







O BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Letícia Roberta Pedrinho¹ 
Bianca Machado Cruz Shibukawa¹ 
Gabrieli Patrício Rissi¹ 
Roberta Tognollo Borotta Uema¹ 
Maria de Fátima Garcia Lopes Merino¹ 
Ieda Harumi Higarashi¹ 

¹Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar o papel do brinquedo terapêutico como ferramenta para o diagnóstico de enfermagem no cenário de atenção à criança com *diabetes*.

Método: estudo de caso múltiplo qualitativo, realizado com crianças com diagnóstico de *Diabetes mellitus* tipo 1, residentes do interior do Paraná. Os dados foram coletados em 2018, por meio de entrevista, diário de campo e sessões com uso do brinquedo terapêutico. Foram elaborados diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association I* e realizada a análise de conteúdo direcionada, resultando em quatro categorias.

Resultados: a utilização do brinquedo terapêutico dramático permite à criança demonstrar sua percepção da doença e dos cuidados realizados. As sessões com o brinquedo terapêutico dramático possibilitaram identificar cinco diagnósticos de enfermagem, que foram trabalhados posteriormente por meio do brinquedo terapêutico instrucional.

Conclusão: a sistematização da assistência mediada pelo uso do brinquedo possibilita ao enfermeiro estabelecer vínculos com a criança com diabetes e sua família, desvelando suas percepções em relação à doença e ao tratamento, estimulando assim uma participação mais ativa do binômio no manejo deste processo de enfrentamento.

DESCRIPTORIOS: *Diabetes mellitus* tipo 1. Jogos e brinquedos. Cuidado da criança. Enfermagem pediátrica. Processo de enfermagem.

COMO CITAR: Pedrinho LR, Shibukawa BMC, Rissi GP, Uema RTB, Merino MFGL, Higarashi IH. O brinquedo terapêutico na atenção primária: contribuições para a sistematização da assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [acesso MÊS ANO DIA]; 30:e20200616. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0616>

THERAPEUTIC TOY IN PRIMARY CARE: CONTRIBUTIONS FOR THE SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE

ABSTRACT

Objective: to analyze the role of the therapeutic toy as a tool for the nursing diagnosis in the setting of care for the child with diabetes.

Method: a qualitative multiple-case study conducted with children diagnosed with Type 1 *Diabetes mellitus* and living in the inland of Paraná. The data were collected in 2018 through interviews, field diary and sessions using the therapeutic toy. Nursing diagnoses were elaborated according to the North American Nursing Diagnosis Association Taxonomy I and a targeted content analysis was performed, resulting in four categories.

Results: using the dramatic therapeutic toy allows the child to show their perception of the disease and of the care provided. The sessions with the dramatic therapeutic toy made it possible to identify five nursing diagnoses, which were later worked on by means of an instructional therapeutic toy.

Conclusion: systematization of assistance mediated by the use of the toy allows nurses to establish bonds with the child with diabetes and their family, revealing their perceptions of the disease and treatment, thereby stimulating a more active participation of the binomial in the management of this coping process.

DESCRIPTORS: *Diabetes Mellitus* Type 1. Play and Playthings. Child care. Pediatric nursing. Nursing process.

EL JUGUETE TERAPÉUTICO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: APORTES PARA LA SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

RESUMEN

Objetivo: analizar el papel del juguete terapéutico como herramienta para el diagnóstico de enfermería en el ámbito de los cuidados del niño con diabetes.

Método: estudio cualitativo de casos múltiples, realizado con niños con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, residentes del interior de Paraná. La recolección de datos se llevó a cabo en 2018, a través de entrevistas, diario de campo y sesiones con el uso de juguetes terapéuticos. Los diagnósticos de enfermería se elaboraron de acuerdo con la taxonomía de la *North American Nursing Diagnosis Association I* y análisis de contenido dirigido, que resultó en cuatro categorías.

Resultados: el uso de juguete terapéutico dramático permite al niño demostrar su percepción sobre la enfermedad y la asistencia que se le brinda. Las sesiones con el juguete terapéutico dramático permitieron la identificación de cinco diagnósticos de enfermería, que luego se trabajaron a través del juguete terapéutico instruccional. **Conclusión:** la sistematización del cuidado mediado por el uso de juguetes permite al enfermero establecer vínculos con el niño diagnosticado con diabetes y su familia además de revelar sus percepciones sobre la enfermedad y el tratamiento y fomentar una participación más activa del binomio en el manejo de este proceso de afrontamiento.

DESCRIPTORES: *Diabetes mellitus* tipo 1. Juego e implementos de juego. Cuidado de niños. Enfermería pediátrica. Proceso de enfermería.

INTRODUÇÃO

Atualmente evidencia-se um crescente número de crianças que convivem com *Diabetes Mellitus* tipo 1 (DM1) e, apesar dos avanços científicos e tecnológicos, as perspectivas em relação a esta clientela parecem ainda não constituir uma preocupação global¹⁻².

Sabe-se que o DM1 interfere na qualidade de vida das crianças e gera alterações na dinâmica familiar envolvendo abandono do próprio trabalho para cuidar da criança, mudanças no planejamento financeiro, sobrecarga dos cuidadores e até mesmo a interrupção dos momentos de lazer podem se tornar uma constante dentro desse contexto³⁻⁴.

Sob a ótica de profissionais de saúde, faz-se necessário perceber as individualidades dos pacientes e famílias, para assim buscar formas mais adequadas de auxiliá-las a vivenciar esse processo, tanto em relação às alterações no seio familiar, como na rotina da criança³⁻⁵. Uma forma de conhecer adequadamente a realidade e definir estratégias de intervenção é utilizar os passos instituídos no Processo de Enfermagem (PE)⁶.

