

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

AMANDA MESQUITA MENDES GONÇALVES

O BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA COM ESTOMIA: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA

BRASÍLIA

2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

AMANDA MESQUITA MENDES GONÇALVES

O BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA COM ESTOMIA: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologias em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ivone Kamada

BRASÍLIA

2018

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Mb	<p>Masquita Mendes Gonçalves, Amanda O brinquedo terapêutico como instrumento de intervenção de enfermagem na assistência à criança com estomia: uma revisão sistematizada. / Amanda Masquita Mendes Gonçalves; orientador Ivone Kamada. -- Brasília, 2018. 103 p.</p> <p>Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) -- Universidade de Brasília, 2018.</p> <p>1. Revisão. 2. Jogos e Brinquedos. 3. Estomia. 4. Cuidado da Criança. 5. Saúde da Criança. I. Kamada, Ivone, orient. II. Título.</p>
----	--

AMANDA MESQUITA MENDES GONÇALVES

O BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA COM ESTOMIA: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em 07 de dezembro de 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ivone Kamada

Presidente

Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Simone Roque Mazoni

Membro Suplente

Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia da Silva

Membro Efetivo, Externo ao Programa

Universidade de Brasília

Dedico este trabalho às crianças com estomias e seus familiares, pelo admirável poder de resiliência ensinado.

Ao meu sogro, Leci, e à vovó Maria, por terem compartilhado comigo seus últimos momentos enquanto eu cursava este mestrado, proporcionando-me grande crescimento interior.

Aos meus pais, Nei e Elenira, por me ensinarem a nunca desistir do que acredito e a colocar amor em tudo o que faço.

Às minha irmãs, Nathalia e Larissa, pela cumplicidade compartilhada em nossas vidas.

Ao meu esposo, Adriano, por sempre acreditar em mim e ser meu porto seguro em todas as situações.

Aos meus filhos, Caio e Andressa, por me incentivarem a ser uma pessoa cada vez melhor e pela generosidade de compartilharem comigo esse maravilhoso mundo das crianças.

AGRADECIMENTOS

A Deus acima de tudo, meu refúgio e fortaleza em toda e qualquer situação. À Nossa Senhora, que sempre intercede por mim, guiando-me quando me perco em meio às lutas diárias.

À minha família, por todo o amor oferecido, pelo incentivo, apoio e conselhos durante todos esses anos, especialmente durante o período de mestrado.

À minha tia Elânia pelo carinho e cuidado com os meus filhos sempre que precisei durante esses anos, sem sua ajuda a caminhada seria bem mais difícil.

À minha orientadora, professora Dr.^a Ivone Kamada, que, desde a graduação, foi motivo de admiração e respeito pela profissional e pessoa que é, por me acolher, incentivar, compreender as dificuldades vividas durante o percurso, pelas orientações dadas para construção deste estudo e contribuição para a minha evolução profissional.

À professora Dr.^a Ana Lúcia, pela generosidade em compartilhar o amor pela estomaterapia e seus conhecimentos, pelo entusiasmo contagiante e pela fundamental contribuição na minha formação.

Ao Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia (SAEE), pelo acolhimento oferecido, desde que conheci o serviço anos atrás e pelo exemplo de cuidado e atenção prestado aos pacientes com estomias e feridas, pelos profissionais, professores e alunos.

“Só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos”

Antoine de Saint-Exúpery

RESUMO

GONCALVES, A. M. M. **O brinquedo terapêutico como instrumento de intervenção de enfermagem na assistência à criança com estomia: uma revisão sistemática.** 2018. 103 p. Dissertação de Mestrado. Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, 2018.

A confecção da estomia na criança gera impacto em seu cotidiano e no de seus familiares, pois afeta sua integridade corporal, assim como sua capacidade funcional, convívio social e sua qualidade de vida. Esta revisão sistemática de estudos mistos teve como objetivo avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre os efeitos do uso do brinquedo terapêutico como intervenção durante a assistência às crianças com estomias, para os pacientes e seus familiares. A busca foi realizada nas bases eletrônicas de dados: PubMed, CINAHL, Web of Science, SCOPUS, Cochrane Library e LILACS. Para busca na literatura cinzenta, utilizou-se Google Acadêmico e ProQuest *Dissertations and Theses database*. Não houve restrição quanto ao desenho de estudo e uma restrição de idioma. Os dados foram extraídos pelo pesquisador A, checados pelo pesquisador B e decisões ocorreram em consenso. Pela análise dos resumos, foram incluídos estudos sobre a assistência às crianças com estomias. Os estudos que abordaram o uso do brinquedo terapêutico foram analisados na íntegra. **Resultados:** Obteve-se 823 estudos, dos quais permaneceram 749 após remoção das duplicatas. Com a seleção de elegibilidade, 23 estudos foram elencados, sendo excluídos 19 destes, 14 por não atenderem aos critérios de inclusão e cinco por indisponibilidade do material. A amostra final foi composta por quatro artigos, sendo um de estudo quantitativo e três de estudos qualitativos. As amostras nos estudos variaram de um a 29 participantes, de dois a 12 anos de idade. As estomias abordadas foram traqueostomias, gastrostomias e colostomias. O diagnóstico situacional motivador do estudos apresentou: falta de preparo da criança antes da execução dos procedimentos, manifestação de ansiedade e trauma, aprimoramento de estudos e qualificação da assistência. Foi utilizado o brinquedo terapêutico nas modalidades instrucional e de catarse emocional ou de dramatização, com bonecos com estomias e dispositivos ou sessões de brincadeiras com brinquedos ou fantoches. Nos desfechos foram identificados altos níveis de satisfação dos participantes e familiares e/ou profissionais, aumento da capacidade de a criança lidar de forma eficaz com sua condição clínica e permanência desse melhor desempenho, redução de estresse, angústia e ansiedade da criança, adesão ao tratamento, importância do envolvimento dos pais e dos profissionais, motivação da criança para entender sobre sua situação devido à utilização de atividade lúdica, melhoria do bem-estar da criança, facilitação

do autocuidado, promoção de maior independência, aplicabilidade da abordagem em qualquer nível de desenvolvimento e a oportunidade de avaliação do nível atual de conhecimento da criança e de sua disposição para enfrentamento da situação clínica. **Conclusão:** Este estudo embasa a importância da utilização do brinquedo terapêutico na assistência às crianças com estomias, pelos efeitos positivos da realização desta intervenção, como mecanismo de apropriação do autoconhecimento pela criança e enfrentamento da situação clínica vivenciada, proporcionando assim, um meio de minimizar possíveis traumas associados à sua condição. Espera-se que os dados obtidos nesta pesquisa possam ser utilizados pelos profissionais de saúde no aprimoramento da qualidade da assistência, pela construção de um elo comunicativo entre profissional, criança e família.

Descritores: Revisão; Jogos e Brinquedos; Estomia; Cuidado da Criança; Saúde da Criança.

ABSTRACT

GONCALVES, A. M. M. **The therapeutic toy as an instrument of nursing intervention in the care of children with stomies: a systematic review.** 2018. 103 p. Master's dissertation. Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília. Brasília, Distrito Federal, 2018.

The making of the surgical stoma in the child generates an impact on their daily life and their families, as it affects their bodily integrity, as well as their functional capacity, social life and their quality of life. This systematic review of mixed studies aimed to evaluate the available evidence in the literature on the effects of the use of therapeutic toy as an intervention during the care of children with stomies, for patients and their families. The search was performed in the electronic databases: PubMed, CINAHL, Web of Science, SCOPUS, Cochrane Library and LILACS. To search the gray literature, we used the Google Scholar and ProQuest Dissertations and Theses database. There was no restriction on study design and a language restriction. The data were extracted by researcher A, checked by researcher B and decisions occurred in consensus. For the analysis of the abstracts, studies on the care of children with stomies were included. The studies that approached the use of the therapeutic toy were analyzed in full. Results: 823 studies were obtained, of which 749 remained after removal of the duplicates. With the selection of eligibility 23 studies were listed, being excluded 19 of these, 14 for not meeting the inclusion criteria and five due to unavailability of the material. The final sample consisted of four articles, one quantitative study and three qualitative studies. Samples in the studies ranged from one to 29 participants, from two to 12 years of age. Stomias addressed were tracheostomies, gastrostomies and colostomies. The situational diagnosis motivating the studies showed: lack of preparation of the child before the execution of the procedures, manifestation of anxiety and trauma, improvement of studies and qualification of the assistance. The therapeutic toy was used in the instructional modalities and emotional catharsis or dramatization, with dolls with stomies and devices or sessions of games with toys or puppets. In the endpoints, high levels of satisfaction of the participants and family and / or professionals were identified, an increase in the child's capacity to deal effectively with his / her clinical condition and permanence of this best performance, reduction of stress, distress and anxiety of the child, adherence to treatment , involvement of parents and professionals, motivation of the child to understand about their situation due to the use of play activity, improvement of the child's well-being, facilitation of self-care, promotion of greater independence, applicability of the approach at any level of development and the opportunity to assess the child's current level

of knowledge and coping. Conclusion: This study underscores the importance of the use of therapeutic toy in the care of children with stomies, by the positive effects of this intervention, as a mechanism for appropriating the child's self-knowledge and coping with the clinical situation experienced, thus providing a means of minimizing possible traumas associated with their condition. It is hoped that the data obtained in this research can be used by health professionals, in improving the quality of care, by building a communication link between professional, child and family.

Descriptors: Review; Play and Playthings; Ostomy; Child Care; Child Health.

RESUMEN

GONCALVES, A. M. M. **El juguete terapéutico como instrumento de intervención de enfermería en la asistencia al niño con estomía: una revisión sistemática.** 2018. 103 p. Disertación de maestría. Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de Universidad de Brasilia. Brasília, Distrito Federal, 2018.

