares no período transoperatório. *Revs Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2017 Sept 10];48(3):423-9. Doi: 10.1590/S0080-623420140000300006
10. Pontes JE, Tabet E, Folkmann MAS, Cunha MLR, Almeida FA. Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *einstein* [Internet]. 2015 [cited 2017 Sept 10];13(2):238-42. Doi: 10.1590/S1679-45082015AO2967
11. Torritesi P, Vandrúsculo DMS. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. *Rev Latino-am enfermagem*, 1998; 6(4): 49-55.
12. Resolução 466/12. Diretrizes e Normas Regulamentadora de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012.
13. Lemos I, Oliveira J, Gomes E, Silva K, Silva P, Fernandes G. Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. *Rev Cuid* [Internet]. 2016 [cited 2017 Sept 15];7(1):1163-70. Doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.303>
14. Nicola GDO, Freitas HMB, Gomes GC, Costenaro RGS, Nietsche EA, Ilha S. Cuidado lúdico à criança hospitalizada: perspectiva do familiar cuidador e equipe de enfermagem. *J. res.: fundam care* [Internet]. online 2014. abr./jun. [cited 2017 Oct 03];6(2):703-715. Doi:

- 10.9789/2175-5361.2014v6n2p703
15. Yokokura AVCP, Silva AAM, Bernardes ACF, Filho FL, Alves MTSSB, Cabra NAL. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 mar [cited 2017 Oct 03]; 29(3):522-534. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a10v29n3.pdf>
 16. Bós AJG, Mirandola AR. Cobertura vacinal está relacionada à menor mortalidade por doenças respiratórias. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 03]; 18(5):1459-1462. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/31.pdf>
 17. Portal da Saúde [base de dados na internet]. Brasília(DF): [acesso em 2017 out 03]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/influenza>
 18. 19ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Brasília(DF): [acesso em 2017 out 03]. Disponível em: http://pni.datasus.gov.br/sipni/03%2003%202017%20Informe_Cp_Influenza%20_%20final.pdf
 19. Reis LS, Silva EF, Waterkemper R, Lorenzini E, Cecchetto, FH. Humanization of healthcare: perception of a nursing team in a neonatal and paediatric intensive care unit. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 05]; 34(2):118-124. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n2/v34n2a15.pdf>
 20. Penia MNM, Oselame GB. The hospital care humanization: integrative review. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2015 Oct-Dec [cited 2017 Oct 05]; 4(4):94-99. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3530/pdf>

Recebido: 2019-08-04

Aceito: 2019-08-23