Especificamente no campo pediátrico, utilizar as ferramentas propostas pelo PE de forma associada ao ato de brincar pode se revelar uma estratégia poderosa para auxiliar o enfermeiro a imergir no universo da criança com DM1, pois o profissional cria uma atmosfera lúdica dentro de seu processo de trabalho, permitindo à criança expressar seus sentimentos frente a sua condição de saúde⁷.

Usualmente, os profissionais enfermeiros trabalham com respostas para problemas de saúde. Nesta perspectiva, cabe a eles realizar inicialmente um diagnóstico de enfermagem, que pode ser focado em um problema, um estado de promoção da saúde ou um risco potencial. Isto requer uma interação efetiva junto à clientela, por meio de estratégias que possibilitem acessar as informações necessárias à realização de um diagnóstico acurado e individualizado⁸.

O Brinquedo Terapêutico (BT) tem se destacado como estratégia de aproximação das crianças, principalmente no âmbito hospitalar e no preparo das mesmas para procedimentos dolorosos e cirurgias⁹⁻¹⁰. Por outro lado, esta ferramenta também pode ser implementada no domicílio, embora estudos sobre essa aplicação ainda sejam escassos¹¹.

O BT pode ser classificado em: dramático, quando tem como finalidade permitir que a criança exteriorize as experiências que tem dificuldade de verbalizar; capacitador das funções fisiológicas, utilizado na fase de readaptação física das funções fisiológicas dependendo da nova condição de vida da criança; e instrucional, quando objetiva preparar a criança para a realização de procedimentos terapêuticos¹².

Diante de um cenário complexo de atenção a uma condição crônica na infância, considerando o potencial de aplicabilidade do BT como mediadora do PE, e a importância de investigar as possibilidades de adoção de tecnologias leves para a qualificação da atenção primária em saúde, emergiu o interesse em propor a presente investigação.

A associação destes elementos, além de conferir maior aporte científico para a prática da enfermagem pediátrica, possibilita acessar a realidade das crianças que convivem com o DM1 em ambiente domiciliar, bem como propor estratégias pautadas no raciocínio clínico e que busquem minimizar os agravos trazidos pela patologia^{7,9}.

Com base nestes pressupostos, o objetivo deste estudo é analisar o papel do brinquedo terapêutico como ferramenta para o diagnóstico de enfermagem no cenário de atenção à criança com *diabetes*.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, na modalidade de estudo de caso múltiplo, a qual permite coletar e analisar informações sobre determinado sujeito, grupo, família ou comunidade. É uma forma de investigação cujo objetivo é o de aprofundar conhecimentos acerca de certa realidade¹³. Participaram

do estudo crianças diagnosticadas com DM1, residentes em municípios pertencentes à 11ª Regional de Saúde (RS) do estado do Paraná. Devido à dificuldade em captar crianças que preenchessem os critérios de elegibilidade do estudo, a área de abrangência foi estendida aos 25 municípios que integram a referida RS, não ficando restrita somente ao município de origem da pesquisadora.

Primeiramente foi realizado o contato com o Serviço Ambulatorial de Endocrinologia Pediátrica de referência para atendimento às crianças com DM1, pertencentes à regional de saúde, de maneira a possibilitar o levantamento das crianças que poderiam fazer parte do estudo. Posteriormente, os pesquisadores entraram em contato com os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de referência de cada criança, por telefone ou por mensagens de texto, a fim de verificar informações sobre a elegibilidade para o estudo e estabelecer contato com as famílias.

Os critérios de inclusão foram crianças com diagnóstico confirmado de DM1 há pelo menos três meses, com idade entre 2 e 8 anos, cadastradas em uma das unidades básicas de saúde de cidades pertencentes à 11ª Regional de Saúde. Como critério de exclusão, elencaram-se crianças que estivessem internadas ou que estivessem na vigência de um quadro de descompensação glicêmica importante durante o período de coleta de dados. Nenhuma criança foi excluída.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2018, sendo realizadas três visitas domiciliares para cada domicílio. A escolha deste recorte etário se deu em função do diagnóstico e início do tratamento e, conseqüentemente, devido ao fato de maiores necessidades educativo-assistenciais se concentrarem nesta etapa da vida.

A coleta de dados foi realizada seguindo as fases propostas pelo PE, como instrumento norteador da ação do enfermeiro. A operacionalização desse método consiste em cinco etapas distintas e inter-relacionadas: histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação¹³. Parte das informações relativas ao histórico, foram coletadas junto aos enfermeiros das UBSs, que também intermediaram o contato telefônico para a primeira abordagem dos participantes pelo pesquisador.

Durante as intervenções, realizadas ao longo das visitas, foram levantados os Diagnósticos de Enfermagem, segundo taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*. Estes são utilizados para identificar os resultados pretendidos com o cuidado e auxiliar no planejamento da sequência de intervenções de enfermagem, específicas para cada paciente⁸.

Na primeira visita, a fim de compor a primeira etapa do PE, foram coletados dados de caracterização e informações referentes ao histórico de enfermagem, com uso de roteiro de entrevista semiestruturado, com registro simultâneo das informações em um formulário próprio. Os dados de identificação, para caracterização dos participantes, incluíram a idade e o sexo da criança; idade, escolaridade e ocupação dos pais; renda familiar aproximada; tipo de atendimento de saúde (exclusivamente SUS, plano de saúde privado ou acompanhamento particular). Ainda nesta primeira etapa do estudo investigou-se o histórico da doença, buscando dados sobre o diagnóstico, conhecimento prévio e percepção dos pais sobre o *diabetes*, orientações realizadas pelos profissionais de saúde até o momento e as queixas referidas pela criança em relação ao diabetes.