La confección de la estomía en el niño genera impacto en su cotidiano y en el de sus familiares, pues afecta su integridad corporal, así como su capacidad funcional, convivencia social y su calidad de vida. Esta revisión sistemática de estudios mixtos tuvo como objetivo evaluar las evidencias disponibles en la literatura sobre cuáles son los efectos del uso del juguete terapéutico como intervención durante la asistencia a los niños con estomías, para los pacientes y sus familiares. La búsqueda fue realizada en las bases electrónicas de datos: PubMed, CINAHL, Web of Science, SCOPUS, Cochrane Library y LILACS. Para la búsqueda en la literatura gris, se utilizó Google Académico y ProQuest Dissertations and Theses database. No hubo restricción en cuanto al diseño de estudio y una restricción de idioma. Los datos fueron extraídos por el investigador A, comprobados por el investigador B y las decisiones ocurrieron en consenso. Por el análisis de los resúmenes, se incluyeron estudios sobre la asistencia a los niños con estomías. Los estudios que abordaron el uso del juguete terapéutico fueron analizados en su totalidad. Resultados: Se obtuvieron 823 estudios, de los cuales permanecieron 749 después de la remoción de los duplicados. Con la selección de elegibilidad 23 estudios fueron enumerados, siendo excluidos 19 de ellos, 14 por no atender a los criterios de inclusión y cinco por indisponibilidad del material. La muestra final fue compuesta por cuatro artículos, siendo un estudio cuantitativo y tres estudios cualitativos. Las muestras en los estudios variaron de uno a 29 participantes, de dos a 12 años de edad. Las estomías abordadas fueron traqueostomías, gastrostomías y colostomías. El diagnóstico situacional motivador de los estudios presentó: falta de preparación del niño antes de la ejecución de los procedimientos, manifestación de ansiedad y trauma, perfeccionamiento de estudios y calificación de la asistencia. Se utilizó el juguete terapéutico en las modalidades instruccional y de catarsis emocional o de dramatización, con muñecos con estomías y dispositivos o sesiones de juegos con juguetes o títeres. En los resultados se identificaron altos niveles de satisfacción de los participantes y familiares y / o profesionales, aumento de la capacidad del niño en lidiar de forma eficaz con su condición clínica y permanencia de ese mejor desempeño, reducción del estrés, angustia y ansiedad del niño, adhesión al tratamiento, importancia de la participación de los padres y de los profesionales, motivación del niño a entender sobre su situación debido a la utilización de

actividad lúdica, mejora del bienestar del niño, facilitación del autocuidado, promoción de mayor independencia, aplicabilidad del enfoque a cualquier nivel de desarrollo y la oportunidad de evaluar el nivel actual de conocimiento y de enfrentamiento del niño. Conclusión: Este estudio se basa en la importancia de la utilización del juguete terapéutico en la asistencia a los niños con estomias, por los efectos positivos de la realización de esta intervención, como mecanismo de apropiación del autoconocimiento del niño y enfrentamiento de la situación clínica vivenciada, proporcionando así un medio de minimizar posibles traumas asociados a su condición. Se espera que los datos obtenidos en esta investigación puedan ser utilizados por los profesionales de salud, en el mejoramiento de la calidad de la asistencia, por la construcción de un eslabón de comunicación entre profesional, niño y familia.

Descriptores: Revisión; Juego e Implementos de Juego; Estomía; Cuidado del Niño; Salud del Niño.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Brinquedo adaptado pela autora – colostomia. Brasília, DF, Brasil, 2018.....	22
Figura 2- Brinquedo adaptado pela autora – gastrostomia. Brasília, DF, Brasil, 2018.....	22
Figura 3 - Fluxograma representativo da busca dos artigos e seus critérios de seleção. Brasília, DF, Brasil, 2018.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estratégia PICO utilizada para direcionamento da questão norteadora. Brasília, DF, Brasil, 2018.....	41
Quadro 2 – Critérios de Inclusão e Exclusão. Brasília, DF, Brasil, 2018.	42
Quadro 3 – Primeira parte do instrumento MMAT - Triagem. Brasília, DF, Brasil, 2018.....	57
Quadro 4 – Estudos excluídos. Brasília, DF, Brasil, 2018.....	59
Quadro 5 – Estudos incluídos. Brasília, DF, Brasil, 2018.....	63
Quadro 6 – Aplicação de avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, de acordo com instrumento MMAT. Tradução. Brasília, DF, Brasil, 2018	65

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico – Tipos de estomias abordadas nos estudos. Brasília, DF, Brasil, 2018.	67
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estratégia de busca final realizada na base Pubmed. Brasília, DF, Brasil, 2018.....	49
Tabela 2 – Estratégia de busca final realizada na base CINAHL. Brasília, DF, Brasil, 2018.....	50
Tabela 3 – Estratégia de busca final realizada na base Web Of Science. Brasília, DF, Brasil, 2018.....	51
Tabela 4 – Estratégia de busca final realizada na base SCOPUS. Brasília, DF, Brasil, 2018.....	52
Tabela 5 – Estratégia de busca final realizada na base Cochrane Library. Brasília, DF, Brasil, 2018.....	53
Tabela 6 – Estratégia de busca final realizada na base LILACS. Brasília, DF, Brasil, 2018.....	54
Tabela 7 – Estratégia de busca final realizada no GOOGLE Acadêmico. Brasília, DF, Brasil, 2018.....	55
Tabela 8 – Estratégia de busca final realizada no ProQuest <i>Dissertations and Theses database</i> . Brasília, DF, Brasil, 2018.....	55

LISTA DE SIGLAS

BT Brinquedo Terapêutico

CINAHL *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

LILACS Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MM Métodos Mistos

MMAT Mixed Methods Appraisal Tool

PRISMA Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis

RMH Ronald McDonald House

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	19
2 INTRODUÇÃO	23
2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	23
2.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	26
3 OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GERAL	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
4 REFERENCIAL TEÓRICO	28
4.1 A CRIANÇA, A FAMÍLIA E A HOSPITALIZAÇÃO.....	28
4.2 A EXPERIÊNCIA DO TRAUMA	30
4.3 O DESENVOLVIMENTO INFANTIL	31
4.4 A CRIANÇA E AS BASES DO BRINCAR.....	32
4.5 O BRINQUEDO TERAPÊUTICO.....	33
4.6 O BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO FACILITADOR DA HOSPITALIZAÇÃO.....	34
5 REFERENCIAL METODOLÓGICO	38
5.1 PROTOCOLO.....	38
5.2 REVISÕES DA LITERATURA E REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS MISTOS.....	38
5.3 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ESTUDOS MISTOS.....	39
5.4 PERGUNTA DE PESQUISA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	41
5.5 FONTES DE INFORMAÇÃO.....	43
5.5.1 PubMed	43
5.5.2 CINAHL	43
5.5.3 Web of Science	44
5.5.4 Scopus	44
5.5.5 Cochrane CENTRAL	45
5.5.6 LILACS	45
5.5.7 Literatura cinzenta	46
5.5.7.1 Google Acadêmico.....	46

5.5.7.2 ProQuest Dissertations and Theses Database.....	46
5.6 ESTRATÉGIA DE BUSCA.....	47
5.7 PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....	56
5.8 PROCESSO DE COLETA E ITENS DE DADOS.....	56
5.9 PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS ESTUDOS.....	57
5.10 SÍNTESE.....	58
6 RESULTADOS.....	59
6.1 SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....	59
6.2 CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS.....	62
6.3 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS.....	64
6.4 SÍNTESE DE RESULTADOS.....	66
6.4.1 Participantes / população.....	66
6.4.2 Diagnóstico situacional motivador do estudos.....	67
6.4.3 Intervenção e materiais utilizados.....	68
6.4.4 Método de coleta dos dados.....	71
6.4.5 Medidas de desfecho.....	72
7 DISCUSSÃO.....	75
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS / CONCLUSÃO.....	78
9 REFERÊNCIAS.....	80
APÊNDICES.....	87
ANEXOS.....	95

1. APRESENTAÇÃO

Ingressei no curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília em 2002 e desde a graduação já havia despertado em mim a paixão pela pediatria e o interesse pela forma peculiar de comunicação entre enfermeiro, paciente e família. A princípio, após finalizar o curso, o cuidado ao paciente grave foi o foco para aprofundamento dos conhecimentos, bem como para a aplicação destes no mercado de trabalho.

A vida profissional me levou à surpreendente experiência de trabalhar na UTI pediátrica de um hospital cardiológico privado de referência. Lá se iniciou a imersão no cuidado ao paciente pediátrico e sua família, na maioria das vezes em situações graves e de extrema complexidade, o que exigiu de mim o desenvolvimento de mecanismos internos de doação profissional e pessoal, agregando conhecimento e experiência a cada plantão e a cada aula de pós-graduação em cardiologia. Nesse mundo complexo de cardiopatias congênitas inusitadas e extremamente desafiadoras, por vezes encontrava criança em situação de necessidade de confecção de estomia ou aprendia um pouco mais com as que já conviviam com o seu estoma. Ali já percebia a necessidade de melhoria da assistência a esses pacientes e suas famílias, e a falta de conhecimento ou interesse dos demais profissionais em adquirir conhecimento para prestar um cuidado adequado a eles.

Quando ingressei em um hospital pediátrico de referência, antes mesmo de sua inauguração, fiquei responsável pela cardiologia pediátrica, por montar toda a estrutura necessária à assistência, devido à minha experiência na área e docência na especialidade. Nesse período vivi uma gestação e a maternidade, associando o cuidado à criança hospitalizada e ambulatorial com a criança em formação dentro de mim. Após estruturar a cardiologia para a assistência e seus processos internos, adentrei no mundo da gastroenterologia. Foi um novo desafio, que gerou em mim o receio do desconhecido, logo minimizado pelo novo encontro com a criança com estomia, em outra situação, com outras necessidades, porém com a mesma necessidade de melhoria em sua assistência. Essa criança com sua estomia, embalada por sua família, por vezes meio desajeitada com aquela situação que modificava todo o cotidiano da casa, despertou em mim aquele antigo desejo de entendê-la para, assim, poder ajudá-la, cuidar dela e ajudá-la a cuidar de si mesma ou pelo menos a entender por que está sendo cuidada.

E, assim, esse imenso respeito pela criança e paixão pela minha profissão se aliou a tudo o que aprendi na universidade, com professores providencialmente determinantes em minha formação, a tudo o que adquiri de experiência profissional, de conhecimento pelos estudos na área e da nova condição de mãe. Dessa junção, resultou o desejo de retornar à Universidade de

Brasília e ao Hospital Universitário, minhas origens, para aprender e reaprender sobre a assistência ao paciente com estoma. Procurei então as professoras Ivone e Ana Lúcia, que me receberam de braços abertos, disponibilizando generosamente seus conhecimentos na área e abrindo as portas do que se tornou mais à frente meu segundo lar, o Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia (SAEE). Nesse serviço, fiquei voluntariamente por um período, antes de ser efetivamente nomeada no concurso para enfermeira do hospital, lotada nesse mesmo serviço, enquanto aprimorava a atenção prestada à criança com estomia atendida no hospital pediátrico.

Com auxílio das professoras, consegui montar o ambulatório de estomaterapia do hospital pediátrico, que foi para mim uma das minhas melhores e mais queridas conquistas. Nesse serviço, consegui desenvolver uma assistência diferenciada, adaptada às necessidades da criança e de sua família, desenvolvi e estruturei a consulta de enfermagem com utilização do brinquedo como elo entre a criança e eu.

Entendi seu sentido e sua importância no extraordinário dia em que uma pequena menina, que seria atendida por mim, adentrou minha sala com o olhar desconfiado e meio choroso, sua mãe, já combinando com seu pai, dizendo que colocaria a criança na maca, seguraria seus braços e ele as suas pernas, para que eu pudesse levantar sua roupa e manipular o estoma. A sensação visualizada nessa cena inicial era de tensão e cansaço, sem perspectiva de que algo poderia estar bom. Nos olhos da criança o medo e a insatisfação de estar naquele lugar, com essas pessoas de branco que “só fazem mal”, mas que dizem que “fazem o bem”. Pedi então que todos se acalmassem, que não precisavam de pressa, apresentei-me e perguntei os nomes de cada um, para cada um.

Orientei que ninguém precisava colocar a criança na maca e, então, virei-me e peguei minha boneca. Apresentei-a à criança e lhe disse que precisava de uma pessoa que me ajudasse a cuidar daquela boneca, pois ela era muito especial e tinha algo muito interessante e importante debaixo de sua roupinha, mais especificamente em sua barriguinha, deixei a boneca ao seu alcance para que sua curiosidade a levasse a buscar o que de tão interessante e importante ela tinha, talvez até mesmo já iniciando a associação ao que ela mesma tinha. A criança, então, hesitou, mas depois levantou a roupinha para ver do que se tratava. Enquanto isso, seus pais observavam o que estava acontecendo, um tanto atônitos com essa abordagem totalmente diferente da que estavam habituados, conforme me relataram ao final do atendimento.

Quando ela viu e entendeu do que se tratava, eu bem tranquila a questioneei se por acaso ela sabia o que era aquilo, o que prontamente fez com que repousasse sua pequena mãozinha em seu vestido, em cima de seu próprio estoma. No primeiro momento, foi apenas essa reação,

sem fala, que já significava a porta de entrada ao mundo lúdico dela. A nossa verdadeira comunicação estava sendo iniciada naquele momento.

Comecei então a explicar o que eu era, o que fazia em minha profissão e o motivo de fazer o que faço. Expliquei ainda que eu portanto precisava cuidar daquela boneca e, novamente, que precisava de ajuda. Perguntei se ela poderia me ajudar e apresentei a ela o que eu utilizaria para cuidar daquela boneca, com aquela coisa especial, que, à propósito, foi também denominada com seu devido nome, “estoma”, e expliquei do que se tratava, para que servia e porque era tão importante assim. Realizamos, então, o cuidado daquela boneca, minha ajudante e eu. Limpamos a estomia, aplicamos a cobertura necessária e explicamos aos pais o que estávamos fazendo e o que deveria ser feito pela mãe da boneca. Explicamos tudo, para que “as pessoas grandes pudessem entender melhor, pois elas sempre têm necessidade de explicações detalhadas. As crianças têm de ter muita paciência com as pessoas grandes”, como já dizia Antoine de Saint-Exupéry em *O Pequeno Príncipe*.

Todos entenderam, foi finalizado, então, o procedimento e a consulta de enfermagem da boneca. Infelizmente eu não teria mais o que fazer, já que eu não tinha mais ninguém naquela sala com uma estomia, o que era uma pena, já que eu queria tanto treinar meus conhecimentos adquiridos com minha ajudante e, a boneca, por sua vez, não teria como visualizar outra pessoa que também possuísse aquele estoma tão especial.

Meu coração então transbordou quando aquela menina de apenas 4 anos me disse que tinha, sim, uma pessoa e ela mesma levantou seu vestido e com o auxílio (apenas auxílio) dos pais, subiu na maca e deitou para que eu e minha ajudante boneca pudéssemos, agora, cuidar dela. Como ela já sabia o que seria feito, o que seria utilizado, o motivo de estar ali, tinha retomado, portanto, o domínio da situação sobre seu próprio corpo e, através do brincar, o vínculo havia sido formado. A mãe não conseguiu segurar as lágrimas ao presenciar o que estava acontecendo e seu olhar de gratidão nunca mais me saiu da memória. Naquele dia tudo fez sentido, toda a minha vida havia me levado para aquele momento, para aquela criança com sua estomia e sua amiga boneca.

Sobre este dia e sobre minha interação com aquela criança, ainda referenciando *O Pequeno Príncipe*, “quando o mistério é impressionantemente demais, a gente não ousa desobedecer”. Segui meu coração, e entendi o que sempre lia sobre este livro tão querido: “Só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos”. E, assim, surgiu minha busca por tentar demonstrar ao mundo acadêmico e científico que só as crianças sabem o que procuram.

Figura 1- Brinquedo adaptado pela autora, colostomia. Brasília, DF, Brasil, 2018.



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 2- Brinquedo adaptado pela autora – gastrostomia. Brasília, DF, Brasil, 2018.



Fonte: Arquivo pessoal

2. INTRODUÇÃO

2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente estudo trata de questões relacionadas à atenção à saúde da criança. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, é considerado como criança todo o indivíduo que tenha até doze anos de idade incompletos (BRASIL, 1990). Esta criança é um ser em crescimento e desenvolvimento, que necessita de um ambiente acolhedor, além de atenção e afeto no ciclo familiar para atendimento de suas necessidades básicas e de aprendizado (MELO, 2010).

A criança pode apresentar complicações em suas condições de saúde, como doenças genéticas, anomalias congênitas ou traumas que podem evoluir para a confecção de estomas respiratórios, urinários e/ou gastrointestinais em qualquer período da vida. As causas de confecção de estomias nas crianças geralmente são anomalias anorretais, megacólon aganglionar congênito, doença de Crohn, enterocolite necrotizante, carcinoma retal, retocolite ulcerativa e polipose familiar (POLETTTO et al, 2011).

Estomias ou estomas são palavras derivadas do grego *stóma*, que significa abertura ou boca, indicando a exteriorização cirúrgica de órgãos ou vísceras, sendo classificadas de acordo com sua localização, como, por exemplo: ileostomias são realizadas no íleo, colostomias no cólon (intestino grosso), gastrostomias no estômago, cistostomias na bexiga, entre outros (MONTEIRO, 2013).

As estomias se classificam quanto a sua localização e quanto ao tempo de permanência, como temporárias ou definitivas. As temporárias podem ser revertidas após um período de tempo e tem como objetivo a proteção de uma anastomose, descompressão ou restauração da função do órgão afetado e as estomias permanentes são realizadas quando há impossibilidade de reversão, geralmente em casos de câncer (MELO, 2010; SECCANI et al, 2007).

A estomia é confeccionada cirurgicamente. É necessária à melhora da condição clínica da criança, porém gera impacto em seu cotidiano e no de seus familiares, pois afeta fatores determinantes como sua integridade corporal, capacidade funcional, convívio social e, conseqüentemente, sua qualidade de vida (VALDES et al, 2010). Segundo Valdes e colaboradores (2010), a adaptação ao estoma e o enfrentamento deste processo não esperado, depende de vários fatores, como idade, gênero, estado de saúde, dinâmica familiar, estilo de vida, orientação sociocultural, entre outros.

Apesar de a confecção do estoma ser considerada um procedimento cirúrgico simples e comumente realizado, podem surgir complicações que poderiam ser evitadas com a demarcação adequada do local de confecção e com técnica cirúrgica apropriada (MELO, 2010). De acordo com a Declaração Internacional dos Direitos dos Estomizados, é direito do paciente receber cuidados especializados de enfermagem no pré e no pós-operatório, tanto no hospital quanto em sua comunidade, o que inclui um estoma bem localizado e bem construído (ABRASO, 2016).

Esses estomas confeccionados em crianças têm como uma de suas principais características o caráter temporário, na grande maioria, visto que são utilizados, praticamente, no tratamento de doenças benignas. Porém, trata-se de um tema extremamente complexo, pois devem ser levados em consideração o preparo pré-operatório a adaptação e a reabilitação da criança e a oferta de informações, o apoio psicológico e o treinamento aos familiares.

A confecção de uma estomia na infância pode gerar mudanças significativas na vida da criança e de seus pais e/ou responsáveis, causando grande repercussão em seu desenvolvimento biopsicossocial, além de provocar mudanças no seu estilo de vida, sendo necessária a criação de estratégias para enfrentamento desta condição (VALDES et al, 2010).

Geralmente, as crianças estomizadas estão submetidas a diversos procedimentos, algumas vezes dolorosos, sem compreender, ao certo, como esses serão executados, qual sua finalidade e por qual razão precisam vivenciá-los, o que culmina em diversas alterações no comportamento, no humor e, muitas vezes, na autoimagem da criança. Com relação aos fatores do estresse vivido pelos pais, destaca-se a angústia com o ritual dos procedimentos. Percebe-se que o familiar sofre com a manifestação de ansiedade e sofrimento da criança, especialmente quando este presencia situações nas quais ela é submetida a procedimentos terapêuticos, sem que possa fazer algo para evitar ou minimizar sua dor.

Como um meio de modificar o cotidiano inóspito da assistência à criança, a literatura especializada apresenta o brincar como uma possibilidade interessante, pois, por meio de um entendimento que oscila entre o real e o imaginário, a criança é capaz de transpor as barreiras do adoecimento e os limites de tempo e espaço (MITRE, GOMES, 2004).

Essa possibilidade de modificar a forma de abordar a criança estende-se além do cuidado hospitalar e pode ser inserido em qualquer outro tipo de contexto de assistência à saúde. Durante a assistência à saúde das crianças, os profissionais podem utilizar o Brinquedo Terapêutico como intervenção para cumprir sua função tanto recreacional como terapêutica. (FERRARI, ALENCAR, VIANA, 2012).

Para estes momentos é importante que haja preparação emocional das crianças, requerendo dos profissionais um cuidado diferenciado e peculiar, capaz de reconhecer e atender suas necessidades integralmente. A criança deve ser vista como sujeito ativo e participante do seu processo de hospitalização, promovendo um cuidado que alcance suas necessidades emocionais e sociais. A utilização de técnicas que facilitem a comunicação e o relacionamento são imprescindíveis nesse tipo de cuidado, destacando-se para isso o brincar. O brincar que é uma atividade própria da infância, está relacionado com o seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social, assumindo um papel de facilitador da adaptação, de lidar com realidade, e como meio de formação, manutenção e recuperação da saúde (FERRARI, ALENCAR, VIANA, 2012).

Na tentativa de minimizar o sofrimento das crianças que são submetidas a procedimentos clínicos ou atividades que envolvam atendimento hospitalar, o brinquedo terapêutico tem sido preconizado na assistência de enfermagem e reconhecido como importante instrumento de intervenção no preparo de procedimentos, pois favorece sua compreensão, minimiza o estresse decorrente dessa vivência e promove seu bem-estar psicofisiológico (MITRE, GOMES, 2004).

O Brinquedo Terapêutico constitui-se num brinquedo estruturado utilizado em crianças que requerem mais do que recreação ou distração para resolver o sentimento de ansiedade associado às experiências para ela ameaçadoras (STEELE, 1981).

O objetivo da utilização do brinquedo terapêutico é fornecer ao profissional uma melhor compreensão das necessidades da criança e também auxiliar no preparo da criança para procedimentos terapêuticos, assim como permitir que ela descarregue sua tensão após esses procedimentos (BARTON, 1969).

Por intermédio do brinquedo terapêutico conseguimos adentrar no mundo lúdico da criança e desenvolver um vocabulário apropriado, individualizado e compreensível, para que ela própria descubra sua capacidade e autonomia, relacionada ao estoma, ao dispositivo, ao cuidado, à adaptação de suas atividades, à aceitação da situação e à modificação de sua consciência corporal e ao convívio social.