Além do roteiro semiestruturado, elaborado pela própria pesquisadora, foi implementada a utilização do BT como ferramenta para a coleta de dados. Por meio de materiais de uso hospitalar e insumos utilizados no cuidado com o DM1, buscou-se resgatar memórias da criança em relação a situações previamente experienciadas no convívio com a doença, tais como internações anteriores e o cotidiano terapêutico.

Os brinquedos em forma de objetos de uso doméstico, tais como materiais escolares, bonecos de pano e alimentos, por sua vez, auxiliaram na representação das situações do cotidiano, favorecendo e estimulando a recriação de situações familiares.

No segundo encontro, foram realizadas sessões com o Brinquedo Terapêutico Dramático (BTD), a fim de compreender a vivência das crianças com o DM1 e identificar os principais diagnósticos de enfermagem para cada uma delas, de maneira a permitir a elaboração de um plano de cuidados individualizado. Assim, foram identificados, segundo a taxonomia da NANDA⁸, os seguintes domínios: 1 - Promoção da saúde; 2 - Nutrição; 5 - Percepção/Cognição; 12 - Conforto e 13 - Crescimento e desenvolvimento.

A etapa posterior (fase 3 do PE) contemplou as ações de planejamento e estabelecimento das prioridades, definição e registro do plano de ação, determinados pela Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) e pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)⁸, ou seja, pelos resultados esperados para cada necessidade e para a implementação das ações. As últimas fases do PE ocorreram no terceiro encontro e corresponderam às intervenções, que se deram por meio da implementação do Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI) (fase 4), visando colocar em prática as intervenções pautadas nos diagnósticos previamente elaborados e promover a avaliação dos resultados (fase 5).

Para melhor compreender as fases do estudo, elaborou-se um fluxograma com a descrição da coleta de dados, segundo o PE⁶, conforme a Figura 1.

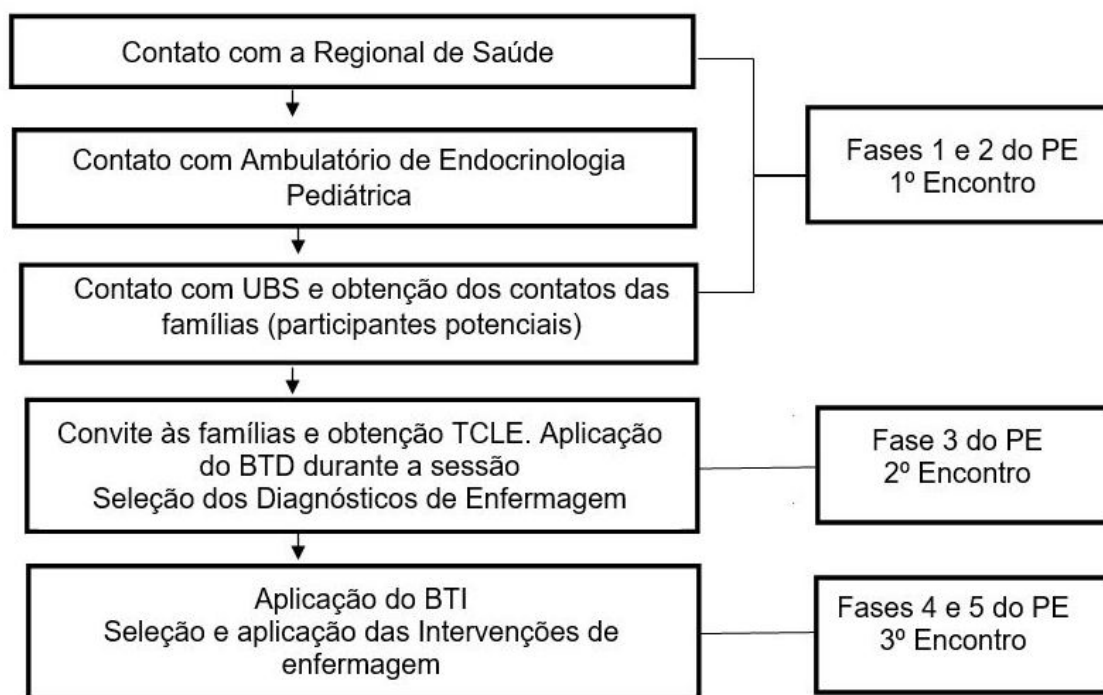


Figura 1 – Fluxograma da coleta de dados segundo o PE, Maringá, PR, Brasil, 2018.

Para a condução da sessão do BTI utilizou-se, para cada criança, a seguinte questão/orientação disparadora: vamos brincar de uma criança que tem diabetes?

A duração das sessões variou entre 15 e 45 minutos, e a análise dos diagnósticos de enfermagem foi realizada seguindo a taxonomia da NANDA⁸. A aplicação do BTI possibilitou o desvelar as representações do cotidiano da criança, por meio do seu brincar. Os dados referentes às interações verbais e não verbais entre os atores sociais – criança, familiar e pesquisadora – foram registrados em diário de campo. Tais diários de campo eram consolidados ao final de cada sessão, com base nas anotações e no processo recordatório das intervenções, tão logo finalizadas. As anotações incluíam falas da criança e do familiar, intervenções da pesquisadora, além de comportamentos e elementos de linguagem não verbal ao longo de cada sessão.

Assim, com base nas informações e registros de implementação do BTD, foi possível realizar o planejamento de enfermagem, com ações que conduzissem ao alcance das metas estabelecidas.

A análise dos dados ocorreu em concomitância à coleta, seguindo os pressupostos do PE⁶ Os resultados oriundos do histórico de enfermagem foram descritos, bem como os principais problemas. A partir dessa etapa, os diagnósticos de enfermagem, bem como suas características definidoras foram formulados, e as estratégias para o plano de cuidados foram pontuadas.

Para a análise de conteúdo, optou-se pela adoção da abordagem direcionada, que permite validar os conceitos da pesquisa, contribuindo para determinar o esquema de codificação dos achados. Nesta abordagem, os pesquisadores se utilizam de teorias e conhecimentos preexistentes, identificando assim os principais conceitos do estudo em questão, o que leva à elaboração de categorias de codificação iniciais que, por sua vez, servem de ponto de partida para a organização dos dados¹⁴.

A análise de conteúdo direcionada foi aportada pelos diagnósticos de enfermagem, conforme estabelecidos na taxonomia de NANDA-I, que orientaram as discussões dos resultados⁸. As recomendações estabelecidas pela Resolução nº 466/2012, foram respeitadas por meio da apreciação e aprovação ética do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá. Após a instrução quanto aos objetivos do estudo e às garantias previstas na norma ética vigente, os familiares responsáveis pelas crianças registraram sua anuência, por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e do termo de assentimento livre esclarecido (TALE) para os menores de idade, em duas vias de igual teor.

RESULTADOS

Participaram do estudo três crianças, cujas idades se situaram entre dois e cinco anos. Para preservar identidades, elas foram nominadas utilizando referências a super-heróis e princesa: os meninos escolheram o Homem-Aranha e o Hulk, enquanto a menina escolheu a Princesa Anna. Da mesma forma, os participantes foram instruídos a designarem os bonecos que representariam suas famílias e/ou seus cuidadores durante as abordagens com o BT. A caracterização das crianças e seus contextos familiares e de convívio com a doença estão descritas abaixo.

O Homem-Aranha tem cinco anos de idade, é estudante do 1º ano do ensino fundamental público, filho de pais divorciados e mora com a mãe. O pai está desempregado no momento e a mãe é esteticista, possuem renda familiar aproximada de dois salários-mínimos. Recebeu o diagnóstico aos três anos, na época apresentava sintomas de polidipsia, emagrecimento, polaciúria e inapetência. Aos primeiros sintomas, recebeu diagnóstico de amigdalite, foi medicado com antibióticos e foram também realizadas as orientações de cuidado. A situação evoluiu para um quadro de cetoacidose diabética, no qual foi encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Na unidade a mãe refere ter sido orientada sobre os principais cuidados com o DM1 durante a permanência da criança na UTI e, posteriormente, na enfermaria pediátrica. A mãe se refere a três internações desde o diagnóstico, sendo a primeira no diagnóstico; a segunda por amigdalite, e a terceira por convulsões hipoglicêmicas. A rotina de cuidados com a doença inclui a monitorização da glicemia capilar e uso de insulina. Ele não realiza acompanhamento profissional regular (consulta pelo SUS quando necessário). Seu consumo alimentar inclui alimentos integrais e dietéticos, concomitante à dieta alimentar da família, sem controle de carboidratos.

A Princesa Anna tem dois anos de idade, é estudante da educação infantil, filha de pais casados, onde a mãe é do lar e o pai é autônomo. A renda familiar aproximada é de cinco salários-mínimos. Recebeu o diagnóstico a três meses da entrevista, quando apresentou sintomas de polidipsia, polaciúria e polifagia. Os primeiros sintomas foram atribuídos ao uso de corticoides (prescrição médica). Posteriormente, em nova consulta, obteve-se diagnóstico de DM1, na qual ela foi encaminhada para acompanhamento do endocrinologista. A mãe se refere a uma internação por

ocasião do diagnóstico, onde recebeu as principais orientações de cuidados, durante internação na enfermaria pediátrica. Os cuidados com a doença incluem monitorização da glicemia capilar com uso do dispositivo “Libre”, uso de análogos de insulina ultrarrápidos e de ação prolongada; além de acompanhamento médico na rede privada (convênio). Seu consumo alimentar segue um rigoroso cardápio alimentar organizado pela mãe com auxílio da médica endocrinologista.

Hulk tem quatro anos de idade, é estudante da educação infantil, filho de pais casados. O pai é pedreiro e a mãe é do lar; a renda aproximada da família é de três salários-mínimos. Ele recebeu o diagnóstico há seis meses, após apresentar sintomas de polidipsia, polaciúria e letargia. Aos primeiros sintomas foi levado ao pronto atendimento, onde realizou monitoramento glicêmico e foi confirmado o diagnóstico. A mãe se refere a uma internação por ocasião do diagnóstico, na qual recebeu as principais orientações de cuidados com a criança, durante a internação na enfermaria pediátrica. Os cuidados com a doença incluem monitorização da glicemia capilar, uso de análogos de insulina ultrarrápidos e de ação prolongada, além de realizar o acompanhamento pelo SUS, com endocrinologista. O consumo alimentar é regrado, a família procura comprar alimentos dietéticos, concomitante a sua dieta alimentar.

Embora as crianças demonstrem, por meio do brinquedo, sua vivência com o diabetes, a responsabilidade pela execução das principais ações ainda é assumida pelas mães, visto que permanecem a maior parte do tempo com seus filhos.