A presente autora buscou o que existe de literatura sobre abordagens utilizando o brinquedo terapêutico, que objetiva explicar o procedimento à criança estomizada, por meio de sua demonstração e/ou dramatização, possibilitando-lhe visualizar e manusear os materiais que serão utilizados ou brinquedos que os representem.

2.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A literatura nacional sobre assistência às crianças com estomias é escassa, revelando a necessidade da elaboração de estudos nesta área. O cuidado da criança com estoma respiratório, urinário e/ou intestinal exige apoio dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, para auxiliar a criança e/ou os familiares no manejo do estoma e suas possíveis complicações.

Desse modo, este estudo justifica-se pela necessidade de construir um elo e favorecer a comunicação entre o profissional e o paciente pediátrico e sua família, sendo fator importante para o planejamento do cuidado e para a construção de estratégias de prevenção, contribuindo para o direcionamento das intervenções de enfermagem e promoção do autocuidado. Assim, o atendimento da criança acontece de forma menos agressiva e menos traumática, o que favorece a inserção e o envolvimento da criança e da família no tratamento.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Identificar os efeitos da utilização do brinquedo terapêutico durante a assistência de enfermagem a pacientes pediátricos com estomia.

3.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar a produção científica sobre a assistência às crianças com estomias, que utilizam o brinquedo como intervenção.

Identificar evidências para a utilização do brinquedo terapêutico na assistência à crianças com estomias.

Demonstrar a viabilidade da utilização do brinquedo terapêutico durante a assistência profissional.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A CRIANÇA, A FAMÍLIA E A HOSPITALIZAÇÃO

A criança não é um adulto que ainda não cresceu, ela tem características próprias. Para alcançar o pensamento abstrato do adulto, ela precisa percorrer todas as etapas de seu desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional. Seu primeiro apoio nesse desenvolvimento é a família. Posteriormente, esse grupo se amplia com os colegas de brincadeiras e a escola.

Nas famílias modernas, o papel ativo da mulher no mercado profissional e acadêmico aponta para um novo formato familiar. A mãe precisa retornar ao trabalho após o período de licença maternidade, ou mesmo precisa continuar trabalhando logo após o parto. Assim, o pai, os avós, tios, ou uma cuidadora ganham papel importantíssimo para garantir o apoio de que o bebê e a criança precisam. Winnicott atribui muito valor à figura do pai e de todo o círculo familiar. O cuidado materno transforma-se num cuidado oferecido por ambos ao pai, que juntos assumem a responsabilidade por seu bebê e pela relação entre todos os filhos. O cuidado proporcionado pelos pais evolui para a família e esta palavra começa a ter seu significado ampliado e passa a incluir os avós, primos e outros indivíduos que adquirem o *status* de parentes, devido à sua grande proximidade (SALDANHA, 2017).

É inquestionável que a família é parte essencial no cuidado de enfermagem. Cada família, inserida no contexto da sociedade, tem uma dinâmica de vida traçada pelas suas inter-relações e pelos significados que determinados episódios representam para ela. Mas cada família reage a esses estímulos de forma distinta, realizando suas próprias leituras e interpretações, por estarem inseridas em diferentes culturas e unidades de princípios, valores adquiridos ou construídos durante suas vidas (MOTTA, RIBEIRO e COELHO, 2012).

É provável que as relações e os papéis de cada membro da família, nesse contexto, se reestruture na tentativa de manutenção da sua funcionalidade como unidade familiar. Entender esse processo de saúde e doença no contexto familiar é um desafio (MOTTA, RIBEIRO e COELHO, 2012).

No contexto hospitalar, o ser doente e a família passam a fazer parte desse mundo desconhecido. Novos papéis são assumidos pela família, mas a função de cuidar da vida da criança, exercida pelos pais, é reforçada. O ser doente, a família e a equipe voltam-se para a mesma meta: preservar a existência (VASCONI, 1994).

A família tem um papel significativo no estabelecimento e na manutenção da saúde das crianças, auxiliando a equipe de saúde, formando uma unidade em saúde. Essa interação estruturada entre família e profissionais é de suma importância para o êxito na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da criança (MOTTA, RIBEIRO e COELHO, 2012).

Os progressos da assistência à saúde da criança ocorreram na primeira metade do século XX, acompanhando a modificação dos conceitos sociais, e sempre estiveram diretamente relacionados com o valor e o significado que a sociedade dá à criança. Iniciou-se então uma crescente conscientização acerca das crianças e a noção de que as suas reações de resposta variam de acordo com a idade (STREFEZZI, 1992).

A partir de então, foi direcionada uma atenção diferenciada à criança hospitalizada, levando em consideração os aspectos de seu desenvolvimento, principalmente por se tratar de um ser em processo de crescimento, em que todas as intercorrências atuam de forma direta, trazendo-lhes consequências que podem, muitas vezes, ser irreversíveis (MOTTA, RIBEIRO e COELHO, 2012).

A hospitalização pode representar-se como um processo desencadeador de uma crise para a criança, evidenciada por: separação da família, exposição a experiência dolorosa, perda da independência e interrupção de quase todos os aspectos de seu estilo habitual de vida (MOTTA, RIBEIRO e COELHO, 2012).

A literatura refere que assistir a criança é uma atividade complexa, que requer cada vez mais um desenvolvimento cognitivo e afetivo dos profissionais de saúde, de modo especial, do enfermeiro, por ser o profissional responsável pelo cuidado e pela prestação da assistência (MOTTA, RIBEIRO e COELHO, 2012).

A hospitalização surge, para a criança, como um fator estressante em diversos aspectos. Segundo Ribeiro e Angelo (2005), caracteriza-se por lidar com um corpo doente, com dor e mal-estar, restrições, separação do cotidiano e de seus entes queridos. Além disso, a criança convive com um mistério não revelado, pois os procedimentos e exames diagnósticos são, neste contexto, um mistério no qual ela não compreende o que acontece com seu corpo, que é constantemente manipulado pelas pessoas do hospital. Nesse contexto, entra em contato com objetos estranhos a seu mundo (estetoscópios, luvas, gases, sondas), o que contribui para uma sensação de perda do controle das situações.

Martins et al (2001) diz que a criança hospitalizada é retirada de seu ambiente familiar para outro desconhecido, com pessoas estranhas e procedimentos dolorosos. Isso causa insegurança e medo, gerando um tipo de dessocialização que impede ou dificulta sua interação com o meio e com os indivíduos.

A realização de um procedimento doloroso torna-se difícil em pré-escolares, porque podem interpretar como punição, devido ao egocentrismo, ao sentimento de posse sobre seu corpo e ao pensamento mágico que possuem.

Assim, a imprevisibilidade dos acontecimentos resulta em sentimentos de dependência e vulnerabilidade (HOCKENBERRY, 2006).

De acordo com Castro; Silva e Ribeiro (2004), a criança pré-escolar pode sentir-se agredida e enganada quando hospitalizada e vê a equipe de saúde como agressores. Ribeiro e Angelo (2005) alertam ainda que, ao serem realizados procedimentos com pouca ou nenhuma comunicação com a criança – seja por causa dos profissionais ou pela falta de socialização das crianças –, esta supõe uma invasão de seu corpo através, por exemplo, de ordens sobre o que deve ou não fazer. Assim, comentários sobre o comportamento da criança durante a realização de uma tarefa podem trazer a ela sentimentos de raiva, ameaça e/ou passividade.

O comportamento do profissional influencia também o comportamento da criança durante a hospitalização, visto que “A forma como essa experiência é manejada pela equipe hospitalar aliada à incapacidade da criança pré-escolar em lidar com o abstrato fazem com que se apresente a ela de difícil compreensão, portanto misteriosa e aterrorizante, mais traumatizante e difícil de ser aceita”.

4.2 A EXPERIÊNCIA DO TRAUMA

O trauma é provocado por falhas e/ou acontecimentos que causam a ruptura na continuidade da vida da criança, que passa a direcionar suas energias para criar mecanismos de defesa que evitem a volta do sentimento de ansiedade impensável, desintegração e aniquilamento. A reação neste estágio do desenvolvimento humano significa uma perda temporária de identidade, que pode desenvolver um sentimento extremo de insegurança, interferindo, assim, na conquista de sua vida pessoal (SALDANHA, 2017).

Nesse sentido, se as crianças se percebem como vítimas, irão atuar como vítimas. Apesar das adversidades, elas podem ser ensinadas que elas têm forças interiores, que são resilientes e que podem lidar com os problemas que surgem (AFFONSO, 2012).

Para lidar com o trauma, na maioria dos casos, o conforto é obtido para as crianças e para os pais por meio da imaginação e da atividade lúdica (WINNICOTT, 2011).

A brincadeira pode ser utilizada como abordagem nessas situações, visto que, ao brincar, a criança consegue construir a resiliência. Essa ação permite o aprendizado e a prática

de sua autonomia moral (ser governado por si mesmo e não por outros, decidir por si mesmo) (AFFONSO, 2012).

4.3 O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A fase pré-escolar compreende o período de três aos seis anos de idade e é marcada pelo desenvolvimento da capacidade de expressar sentimentos, de dominar tarefas primárias de socialização como: vestir-se, alimentar-se, utilizar o banheiro. Ele toma consciência da diferença entre os sexos, de ser menino ou menina, porém não possui visão realista do interior de seu corpo e, por isso, apresenta ansiedade ao perceber-se doente (BASSOLS; DIEDER; VALENTI, 2001).

Quanto ao desenvolvimento cognitivo, o pré-escolar encontra-se no estágio definido por Piaget (1990) como pré-operatório. Surge o símbolo no mundo da criança e ela adquire a capacidade de representar objetos e situações vivenciadas, suas ações passam a ser internalizadas através da imaginação e do pensamento mágico. É um período de transição entre a inteligência sem linguagem (sensório-motor) e a inteligência com representações.

Para Castro, Silva e Ribeiro (2004), o pré-escolar interpreta fatos por meio de fantasia, reagindo sem deduções lógicas. Como nessa faixa etária ainda não possui a capacidade aprimorada de expressar sentimentos verbalmente, expressa-se por intermédio do brincar. É neste momento que a criança passa a entender-se como parte do mundo, relacionando-se com o meio. Torna-se capaz de lembrar experiências, mas não utiliza a lógica para explicar fenômenos, deixando-se levar pelas aparências de determinada situação ou objeto (DOLLE, 1974).

A respeito das atividades psicomotoras, Bassols, Dieder e Valenti (2001), colocam que o pré-escolar possui capacidade de segurar objetos e manipular tesouras e lápis, brinca cooperativamente com outras crianças, gosta de construir materiais com blocos, jogos associativos, andar de bicicleta e desafios. Tem a capacidade de acrescentar partes a uma imagem incompleta, copia formas geométricas (como quadrado e retângulo), conta até 10, faz o laço no sapato, veste-se sozinha, escreve o primeiro nome, conta histórias e conhece as cores.