As observações do presente estudo, oriundas do processo de implementação do BTB, permitiram verificar as necessidades humanas básicas afetadas, para configuração dos diagnósticos de enfermagem. Estes diagnósticos subsidiaram a elaboração das sessões de BTI que, por sua vez, permitiram à pesquisadora identificar como a criança percebia as condutas de cuidado e os possíveis erros cometidos na realização dos procedimentos, que poderiam desencadear o descontrole glicêmico. Diante da análise das atividades foram identificados os diagnósticos de enfermagem, conforme descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Diagnósticos de enfermagem evidenciados nas sessões do brinquedo terapêutico, Maringá, PR, Brasil, 2018. (n=3)

Domínios	Diagnóstico de Enfermagem	Características Definidoras
Promoção da saúde	Envolvimento em atividade de recreação diminuído	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento social devido aos procedimentos de rotina como o controle glicêmico e a aplicação da insulina. • A criança se percebe diferente de outras crianças e destituída ou retirada dos seus momentos de lazer. • Em virtude de sua capacidade cognitiva restrita, porém compatível a sua idade (<6 anos).
Nutrição	Dinâmica alimentar ineficaz da criança	<ul style="list-style-type: none"> • A criança não consegue estabelecer sozinha os parâmetros de uma alimentação adequada para o DM1.
	Risco de glicemia instável	<ul style="list-style-type: none"> • Suscetibilidade à variação dos níveis séricos de glicose que podem comprometer a saúde.
	Déficit no autocuidado para alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Não consegue se alimentar de maneira correta sozinha (escolha dos alimentos). • A criança depende de outra pessoa que se responsabilize pelo cuidado com sua alimentação.

Quadro 1 – Cont.

Domínios	Diagnóstico de Enfermagem	Características Definidoras
Percepção/Cognição	Comunicação verbal prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade diminuída em transmitir e receber as mensagens, devido ao estágio de desenvolvimento cognitivo. • A criança apresenta dificuldades para se referir a sintomas como hipoglicemia e hiperglicemia.
Conforto	Conforto prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> • Episódios recorrentes de conforto prejudicado (desconforto) devido aos procedimentos dolorosos para o controle da DM1.
Crescimento e desenvolvimento	Risco de desenvolvimento alterado	<ul style="list-style-type: none"> • Suscetibilidade de atraso das habilidades cognitivas devido às características da doença crônica. A criança pode apresentar disfunções no crescimento e desenvolvimento em função do DM1.

A abordagem do presente estudo esteve ancorada nas evidências teóricas apresentadas na literatura. Com base nas intervenções com o BTD foram elencados cinco diagnósticos de enfermagem e, a partir deles, foram criadas as seguintes categorias: “Eu também posso brincar”, “Alimentação Saudável”, “Manter-se bem” e “Minha amiga insulina”.

Cada intervenção foi realizada no sentido de promover uma adaptação mais confortável da criança a sua realidade e, ao mesmo tempo, estimular o autocuidado. O uso do brinquedo criou a aproximação necessária com o universo infantil, e com as formas de comunicação mediadas pelo pensamento lúdico.

A categoria “Eu também posso brincar” emergiu da utilização de um jogo de tabuleiro, no qual as crianças eram questionadas pelo pesquisador sobre os cuidados que recebiam para o manejo da DM1. Neste momento criança e cuidador eram orientados sobre a possibilidade da adoção de uma rotina de cuidados realizada de forma educativa e menos dolorosa, buscando a melhor adesão da criança aos procedimentos.

Para abordar o tema “Alimentação Saudável”, foram empregados brinquedos representando alimentos. Após a explicação das regras da brincadeira, os brinquedos foram dispostos sobre uma mesa e as crianças iniciaram a montagem de seus pratos. Esse foi o momento em que a pesquisadora realizou as orientações alimentares tanto para a criança, como para a mãe.

A participante mais jovem do estudo (dois anos), devido à idade e a fase de desenvolvimento cognitivo, não foi capaz de reproduzir, na brincadeira, os alimentos consumidos por ela nas principais refeições, sendo então auxiliada pela mãe, para quem o pesquisador direcionou as orientações sobre a temática. Embora para idade da criança, o conceito de prato saudável seja complexo, esta soube nomear todos os alimentos que podia manipular na brincadeira.

A inclusão de uma criança tão pequena constituiu-se um desafio, tanto pela comunicação limitada da própria faixa etária, como pela imaturidade deste período de desenvolvimento. Destaca-se que a participação materna foi primordial durante a condução dos encontros, e que a sua presença ajudou a criança a se expressar e conseguir participar de forma mais efetiva das práticas implementadas.

As demais crianças montaram seus pratos colocando porções de arroz, feijão, legumes, hortaliças e carnes. No entanto, em alguns momentos demonstraram que a alimentação da família nem sempre estava adequada às necessidades de alimentação saudável para a criança com diabetes, reproduzindo o consumo de refrigerantes.

Nessa oportunidade, a pesquisadora passou a participar da brincadeira, orientando tanto a criança quanto a mãe, quanto à importância da manutenção do cuidado alimentar, com o objetivo de

não haver danos a curto e longo prazo para a saúde da criança, que pudessem ser desencadeados pela hiperglicemia.

A categoria “Manter-se bem” está relacionada à percepção/cognição e à competência para comunicar sintomas de descompensação glicêmica como a hipoglicemia e hiperglicemia, bastante comuns entre as crianças, visto que nessa faixa etária estas usualmente apresentam comunicação verbal prejudicada (limitada).

Para essa intervenção, foram estimuladas brincadeiras com um boneco, para que as crianças demonstrassem como percebem o uso da insulina. Dessa forma, a pesquisadora pôde orientar, em especial as mães, sobre as técnicas de monitoramento glicêmico e aplicação da insulina, sua conservação, uso, e descarte de agulhas, seringas e demais insumos utilizados.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo ratificam uma realidade atual, que descreve um aumento dos diagnósticos de DM1 entre crianças e adolescentes, em todos os países, principalmente entre as crianças menores de cinco anos^{1,15-17}.

Acompanhar casos de DM1 em crianças pode ajudar a prevenir danos causados pela doença a curto e longo prazos. As complicações crônicas em decorrência do DM1 podem aparecer em um prazo de aproximadamente cinco anos após o início do diagnóstico. Portanto, a detecção precoce é essencial para prevenir deficiências e mortes nessa população¹.