Bowden e Greenberg (2005) escrevem sobre a capacidade do pré-escolar de contar histórias exageradas, dramatizar, cantar canções, questionar o que não compreende (até obter resposta satisfatória), imitar, ter amigos imaginários. A criança, nesta fase, procura sempre obter aprovação sobre o seu comportamento, traz também a questão da onipotência, não possui

a capacidade de compreender o ponto de vista do outro e o conceito de morte é reversível, sendo comparado a um sono profundo.

A fase escolar, de 6 a 12 anos, torna a criança mais maleável; educável. Inicia um desligamento dos pais e maior socialização através da escola. Há uma distância entre meninos e meninas, que se dividem em grupos. O escolar possui necessidade de praticar esportes, competições, de inserir-se no mundo dos adultos por meio de ações bem-sucedidas, há interesse no conhecimento do mundo e os medos configuram-se em situações reais (FERREIRA; ARAÚJO, 2001).

Para Piaget (1990), a respeito do desenvolvimento cognitivo, o escolar encontra-se no período das operações concretas, no qual ocorre estabelecimento de explicações lógicas, com reversibilidade, abre-se a oportunidade de fazer amizades, enfim, há maior relação com o mundo externo.

Bassols; Dieder e Valenti (2001) ponderam que a idade por si só não classifica a fase do desenvolvimento ou habilidades de uma criança, visto que esta classificação é suscetível a estímulos externos e principalmente aqueles dados pelos pais.

4.4 A CRIANÇA E AS BASES DO BRINCAR

Muitas das questões ainda precisam de mais pesquisas para esclarecer e responder questões relacionadas ao brincar. Ainda hoje, ele está associado a comportamento frívolo, por vezes tomado como inútil e improdutivo, uma perda de tempo desvinculado de utilidade social e produtiva. (AFFONSO, 2012).

Na verdade, brincar é uma atividade séria, pois é importante para o desenvolvimento social e cognitivo da mesma forma que outras necessidades básicas, como dormir, repousar e comer.

Ao brincar, a criança estará criando outro mundo, onde o sofrimento, a coerência, a preocupação com os outros podem ser experimentados, destruídos, recriados, sem que consequências do mundo exterior incidam sobre seu mundo interior (WINNICOTT, 2011).

Ao brincar a criança desenvolve algumas potencialidades imprescindíveis. Sua sociabilidade se desenvolve; ela se aproxima dos demais indivíduos, faz amigos, aprende a compartilhar e a respeitar o direito dos outros, as normas estabelecidas pelo grupo e a envolver-se nas atividades, sem visar recompensas nem temer castigos (AFFONSO, 2012).

Como explica Winnicott, a criança brinca para buscar prazer, para controlar a ansiedade, para estabelecer contatos sociais, para realizar a integração da personalidade, por fim, para

comunicar-se com as pessoas. Embora seja fácil perceber que as crianças brincam por prazer, é muito difícil para as pessoas verem que as crianças brincam para dominar a angústia. A angústia é sempre um fator na brincadeira infantil e, frequentemente, um fator preponderante (WINNICOTT, 2011).

Os jogos e as brincadeiras podem, além disso, auxiliar no tratamento, na melhoria da aceitação dos procedimentos médicos, da tranquilização, da qualidade de vida e prognóstico, bem como nas internações hospitalares (AFFONSO, 2012).

Em ambientes de instituições de saúde, a utilização da brincadeira fornece uma melhor compreensão dos próprios desejos e medos da criança. No “faz de conta”, as crianças aprendem a viver com situações complexas. Esse aprendizado permite que eles encontrem uma maneira melhor de enfrentar a situação. A capacidade de se sentir mais ativa e livre e de expressar suas fantasias libera-os de sentir inibições e medos. Durante o brincar, a criança tem a oportunidade de recordar, à sua maneira, de situações tensas vivenciadas, conversas que foram mal compreendidas, ou desejos insatisfeitos (OLIVEIRA, 2015).

4.5 O BRINQUEDO TERAPÊUTICO

A pediatria possui muitas peculiaridades e a mais apaixonante delas, com certeza, é o brincar. A percepção de que a brincadeira, pela sua expressão lúdica, é significativa e de fundamental importância para se trabalhar com a criança, pois é por intermédio dele que, além de divertir-se, ela interage com o mundo e se expressa (MOTTA, RIBEIRO e COELHO, 2012).

As brinquedotecas já são realidades nos hospitais, e o brincar está inserido na prática dos profissionais, mas isso não é uma rotina padronizada das unidades pediátricas, é um brincar espontâneo (FRAGA, 2005).

Mesmo sendo de extrema importância para proporcionar melhor relação entre enfermeiros e crianças hospitalizadas e ainda diminuir o sofrimento destas, o brinquedo terapêutico ainda não é uma realidade na maioria das cidades brasileiras e existem poucos estudos sobre esta temática

O profissional enfermeiro é capacitado para a educação em saúde e para uma visão holística dos pacientes, tendo conhecimento necessário para uma assistência humanizada e integral. O Brinquedo Terapêutico surge como instrumento utilizado para facilitar e amenizar procedimentos realizados durante a assistência hospitalar infantil, regulamentado pela resolução N° 295/2004 do Conselho Federal de Enfermagem, que tem como estratégia a

utilização da brincadeira, aproximando o cuidado de enfermagem à realidade infantil (BRASIL, 2004)

Pela fase do desenvolvimento em que se encontram, as crianças em idade pré-escolar e escolar estão mais suscetíveis ao lúdico. Frente a essas considerações, alguns questionamentos são pertinentes, como de que forma os enfermeiros poderiam utilizar o brinquedo terapêutico para facilitar sua relação com as crianças e amenizar o trauma da hospitalização e quais são as atividades lúdicas preconizadas para estas faixas etárias e que podem ser adaptadas para o ambiente hospitalar (AFFONSO, 2012).

4.6 O BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO FACILITADOR DA HOSPITALIZAÇÃO

A brincadeira para crianças de 2 a 7 anos (fase pré-escolar) dá-se por meio da representação de suas experiências, possuindo caráter mágico, de faz de conta. O brincar expressa como a criança reproduz ações em seu meio: representando conhecimentos adquiridos, desejos e sentimentos; aprendendo sobre si e sobre o mundo; construindo-se e adaptando-se; resolvendo conflitos e experimentando emoções; sugerindo uma forma de antecipação, controle e familiarização com questões do cotidiano, utilizando a imaginação/imitação (VYGOTSKY, 1998).

Bettelheim (1998) resume o brincar como segue:

Através de uma brincadeira de criança, podemos compreender como ela vê e constrói o mundo – o que ela gostaria que ele fosse, quais as suas preocupações e que problemas a estão assediando. Pela brincadeira, ela expressa o que teria dificuldade de colocar em palavras. Nenhuma criança brinca espontaneamente só para passar o tempo, sua escolha é motivada por processos íntimos, desejos, problemas, ansiedades. O que está acontecendo com a mente da criança determina suas atividades lúdicas; brincar é sua linguagem secreta, que devemos respeitar mesmo se não a entendemos (p.142).

Vygotsky (1998) define que o brinquedo para o pré-escolar trata-se da situação imaginária de um desejo que não pode ser realizado no momento, contendo regras e pressupondo ações comportamentais típicas. No brinquedo é como se pudessem ser mais do que na realidade, podem tornar-se protagonistas, ter o controle das situações. Sendo assim:

As ações derivam das ideias e não dos objetos, “um cabo de vassoura trona-se um cavalo [...] no brinquedo, o significado torna-se o ponto central e os objetos

são deslocados de uma posição dominante para uma subordinada” (VYGOTSKY, 1998, p. 129).

Para uma criança em idade escolar o brinquedo torna-se algo mais concreto. A criança sente a necessidade de visualizar na realidade o que está imaginando, aliado à questão da finalidade das brincadeiras estarem mais voltadas ao seu desenvolvimento (VYGOTSKY,1998).

Melanie Klein, psicanalista austríaca, interessada em trabalhar com crianças menores, esbarrou em um obstáculo: a escassez de linguagem. Desta forma surgiu o recurso da ludoterapia, que vai além de brincar com a criança para estabelecimento de vínculo, considerando o brincar como instrumento para comunicação. Catafesta (1999) resume: “A criança fala através do brincar; expressa brincando seus impulsos, angústias, defesas, fantasias e relações inconscientes do objeto” (p.32).

No brincar a criança assume o papel ativo frente à sua doença, deslocando para o externo seus medos, angústias e problemas. Ele permite que ela resgate seu lado sadio por meio da recreação e possa viver repetitivamente situações incompreendidas, dolorosas (CECCIM, 1997).

Cintra, Silva e Ribeiro (2006) dividem a brincadeira em dois tipos: a recreacional e a terapêutica. A recreacional é aquela na qual a criança obtém prazer, interação e participa de forma espontânea. A terapêutica seria aquela que busca o bem-estar físico e mental em uma situação conflitante, incomum.

A brincadeira terapêutica divide-se ainda em: ludoterapia e brinquedo terapêutico. Estas duas subdivisões diferem-se. A primeira é uma técnica utilizada para facilitar a compreensão dos sentimentos e atitudes da criança em sofrimento psíquico. A segunda é realizada para tranquilizar a criança em situações atípicas para a idade, geralmente ameaçadoras, que necessitam ser resolvidas/elaboradas (CINTRA; SILVA; RIBEIRO, 2006).

Portanto, estas duas medidas podem e devem ser utilizadas para amenizar o sofrimento para a criança, porém o brinquedo terapêutico vai além, sendo um recurso facilitador da intervenção de enfermagem [...] seu principal objetivo é favorecer ao profissional a compreensão das necessidades da criança” (CINTRA; SILVA; RIBEIRO, 2006, P.498).

Segundo Rocha e Prado (2006) o brinquedo terapêutico vem sendo cada vez mais utilizado em todo o mundo. No cuidado de enfermagem em pediatria esta técnica pode ser considerada uma tecnologia leve, visto que:

As tecnologias leves são tecnologias de relação do tipo produção de vínculos, automatização, acolhimento. Tecnologia como processo e produto decorrente

do conhecimento científico que ampliam a possibilidade de produção de novos conhecimentos científicos, interligada com a ciência, não apenas em termos de prática efetiva (ROCHA; PRADO, p. 465).

O profissional que trabalha em pediatria deve estar preparado para utilizar o lúdico na comunicação com a criança, garantindo a compreensão e a elaboração das intervenções necessárias durante a internação (JUNQUEIRA, 1999). O brinquedo terapêutico pode (e deve) tornar-se rotina no cuidado de enfermagem à criança, porque permite a compreensão desta, além de ser uma forma de comunicação entre o profissional e a criança e, ainda, fator de promoção de bem-estar físico, psíquico e social (ROCHA; PRADO, 2006).

O brinquedo terapêutico dá à criança a oportunidade de “expressar-se não verbalmente” (MARTINS et al, 2001, p. 77) e promover a internalização dos procedimentos a serem realizados através da simulação de situações hospitalares, diminuindo, assim, os sentimentos de impotência e terror, e propiciando à criança o “controle” da situação e do corpo, que imaginava ter perdido.