Esse dado coaduna com as orientações da Sociedade Brasileira de Diabetes, que estabelece que a transferência da responsabilidade do autocuidado da doença para a criança menor de seis anos não é aconselhável. Assim, o envolvimento familiar é essencial no manejo ideal do DM1 ao longo da infância, devendo ser promovida a adaptação dos pais ao diagnóstico e aos cuidados diários da doença¹⁸.

O reconhecimento dos sintomas relativos à doença é de responsabilidade de um adulto e, por conseguinte, o contexto familiar deve ser considerado pelo profissional que a acompanha, por apresentar-se como determinante no cuidado e na manutenção de uma vida saudável e de qualidade^{4,18}.

As crianças do presente estudo apresentaram como sintomas iniciais da doença sede excessiva (polidipsia), micção frequente (poliúria) e perda de peso. Esse quadro clínico clássico de sintomas é descrito na literatura, e aproximadamente um terço das crianças, no diagnóstico, apresenta um quadro de Cetoacidose Diabética (CAD)¹⁹.

Os primeiros sintomas apresentados pelas crianças eram desconhecidos pelos pais, levando a família a um itinerário de atendimento que, em alguns casos, prejudicou e atrasou o diagnóstico, colocando a vida das crianças em risco. Vale ressaltar que, mesmo em países com cobertura universal de saúde e melhores condições de acesso, o diagnóstico de DM1 pode ser atrasado até a primeira admissão hospitalar por CAD¹.

Os participantes do estudo foram internados ao menos uma vez em decorrência de complicações do DM1. O aumento das internações por diabetes na infância tem sido observado, pois a CAD é uma emergência associada à alta morbidade dos pacientes. Esta complicação pode ocorrer no início da doença, mas também pode reaparecer, devido à falta de uso de insulina e a causas precipitantes, como as infecções^{1,18}.

Dentre os cuidados indispensáveis para o cuidado do diabetes estão o controle da glicemia; frequência dos testes de glicose no sangue; manejo da nutrição; exercícios físicos e o uso de injeções de insulina, sendo esta última essencial para a vida, pois sem ela a pessoa com diabetes estará condenada à morte²⁰⁻²¹.

Assim, diante da importância do conhecimento sobre o cuidado com o DM1, quando se trata de crianças muito pequenas, o enfermeiro que presta cuidados e realiza as orientações aos familiares e cuidadores deve buscar estratégias de educação que sejam adequadas a essa população²¹.

O BTI surge, assim, como alternativa com grande potencial de efetividade, podendo ser usado como adjuvante nas ações de assistência à criança com DM1, com a finalidade de prepará-la para as condutas terapêuticas, reduzindo sua ansiedade e ajudando na aceitação, participação no cuidado e colaboração frente aos procedimentos invasivos²².

Ao discorrer-se sobre o processo de desenvolvimento do ser humano, faz-se importante considerar que, durante a infância, os indivíduos começam a se desprender do grupo familiar, passando a estabelecer suas relações sociais com o grupo de amigos. Nesta fase a doença crônica pode afetar seus vínculos afetivos, em função das limitações impostas por ela²³.

Além disso, o tratamento do DM1 em crianças pequenas (<5 anos) permanece se constituindo um grande desafio. Nesta faixa etária, as crianças com a doença são mais propensas a descompensações dos níveis de glicose no sangue, com dificuldades de correção dos níveis glicêmicos, como as hipoglicemias, principalmente as formas mais graves, e as hiperglicemias importantes^{1,17}.

O manejo da doença nessas crianças é um desafio a ser vencido pela família e pelos profissionais de saúde. Nesse contexto, o enfermeiro deve ser capaz de desenvolver atividades educativas, considerando a individualização do tratamento, de acordo com o nível de resposta de cada paciente, o apoio social e familiar que ele recebe e os fatores psicossociais que afetam sua rotina¹⁸.

As técnicas educativas para o paciente com DM1 devem abarcar o uso da insulina e a monitorização da glicemia capilar que, embora possam trazer desconfortos para a criança e resistência ao tratamento são, juntamente com uma dieta equilibrada e a atividade física, componentes de uma terapia necessária e eficaz para os pacientes com a doença^{1,17,20}.

A avaliação das necessidades das crianças com diabetes deve considerar, com especial atenção, os processos de sofrimento psicossocial relacionados à doença. Mudanças rápidas no âmbito cognitivo, desenvolvimental e emocional podem ocorrer durante a infância (intensificadas após os sete anos) interferindo no desenvolvimento da criança²⁰.

O profissional da saúde que cuida dessa população deve conhecer seu paciente com *diabetes* e ser capaz de avaliar seu comportamento, fatores emocionais e psicossociais e ainda avaliar as condições da família, planejar e implementar um tratamento individualizado, buscando superar barreiras ou redefinir metas, conforme apropriado para cada caso¹⁹. Nesta perspectiva, cada categoria identificada no presente estudo, remete a áreas das necessidades humanas básicas⁶, de maneira dinâmica e inter-relacionada. Assim, necessidades fisiológicas, de segurança, afeto, estima e auto-realização, permeiam com maior ou menor ênfase as categorias emanadas no processo de diagnóstico (BTD) e terapêutico (BTI).

Assim, pensando o PE⁶ como eixo do trabalho sistematizado do enfermeiro e dos demais membros da equipe, no cenário do cuidado à criança com *diabetes*, é praticamente impossível a implementação de ações educativo-assistenciais efetivas sem considerar a participação da família, e em especial dos cuidadores familiares neste processo. Deste modo, para além de suprir necessidades relacionadas à segurança, afeto e estima, a atuação destes atores sociais no contexto do tratamento da criança diabética, é primordial. Entre outras intervenções, cabe aos familiares, a supervisão do cuidado, especialmente na primeira infância, até que os pacientes se tornem independentes para o autocuidado¹⁷.

As necessidades nutricionais gerais das crianças com *diabetes* não devem diferir das necessidades de outras crianças. A alimentação deve ter seu horário adaptado ao esquema de insulina utilizado pela criança e não ultrapassar o intervalo de mais de três horas da última refeição. No que diz respeito ao tipo de alimento, o ideal é pactuar escolhas saudáveis tanto em casa como nas instituições escolares. O cuidado com a ingestão de carboidratos deve, igualmente, ser constantemente reforçado na educação para o diabetes¹⁸.

Os estudos apontam que a criança dessa faixa etária ainda se mostra incapaz para a autopercepção de sintomas do *diabetes*, estando suscetível aos efeitos indesejáveis e perigosos da doença, principalmente a hipoglicemia (mais comum em menores de seis anos)¹⁹.

Os episódios recorrentes de descontrole glicêmico são especialmente perigosos para a vida da criança pequena. No caso da hipoglicemia, de acordo com sua intensidade, pode provocar diminuição da glicose em nível cerebral (neuroglicopenia), confusão mental, convulsões e perda de consciência, além de coma e morte¹⁹.

A categoria “Minha amiga insulina” foi abordada destacando a importância da utilização da droga, de maneira adequada, a fim de promover o controle dos níveis glicêmicos. Foram enfocadas a necessidade e a importância da realização da glicemia capilar ao longo do dia, para o controle da doença. A orientação sobre a aplicação da insulina, por mais dolorosa que seja, influencia de maneira significativa o processo de cuidado, demonstrando sua importância como aliada e não como vilã¹⁷⁻¹⁹.

A pessoa com DM1 e/ou cuidador devem compreender a importância desse cuidado. Os testes devem ser realizados antes e após as refeições e lanches, na hora de dormir, antes e depois do exercício, quando houver suspeita de hipoglicemia, e após o tratamento da hipo ou hiperglicemia^{1,17-19}.

O monitoramento da glicose permite que sejam avaliadas a resposta individual do paciente à terapia e o alcance seguro das metas glicêmicas. Integrar os resultados obtidos com o tratamento ao controle do diabetes pode ser uma ferramenta útil para orientar a terapia nutricional e a atividade física, prevenir a hipoglicemia e ajustar as doses de insulina¹⁹⁻²⁰.

Por se tratar de uma doença complexa, é essencial que a educação em *diabetes* seja pautada no cuidado. A necessidade do uso correto da insulina e as terapias nutricional e psicossocial devem ser orientadas no momento do diagnóstico e regularmente por uma equipe multiprofissional de especialistas, treinados no manejo do diabetes pediátrico e sensível aos desafios inerentes ao trabalho junto a crianças e adolescentes com DM1 e suas famílias²⁰.

Ações educativas, realizadas por meio do diálogo, promovendo a reflexão e a criticidade podem se consolidar como instrumento efetivo para a formação de um arcabouço de conhecimentos que possibilite a continuidade do cuidado com o *diabetes* ao longo da vida. Estas estratégias devem ser adaptadas aos objetivos, ao contexto sociocultural e ao estilo de vida da pessoa com *diabetes*¹⁸.

Reitera-se ainda que o brinquedo terapêutico é uma excelente ferramenta para a abordagem de crianças, visto que possibilita o trabalho com temas estressantes de uma maneira descontraída²⁴.

A discussão dos resultados deste estudo corrobora a percepção acerca do caráter de continuidade das etapas que integram a sistematização da assistência. Deste modo, a utilização do BTD e do BTI se constituem em elementos interligados, em que os achados que emergem da implementação de um deles direciona as ações do outro, de maneira que, da avaliação de ambos, resultam elementos para a retroalimentação do sistema, sempre em prol da qualificação, adequação e personalização do cuidado prestado.

Quanto ao processo de implementação de estudos no cenário da atenção primária em saúde, cabe ressaltar que a dificuldade da localização de crianças com DM1, devido à ausência de registros municipais e regionais, consiste em uma limitação do estudo. Assim, e apesar de tal limitação, enquanto estudo de caso, acredita-se que a presente pesquisa contribui para o fornecimento de alguns subsídios valiosos para auxiliar a assistência de enfermagem junto a esta população. Ademais, é primordial que estudos futuros sejam implementados, a fim de investigar novas estratégias de controle e acompanhamento adequado desta clientela. Ratifica-se, deste modo, a importância de fortalecimento de ações de educação em saúde ainda na atenção primária, e a necessidade de buscar sempre trabalhar a criação do vínculo entre serviços de saúde e famílias, como condição essencial à qualificação do cuidado.

CONCLUSÃO

Ao assumir uma postura de escuta e de aproximação, a pesquisadora enquanto profissional enfermeira possibilitou aos participantes, tanto as crianças como seus pais, demonstrarem suas percepções sobre a doença e participarem ativamente do processo de educação.

Por meio da utilização do brinquedo, as crianças se mostraram capazes de expressar sua percepção sobre a doença e sobre os cuidados recebidos, fato que foi evidenciado durante as sessões. Estes achados permitiram estabelecer um canal de comunicação e vínculo mais efetivo com cada binômio que, por sua vez, possibilitou uma avaliação mais acurada e a definição dos diagnósticos de enfermagem para, com base neles, determinar as intervenções educativas necessárias.

Concluiu-se que o brinquedo terapêutico, utilizado como ferramenta mediadora nas etapas do PE, tanto para definir os diagnósticos de enfermagem quanto para implementar as ações educativas, favoreceu a aproximação do pesquisador com a criança e permitiu que elas se envolvessem de forma lúdica com o cuidado, desconstruindo concepções que associam o processo de viver com DM1 com a ideia de sofrimento e diminuição da qualidade de vida.