Ela reconhece seus sentimentos, esclarece preconceitos e participa de seu cuidado, desmistificando o corpo doente. Da mesma forma, o profissional compreende as necessidades da criança e adequa o procedimento às suas necessidades, tornando-o atraumático (MARTINS et al, 2001).

Com o brinquedo terapêutico é possível compreender as reações emocionais da criança, o significado dos procedimentos para ela e também prepará-la para tais procedimentos (CASTRO; SILVA; RIBEIRO, 2004).

O brincar terapêutico, além de ajudar a criança a enfrentar as situações que envolvem os procedimentos hospitalares, proporciona a educação em saúde; a criança sente-se mais segura ao manipular os objetos hospitalares, dos quais, em situação de brincadeira, adquirem o controle. A enfermeira pode utilizar o tempo da sessão de brinquedo terapêutico para modular comportamentos, permitindo que a criança extravase sentimentos e compreenda a situação pela qual passa (BOWDEN; GREENBERG, 2005).

Para Ribeiro, Sabatés e Ribeiro (2001), o brinquedo terapêutico possui quatro funções: a primeira é de expressar sentimentos angustiantes; a segunda é de repetir experiências traumáticas por meio de dramatização para compreendê-las; a terceira é de transformar o ambiente hospitalar em algo parecido com o lar; e a quarta é de devolver o controle da situação vivenciada para a criança.

As sessões de brinquedo terapêutico devem ser realizadas em ambiente tranquilo e com tempo suficiente. Segundo Collet e Oliveira (2002), o ideal é uma duração de 15 a 45 minutos

antecedendo os procedimentos. O enfermeiro deve incorporar o brincar no plano de cuidados, respeitando a fase do desenvolvimento na qual se insere a criança, atentando que nem sempre a faixa etária determina a fase do desenvolvimento da criança.

Bowden e Greenberg (2005) pressupõem três tipos de utilizações do brinquedo terapêutico (BT):

1.º BT Instrucional: utilizado para preparar a criança para procedimentos clínicos;

2.º BT de Catarse Emocional ou de Dramatização: a criança tem a oportunidade de expressar seus medos e ansiedades;

3.º BT para Melhora Fisiológica: utilizado para amenizar sintomas, por exemplo, jogos respiratórios para crianças com asma.

Por intermédio do brinquedo terapêutico, o enfermeiro pode esclarecer dúvidas e amenizar o medo do desconhecido, encorajando habilidades de enfrentamento. Os materiais que podem ser utilizados nestas sessões de brinquedo terapêutico são inúmeros, desde bonecos que representam médicos, enfermeiros, crianças hospitalizadas e a família; até materiais como toucas, máscaras, seringas, estetoscópios e material para curativos disponibilizados para manipulação (BOWDEN; GREENBERG, 2005).

5. REFERENCIAL METODOLÓGICO

5.1 PROTOCOLO

Revisão sistemática de estudos mistos, estruturada pelas etapas propostas pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA), com adaptações realizadas para sua utilização em revisões de estudos mistos (MOHER et al, 2009). Este formato seguiu o “*Adapted PRISMA for reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence*” (Anexo A).

5.2 REVISÕES DA LITERATURA E REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS MISTOS

Conhecidas por sintetizar dados ou resultados de estudos quantitativos ou a partir de estudos qualitativos, as revisões de literatura são fundamentais, pois sustentam e justificam a pesquisa primária, visto que sintetizam o conhecimento sobre um determinado assunto e identificam lacunas no conhecimento. Isto posto, dão suporte necessário para a produção de conhecimento e tomada de decisão dos profissionais, favorecendo a prática baseada em evidências (PLUYE; HONG, 2014).

Pesquisas com métodos qualitativos fornecem descrições detalhadas de fenômenos complexos, incluindo seus aspectos contextuais, ou focam em análises aprofundadas envolvendo poucos indivíduos. Desse modo, seus resultados não são generalizáveis. Já as pesquisas com métodos quantitativos costumam examinar a associação entre variáveis que podem ser generalizadas para uma população por meio de inferências estatísticas, focam na análise de grandes amostras, porém seus achados não levam à compreensão de processos individuais (GALVÃO; PLUYE; RICARTE, 2017).

São elementos essenciais na revisão de literatura: formulação de uma questão que embase a revisão; modos de identificação de estudos relevantes e potenciais que possam integrar a revisão; modos de seleção de estudos relevantes para compor a revisão; a análise crítica da qualidade da metodologia de pesquisa dos estudos selecionados para compor a revisão; e a síntese dos resultados presente nos estudos selecionados para compor a revisão (GALVÃO; PLUYE; RICARTE, 2017).

A revisão da literatura em que uma equipe de revisores identifica, seleciona, avalia e sintetiza estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos é conceituada de Revisão Sistemática de Estudos Mistos e este tipo de abordagem tem sido disseminado na área de

ciências da saúde, preferindo-se o termo "revisão de estudos mistos" ao termo "revisão de métodos mistos", porque o primeiro transmite a ideia de uma mistura de estudos com diferentes delineamentos, enquanto o segundo termo compreende uma revisão incluindo apenas estudos com métodos mistos. Esse tipo de revisão se faz necessária, uma vez que, focando-se apenas no método qualitativo ou apenas no quantitativo, os pesquisadores podem desconsiderar algumas informações importantes. Ao agregar os métodos, os pesquisadores combinam a força das histórias (referente à pesquisa qualitativa) e o poder dos números (referente à pesquisa quantitativa) (PLUYE; HONG, 2014).

São bem conhecidas as metassínteses de estudos qualitativos, as metaetnografias e as revisões sistemáticas de estudos experimentais controlados randomizados (com ou sem metanálise). No entanto, conhecem-se menos as chamadas revisões mistas, ou seja, que incluem a análise de estudos que empregaram métodos quantitativos, qualitativos ou métodos mistos (PLUYE; HONG, 2014).

Embora com produção rara ao longo do século XX, as revisões mistas têm se tornado populares mais recentemente e algumas delas têm sido publicadas em periódicos científicos relevantes, como o *British Medical Journal*, cujo fator de impacto em 2016 foi de 19,967. Como já foi abordado previamente, as revisões de literatura, ao sintetizarem o conhecimento sobre um tópico e quando revelam falhas em estudos anteriores, dão suporte e justificam novas pesquisas de caráter primário. As revisões mistas, especificamente, permitem compreender fenômenos, problemas, programas ou intervenções complexos (GALVÃO; PLUYE; RICARTE, 2017).

5.3 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ESTUDOS MISTOS

Quando se deseja elaborar uma revisão sistemática mista, pode-se empregar como parâmetro a *Mixed Methods Appraisal Tool* (PLUYE et al, 2011), que foi especificamente desenhada para facilitar a análise da qualidade metodológica de estudos que tenham seguido diferentes desenhos de pesquisa (GALVÃO; PLUYE; RICARTE, 2017).

Este instrumento denominado *MMAT* (*Mixed Methods Appraisal Tool – Version 2018*) é uma ferramenta de avaliação crítica que foi elaborada para auxiliar as revisões sistemáticas no estágio de avaliação da qualidade metodológica dos estudos mistos, em trabalhos que avaliem análises qualitativas, quantitativas e estudos de métodos mistos. Proposta por Pluye et al (2011), esta é uma nova e cada vez mais popular forma de revisão da literatura, que combina os pontos fortes da pesquisa quantitativa e da qualitativa (PLUYE; HONG; VEDEL, 2013). O instrumento de avaliação *MMAT* é aplicável na avaliação da qualidade metodológica de cinco

categorias para estudos: pesquisa qualitativa, ensaios clínicos randomizados, estudos não randomizados, estudos descritivos quantitativos e estudos de métodos mistos. Ele foi desenvolvido em 2006, sofrendo revisão e atualização em 2011 (Pace et al., 2012). Os desenvolvedores do MMAT estão continuamente buscando melhorias e testes desta ferramenta, dessa forma, realizaram uma revisão bibliográfica de ferramentas de avaliação crítica, entrevistas com usuários do MMAT e um estudo Delphi com especialistas internacionais (Hong, 2018), resultando no desenvolvimento da versão 2018 do MMAT, utilizada neste trabalho.

Este instrumento pode ser utilizado para avaliar a qualidade dos estudos empíricos, ou seja, pesquisa baseada em experimento, observação ou simulação (Abbott, 1998; Porta et al., 2014), permite, ainda, a avaliação dos tipos mais comuns de metodologias de estudos e desenhos. Testa a eficiência e confiabilidade em revisões de estudos mistos, permitindo a avaliação concomitante de estudos quantitativos, qualitativos e métodos mistos. O dito "índice de qualidade" isolado, fornecido pelo MMAT, não contém muitas informações para reportar uma avaliação crítica, porém, a descrição da qualidade dos estudos utilizando os critérios oferecidos por esta ferramenta é mais informativo. (PACE et al, 2012).

Em todas as revisões sistemáticas, a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos é fator determinante. Dessa forma, o instrumento MMAT tem como objetivo permitir a avaliação simultânea de estudos que empregam diferentes metodologias (qualitativa, quantitativa e método misto) (SOUTO et al, 2015).

O MMAT era composto originalmente por 15 critérios, com 5 conjuntos específicos de domínios metodológicos: (1) 'Qualitativo', definido para estudos qualitativos, e componentes qualitativos da pesquisa de métodos mistos; (2) 'ensaio clínico randomizado controlado', definido para estudos quantitativos controlados randomizados e componentes randomizados controlados de pesquisas de métodos mistos; (3) 'estudos não randomizados', definido para estudos quantitativos não randomizados e componentes não randomizados da pesquisa de métodos mistos; (4) 'estudos quantitativos descritivos', fixado para estudos quantitativos descritivos observacionais e componentes descritivos observacionais de pesquisas de métodos mistos; e (5) 'estudos de métodos mistos', para estudos de pesquisas de métodos mistos (PACE et al, 2012). Porém, os critérios foram revisados, e, para melhoria do MMAT, por intermédio de consenso entre os revisores do instrumento, passou a contar com 25 critérios, mantendo os 5 domínios metodológicos anteriormente citados

5.4 PERGUNTA DE PESQUISA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para a elaboração de uma revisão sistemática, faz-se necessária a identificação das informações que se pretende buscar para a execução da pesquisa. Como direcionamento nesta etapa, foi utilizada a estratégia PICO (GALVÃO, PEREIRA, 2014), que define precisamente as informações que se pretende buscar para realização da pesquisa, orientando, assim, a formulação da questão norteadora por meio de seus elementos fundamentais (GALVÃO, PEREIRA, 2014). A questão clínica de pesquisa construída, portanto, foi “Em pacientes pediátricos submetidos à confecção de estomia, quais são os efeitos da utilização do brinquedo/brincadeira terapêutico (a) durante a assistência em saúde?”, que está representada no Quadro 1, categorizada pelos acrônimos correspondentes.

Quadro 1 - Estratégia PICO utilizada para direcionamento da questão norteadora. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente/População	Pacientes pediátricos/crianças submetidos à confecção de estomia
I	Intervenção	Brinquedo terapêutico
O	<i>Outcome</i> (desfecho/resultado)	Ação/efeito dessa intervenção

Fonte: Elaborada pela própria autora.

Seguindo esse direcionamento, foram selecionados somente estudos cujo objetivo foi averiguar o efeito da utilização do brinquedo durante a assistência às crianças portadoras de estomas.

De acordo com o objetivo deste estudo, a questão norteadora foi formulada a partir da estratégia PICO, e sua variante PICOS (CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 2009), direcionou as buscas nas bases de dados, elencando os critérios de inclusão e exclusão, conforme descrito no Quadro 2. Durante a fase de busca não foi aplicado qualquer limite estabelecido quanto ao período de publicação ou de idioma.

Quadro 2 – Critérios de Inclusão e Exclusão. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Critérios	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
População	Crianças (2 a 12 anos), submetidas a confecção de estomas cirúrgicos, respiratórios, urinários, gastrointestinais, temporários e definitivos. Pacientes internados, ambulatoriais e que recebem assistência domiciliar.	Recém-nascidos, adultos e idosos. Crianças (2 a 12 anos) não conscientes.
Intervenção	Aplicação do brinquedo terapêutico como intervenção, durante a assistência, em ambiente hospitalar e domiciliar.	Aplicação do brinquedo terapêutico pelos pais, em ambiente domiciliar.
Desfecho	Estudo que aborde a ação/efeito da intervenção, reportada pelas crianças, familiares e/ou profissionais durante a assistência.	Estudos que apenas citam o termo brinquedo e/ou seus aspectos.
Tipo de estudo	Estudos de caso, série de casos, comparativos, ensaios clínicos controlados randomizados, ensaios clínicos controlados sem randomização, ensaios clínicos autocontrolados, estudos observacionais, descritivos, retrospectivos e relatos de caso, com resumo disponível nas bases de dados.	Resumos apresentados em congressos e conferências, protocolos de estudos, editoriais, cartas ao editor, opiniões pessoais ou de especialistas, dissertações, teses, capítulos de livros e manuais institucionais, patentes, comentários e revisões.

Fonte: Elaborado pela própria autora.

5.5 FONTES DE INFORMAÇÃO

A busca ocorreu em 25 de outubro de 2018 e utilizou 8 bases eletrônicas de dados: PubMed, CINAHL, Cochrane Library, LILACS, Scopus e Web of Science. Para busca na literatura cinzenta, utilizou-se Google Acadêmico e ProQuest Dissertations and Theses database. Não houve restrição quanto ao desenho de estudo e idioma nesta fase. Os dados foram extraídos pelo pesquisador A, checados pelo pesquisador B e decisões ocorreram em consenso. Pela análise dos resumos, foram incluídos estudos sobre a assistência às crianças com estomias. Os estudos que abordaram o uso do brinquedo terapêutico pela enfermagem foram analisados na íntegra e classificados quanto à qualidade do estudo, nível de evidência e grau de recomendação.

5.5.1 PubMed

A base de dados PubMed é um recurso gratuito, de livre acesso desenvolvido e mantido pelo *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), integrante da U.S. *National Library of Medicine* (NLM), localizado no *National Institutes of Health* (NIH). Fornece acesso livre à MEDLINE, banco de dados de citações e resumos do NLM nas áreas de medicina, enfermagem, odontologia, sistemas de saúde etc. Compreende mais de 28 milhões de citações de literatura biomédica da MEDLINE, revistas de ciências da vida e livros *on-line* (PUBMED, 2018). Seu acesso é gratuito e pode ser realizado por meio da plataforma disponível no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

5.5.2 CINAHL

O CINAHL é uma base de dados direcionada para a área da enfermagem, abrange numerosos registros da literatura da área da saúde. As buscas que podem ser feitas por meio da base de dados CINAHL são úteis a enfermeiros, demais profissionais da saúde, pesquisadores, educadores e estudantes. Seu acervo inclui quase 4 milhões de registros que datam desde 1937 (CINAHL, 2018).

Fornece a indexação das melhores literaturas de saúde de enfermagem e afins disponíveis, incluindo revistas de enfermagem e publicações da *National League for Nursing e da American Nurses Association* (CINAHL, 2018).

Além disso, o CINAHL Database fornece acesso a livros sobre cuidados de saúde, dissertações de enfermagem, anais de congressos selecionados, padrões de prática, audiovisuais e capítulos de livros. Inclui revistas com textos completos, casos jurídicos, inovações clínicas, caminhos críticos, instrumentos de pesquisa e ensaios clínicos (CINAHL, 2018).

Fornecer uma interface de fácil acesso e uso, com recursos de pesquisa que permitem uma busca efetiva acerca do tema de interesse, com duas formas de aplicação, básica e avançada, que permite a inserção de limites e filtros (CINAHL, 2018).

O conteúdo pode ser acessado por meio do Portal de Periódicos CAPES/MEC (<http://www.periodicos.capes.gov.br/>) através de instituições participantes que possuam Internet Protocol (IP) identificador para acesso ou por assinatura.

5.5.3 Web of Science

O Portal de Periódicos por meio de assinatura junto à Thomson Reuters Scientific oferece acesso à coleção principal da base de dados Web of Science, permitindo acesso a referências e resumos em todas as áreas do conhecimento. Por meio da Web of Science estão disponíveis ferramentas para análise de citações, referências, índice h, permitindo análises bibliométricas. Cobre aproximadamente 12.000 periódicos. A assinatura deste conteúdo, oferece a possibilidade de consulta a 5 coleções: Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED), com disponibilidade de acesso desde 1945 até o presente; Social Sciences Citation Index (SSCI), com disponibilidade de acesso desde 1956 até o presente; Arts & Humanities Citation Index (A&HCI), com disponibilidade de acesso desde 1975 até o presente; Conference Proceedings Citation Index- Science (CPCI-S), com disponibilidade de acesso desde 1991 até o presente; e Conference Proceedings Citation Index – Social Science & Humanities (CPCI-SSH), com disponibilidade de acesso desde 1991 até o presente (WEB OF SCIENCE, 2018).

5.5.4 Scopus

Base referencial da Editora Elsevier, a base Scopus é disponibilizada pelo Portal de Periódicos por meio do contrato Elsevier B. V/Scopus. Indexa títulos acadêmicos revisados por pares, títulos de acesso livre, anais de conferências, publicações comerciais, séries de livros, páginas web de conteúdo científico (reunidos no Scirus) e patentes de escritórios. Dispõe de funcionalidades de apoio à análise de resultados (bibliometria), como identificação de autores

e filiações, análise de citações, análise de publicações e índice H. Cobre as áreas de Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Ciências Físicas e Ciências Sociais. Possui disponibilidade de acesso desde 1823 até o presente. (SCOPUS, 2018). O conteúdo é assinado e disponível por meio do Portal de Periódicos CAPES/MEC (<http://www.periodicos.capes.gov.br/>) apenas para as instituições participantes que possuam IP identificador para acesso. O acesso à base pode ser realizado também pelo endereço <http://www.scopus.com>.

5.5.5 Cochrane CENTRAL

O *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL) é uma fonte altamente concentrada de relatos de ensaios clínicos randomizados e quase randomizados. A maioria dos registros da CENTRAL são extraídos de bancos de dados bibliográficos (principalmente PubMed e Embase), mas os registros também são derivados de outras fontes publicadas e não publicadas, incluindo ClinicalTrials.gov. A CENTRAL começou a ser publicada em 1996, mas sua natureza composta significa que ela não tem uma data de início, da mesma forma que outros bancos de dados biomédicos tradicionais (COCHRANE, 2018).

Além dos detalhes bibliográficos (autor, fonte, ano, etc.), os registros CENTRAL incluem frequentemente um resumo (um resumo do artigo). Os registros são incluídos, independentemente do idioma ou data de publicação (COCHRANE, 2018).

O acesso à CENTRAL pode ser realizado por meio da plataforma Cochrane Library no endereço <http://www.cochranelibrary.com/>.

5.5.6 LILACS

A base de dados LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde, é produzida de forma cooperativa pelas instituições que integram o Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Registra a literatura científico-técnica em saúde produzida por autores latino-americanos e do Caribe publicada a partir de 1982. Os principais objetivos desta base de dados são o controle bibliográfico e a disseminação da literatura científico-técnica latino-americana e do Caribe na área da Saúde, ausente das bases de dados internacionais, dando visibilidade a estas publicações.

Na LILACS são descritos e indexados: teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos, artigos de revistas, etc., relacionados à área da Saúde.

O acesso à base de dados LILACS pode ser realizado integralmente na Biblioteca Virtual em Saúde, no item Literatura Científica, com conexões a fontes de informação complementárias, particularmente com bases de dados de textos completos e serviços *online* de fornecimento de cópias de documentos, e viabilizando o acesso ao conteúdo por meio de fotocópias dos artigos. Desse modo, a LILACS constitui atualmente o principal índice e repositório da produção científica e técnica em saúde nos países da América Latina e Caribe (AL&C). (LILACS, 2018).

Seu acesso é aberto e pode ser realizado integralmente na Biblioteca Virtual em Saúde e complementa índices internacionais, como MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e Web of Science, e está disponível em três idiomas: português, espanhol e inglês (LILACS, 2018), ou pode ser acessado diretamente pelo *site*: <http://lilacs.bvsalud.org/>.

5.5.7 Literatura cinzenta

Foi realizada busca na literatura cinzenta, etapa esta recomendada na execução das revisões sistemáticas (PEREIRA, GALVÃO, 2014a), utilizando o Google Acadêmico (Google Scholar) e o *ProQuest Dissertations and Theses database*.

5.6.7.1 Google Acadêmico

O Google Acadêmico (Google Scholar) possui interface de livre acesso e fácil manipulação, permite realização de buscas abrangentes na literatura acadêmica. A plataforma disponibiliza entre seus resultados artigos, dissertações, teses, livros, resumos publicações de editoras acadêmicas, organizações profissionais, bibliotecas de pré-publicações, entre outros. Seus resultados auxiliam ainda na identificação das pesquisas mais relevantes do meio acadêmico (GOOGLE ACADÊMICO, 2018).

Seu acesso pode ser realizado pelo *site*: <https://scholar.google.com.br/>.

5.5.7.2 ProQuest *Dissertations and Theses Database*

Maior repositório único de dissertações e teses de pós-graduação, inclui 4 milhões de obras, a ProQuest *Dissertations and Theses Database* foi fundada em 1938, e apresenta coleção com 5 bases de dados (ProQuest Health and Medical Complete, ProQuest Nursing & Allied Health Source, ProQuest Health Management, ProQuest Psychology Journals e ProQuest Family Health) compondo a ProQuest Hospital Collection (PROQUEST, 2018).

Seu acesso pode ser realizado pelo *site*: <http://search.proquest.com/>.

Além das bases de dados eletrônicas, foi realizada busca manual, baseada nas referências dos artigos selecionados para que fossem identificadas referências adicionais que pudessem ter sido perdidas.