Assim, o estudo reafirma a importância do uso de tecnologias leves adequadas à cada clientela, como forma de educação e assistência nas diferentes fases do viver humano, principalmente nos contextos da doença crônica, que exigem o desenvolvimento da autonomia para o cuidado ao longo da vida.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 9a ed. Brussels (BE): International Diabetes Federation, 2019.
2. Lange K, Kordonouri O. Setting the right course at type 1 diabetes diagnosis. *Lancet Child Adolesc Health* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Out 05];3(3):138-9. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(19)30031-8)
3. La Banca RO, Ribeiro CA, Freitas MS, Freitas MAO, Nascimento LC, Monteiro OO, et al. Therapeutic play in the teaching of insulin therapy to children with diabetes: a qualitative case study. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Out 05];21:52591. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.52591>
4. Morawska A, Mitchell AE, Lohan A. Engaging families of children with type 1 diabetes into a randomised controlled trial of a brief parenting group program. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Out 05];29:1301-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01648-6>
5. Brock KE, Wolfe J, Ullrich C. From the child's word to clinical intervention: novel, new, and innovative approaches to symptoms in pediatric palliative care. *Children (Basel)* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 05];5(4):45-61. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children5040045>
6. Horta WA. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. *Rev Esc Enf* [Internet]. 1974 [citado 2020 Out 05];8(1):7-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0080-6234197400800100007>.
7. Pennafort VPS, Queiroz MVO, Gomes ILV, Rocha MFF. Instructional therapeutic toy in the culture care of the child with diabetes type 1. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 05];71(Suppl 3):1334-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0260>
8. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020/[NANDA International]; Trad. Regina Machado Garcez. 11a ed. Porto Alegre, RS(BR): Artmed; 2018.
9. Brondani JP, Pedro EVR. The use of children's stories in nursing care for the child: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Out 05];72(Suppl 3):333-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0456>

10. Aranha BF, Souza MA, Pedroso GER, Maia EBS, Melo LL. Using the instructional therapeutic play during admission of children to hospital: the perception of the family. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Out 05];41:e20180413. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180413>
11. Silva AS, Valenciano PJ, Fujisawa DS. Atividade lúdica na fisioterapia em pediatria: Revisão de Literatura. *Rev Bras Educ Espec* [Internet]. 2017 [citado 2020 Out 05];23(4):623-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-65382317000400011>.
12. Calegari T, Gimenes BP, Luz JH, Campos YA, Borba RI, Ribeiro CA. Autist child in session of dramatic therapeutic play: Winnicott's. *Rev Soc Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 05];18(1):43-8. Disponível em: <https://doi.org/10.31508/1676-3793201800007>
13. Silva LAGP, Mercês NNA. Multiple case study applied in nursing research: a case report. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Abr 18];71(3):1194-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0066>
14. Lacerda MR, Costenaro RGS. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre, RS(BR): Moriá; 2016.
15. Flor LS, Campos MR. The prevalence of diabetes mellitus and its associated factors in the Brazilian adult population: evidence from a population-based survey. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Out 05];20(1):16-29. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000100016&script=sci_abstract
16. Ogurtsova K, Fernandes JDR, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH, et al. IDF Diabetes atlas: global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Out 05];128:40-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.03.024>
17. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo, SP(BR): Clannad Editora; 2019.
18. Sociedade Brasileira de Diabetes. Posicionamento Oficial SBD nº 01/2020. Conduta terapêutica no diabetes tipo 1: algoritmo SBD 2020. [acesso 2020 Out 05]. Disponível em: https://www.diabetes.org.br/publico/images/posicionamento_oficial_sbdn012020v6brlc.pdf
19. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Out 05];42(Suppl 1):S61-70. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc19-S006>
20. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Out 05];42(Suppl 1):S46-60. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc19-S005>
21. Moreschi C, Rempel C, Backes DS, Pombo CNF, Siqueira DF, Pissaia LF. Actions of FHS teams for the quality of life of people with diabetes. *Cienc Cuid Saúde* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 05];17(2). Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i2.41000>
22. Silva RDM, Austregésilo SC, Ithamar L, Lima LS. Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *J Pediatr* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Out 05];93(1):6-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.06.005>.
23. Feldman MA, Anderson LM, Shapiro JB, Jedraszko AM, Evans M, Weil LEG, et al. Family-based interventions targeting improvements in health and family outcomes of children and adolescents with type 1 diabetes: a systematic review. *Curr Diab Rep* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Out 05];18(3):15. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11892-018-0981-9>
24. Maia EBS, Ohara CVS, Ribeiro CA. Teaching of therapeutic play at the undergraduate level in nursing: didactic actions and strategies used by professors. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Dez 17];28:e20170364. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0364>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação – Intervenções com Brinquedo Terapêutico no contexto de crianças com Diabetes Mellitus Tipo I, apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá, em ano 2019.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Pedrinho LR, Higarashi IH.

Coleta de dados: Pedrinho LR.

Análise e interpretação dos dados: Pedrinho LR, Shibukawa BMC, Rissi GP, Uema RTB.

Discussão dos resultados: Pedrinho LR, Shibukawa BMC, Rissi GP, Uema RTB, Merino MFGL.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Pedrinho LR, Shibukawa BMC, Rissi GP, Uema RTB, Merino MFGL, Higarashi IH.

Revisão e aprovação final da versão final: Merino MFGL, Higarashi IH.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, parecer n. 2.682.522/2018, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 89210418.5.0000.0104.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Selma Regina de Andrade, Gisele Cristina Manfrini, Melissa Orlandi Honório Locks, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Roberta Costa.

HISTÓRICO

Recebido: 18 de dezembro de 2020.

Aprovado: 07 de maio de 2021.

AUTOR CORRESPONDENTE

Gabrieli Patrício Rissi

gabrielirissi@gmail.com