5.6 ESTRATÉGIA DE BUSCA

Os descritores controlados e não controlados relacionados com a questão de estudo, que resgatassem efetivamente o maior número de referências, foram selecionados para o direcionamento da busca nas bases mencionadas. Os descritores controlados foram identificados por meio do *Medical Subject Headings* (MESH) (para busca no PubMed, CINAHL, Web of Science, Scopus, e Cochrane Library CENTRAL) e do Descritores em Ciências da Saúde (DECS) (para busca no LILACS).

As palavras-chave foram identificadas por meio de leitura prévia em artigos que abordavam a temática do estudo e todos os termos, controlados ou não, foram pesquisados na plataforma de busca PubMed, como forma de teste, inseridos sem uso de aspas nessa etapa, visando verificar sua classificação (*Mesh Terms, All Fields*) no resultado da busca detalhada (*Search details*) e identificar novos termos que pudessem ser utilizados na busca.

Os termos utilizados para busca e seus resultados detalhados estão apresentados conforme a estratégia PICO, sendo descritos os termos utilizados para definição dos pacientes (Apêndice A), da intervenção/tópico de interesse (Apêndice B) e do desfecho de interesse (Apêndice C).

Os termos selecionados foram inseridos novamente no campo de busca do PubMed, nessa etapa inicial, a fim de identificar os resultados específicos para cada termo. Novamente foram realizadas as buscas de acordo com a estratégia PICO (Apêndices D, E e F). Essa etapa auxiliou na identificação de termos que não retornavam resultados, garantindo que a estratégia final, próxima etapa, contemplaria todos os termos necessários para a busca.

Após essa etapa inicial de teste, de escolha e conferência de todos os termos identificados para composição da estratégia de busca, foram realizados os cruzamentos dos termos encontrados para busca em cada base de dados.

Foram utilizadas aspas para todos os descritores, neste momento, exceto quando foram utilizados no LILACS. Foram cruzados descritores específicos entre si, para cada categoria da estratégia PICO, utilizando o operador booleano OR (quando pertenciam a mesma categoria).

Quando pertenciam a categorias distintas, foram utilizados o operador booleano AND entre as categorias (resultando no cruzamento P AND I AND O).

A busca no PubMed foi realizada cruzando os termos no singular e no plural, por apresentarem resultados diferentes. Os termos identificados como *Mesh Terms* foram buscados inicialmente como *Mesh Terms* e, após, como *All Fields*. Nenhum limite foi aplicado para busca e todos os cruzamentos foram construídos na ferramenta “busca avançada”. A estratégia de busca final realizada para o PubMed está identificada na Tabela 1.

Para a CINAHL (Tabela 2) foi realizada a busca inserindo descritores no plural e singular, com o marcador texto completo (representado por TX) para que os descritores fossem buscados ao longo de todo o texto. Não foram utilizados limites como filtros.

Na base Web of Science a estratégia de busca realizada (Tabela 3) também diferenciou descritores no plural e no singular, por se obter resultados diferentes para cada uma das formas. Não foram utilizados limites como filtros na busca.

Na Scopus a busca realizada apresentada na Tabela 4 não utilizou nenhum limite.

Na Cochrane CENTRAL, por se tratar de uma base que contempla apenas ensaios clínicos, a busca (Tabela 5) limita, necessariamente, os resultados em *trials*.

No LILACS foram utilizados na busca (Tabela 6) os descritores controlados identificados no DECS, utilizados nos idiomas inglês, espanhol e português, por se tratar de uma base trilingue.

Tabela 1 – Estratégia de busca final realizada na base Pubmed. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Busca	Estratégia de busca	Resultado
#4	#1 AND #2 AND #3	51
#3	"play and playthings"[MeSH Terms] OR "play therapy"[MeSH Terms] OR “play and playthings” OR “playthings” OR “plaything” OR “play therapy” OR “play therapies” OR “therapies, play” OR “therapy, play” OR “sandplay therapy” OR “sandplay” OR “therapeutic play” OR “toy” OR “toys” OR “puppet” OR “puppets” OR "games and toys" OR “games”	30470
#2	"ostomy"[MeSH Terms] OR “surgical stomas”[MeSH Terms] OR "tracheostomy"[MeSH Terms] OR "esophagostomy"[MeSH Terms] OR "enterostomy"[MeSH Terms] OR "gastrostomy"[MeSH Terms] OR "colostomy"[MeSH Terms] OR "ileostomy"[MeSH Terms] OR "jejunostomy"[MeSH Terms] OR "cystostomy"[MeSH Terms] OR "ureterostomy"[MeSH Terms] OR “ostomy” OR “ostomies” OR "tracheostomy" OR "tracheostomies" OR "esophagostomy" OR "oesophagostomy" OR "esophagostomies" OR "cervical esophagostomy" OR "cervical oesophagostomy” OR "enterostomy" OR "enterostomies” OR "gastrostomy" OR "gastrostomies” OR "colostomy" OR "colostomies" OR "ileostomy" OR "ileostomies" OR "jejunostomy" OR "jejunostomies" OR "cystostomy" OR "cystostomies" OR "vesicostomy" OR "vesicostomies" OR "suprapubic cystostomy" OR "cystostomy, suprapubic" OR "suprapubic cystostomies” OR "ureterostomy" OR "ureterostomies"	68056
#1	“child”[MeSH Terms] OR "child, preschool"[MeSH Terms] OR "child, institutionalized"[MeSH Terms] OR “child, hospitalized”[MeSH Terms] OR “pediatrics”[MeSH Terms] OR “child” OR “child, preschool” OR “preschool child” OR “children, preschool” OR “preschool children” OR “institutionalized child” OR “child, institutionalized” OR “children, institutionalized” OR “institutionalized children” OR “child, hospitalized” OR “hospitalized child” OR “children, hospitalized” OR “hospitalized children” OR "children" OR “pediatric” OR “pediatrics”	2657157

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Tabela 2 – Estratégia de busca final realizada na base CINAHL. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Busca	Estratégia de busca	Resultado
S4	Search (S1 AND S2 AND S3)	29
S3	TX “play and playthings” OR “playthings” OR “plaything” OR “play therapy” OR “play therapies” OR “therapies, play” OR “therapy, play” OR “sandplay therapy” OR “sandplay” OR “therapeutic play” OR “toy” OR “toys” OR “puppet” OR “puppets” OR "games and toys" OR “games”	759290
S2	TX "ostomy" OR “surgical stomas” OR "tracheostomy" OR "esophagostomy" OR "enterostomy" OR "gastrostomy" OR "colostomy" OR "ileostomy" OR "jejunostomy" OR "cystostomy" OR "ureterostomy” OR “ostomies” OR "tracheostomies" OR "oesophagostomy" OR "esophagostomies" OR "cervical esophagostomy" OR "cervical oesophagostomy” OR "enterostomies” OR "gastrostomies” OR "colostomies" OR "ileostomies" OR "jejunostomies" OR "cystostomies" OR "vesicostomy" OR "vesicostomies" OR "suprapubic cystostomy" OR "cystostomy, suprapubic" OR "suprapubic cystostomies” OR "ureterostomies"	122919
S1	TX “child” OR "child, preschool" OR "child, institutionalized" OR “child, hospitalized” OR “pediatrics” OR “preschool child” OR “children, preschool” OR “preschool children” OR “institutionalized child” OR “children, institutionalized” OR “institutionalized children” OR “hospitalized child” OR “children, hospitalized” OR “hospitalized children” OR "children” OR “pediatric”	9721069

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Tabela 3 – Estratégia de busca final realizada na base Web Of Science. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Busca	Estratégia de busca	Resultado
#4	#3 AND #2 AND #1	15
	Bases de dados= WOS, DIIDW, KJD, RSCI, SCIELO Tempo estipulado=Todos os anos Idioma da pesquisa=Auto	
#3	Tópico=(“play and playthings” OR “playthings” OR “plaything” OR “play therapy” OR “play therapies” OR “therapies, play” OR “therapy, play” OR “sandplay therapy” OR “sandplay” OR “therapeutic play” OR “toy” OR “toys” OR “puppet” OR “puppets” OR "games and toys" OR “games”)	241035
	Bases de dados= WOS, DIIDW, KJD, RSCI, SCIELO Tempo estipulado=Todos os anos Idioma da pesquisa=Auto	
#2	Tópico=("ostomy" OR “surgical stomas” OR "tracheostomy" OR "esophagostomy" OR "enterostomy" OR "gastrostomy" OR "colostomy" OR "ileostomy" OR "jejunostomy" OR "cystostomy" OR "ureterostomy” OR “ostomies” OR "tracheostomies" OR "oesophagostomy" OR "esophagostomies" OR "cervical esophagostomy" OR "cervical oesophagostomy” OR "enterostomies” OR "gastrostomies” OR "colostomies" OR "ileostomies" OR "jejunostomies" OR "cystostomies" OR "vesicostomy" OR "vesicostomies" OR "suprapubic cystostomy" OR "cystostomy, suprapubic" OR "suprapubic cystostomies” OR "ureterostomies")	58580
	Bases de dados= WOS, DIIDW, KJD, RSCI, SCIELO Tempo estipulado=Todos os anos Idioma da pesquisa=Auto	
#1	Tópico=(“child” OR "child, preschool" OR "child, institutionalized" OR “child, hospitalized” OR “pediatrics” OR “preschool child” OR “children, preschool” OR “preschool children” OR “institutionalized child” OR “children, institutionalized” OR “institutionalized children” OR “hospitalized child” OR “children, hospitalized” OR “hospitalized children” OR "children” OR “pediatric”)	3137966
	Bases de dados= WOS, DIIDW, KJD, RSCI, SCIELO Tempo estipulado=Todos os anos Idioma da pesquisa=Auto	

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Tabela 4 – Estratégia de busca final realizada na base SCOPUS. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Campo de Busca	Termos	Resultado
#4	#3 AND #2 AND #1	588
#3	“play and playthings” OR “playthings” OR “plaything” OR “play therapy” OR “play therapies” OR “therapies, play” OR “therapy, play” OR “sandplay therapy” OR “sandplay” OR “therapeutic play” OR “toy” OR “toys” OR “puppet” OR “puppets” OR "games and toys" OR “games”	930665
#2	"ostomy" OR “surgical stomas” OR "tracheostomy" OR "esophagostomy" OR "enterostomy" OR "gastrostomy" OR "colostomy" OR "ileostomy" OR "jejunostomy" OR "cystostomy" OR "ureterostomy” OR “ostomies” OR "tracheostomies" OR "oesophagostomy" OR "esophagostomies" OR "cervical esophagostomy" OR "cervical oesophagostomy” OR "enterostomies” OR "gastrostomies” OR "colostomies" OR "ileostomies" OR "jejunostomies" OR "cystostomies" OR "vesicostomy" OR "vesicostomies" OR "suprapubic cystostomy" OR "cystostomy, suprapubic" OR "suprapubic cystostomies” OR "ureterostomies"	135815
#1	“child” OR "child, preschool" OR "child, institutionalized" OR “child, hospitalized” OR “pediatrics” OR “preschool child” OR “children, preschool” OR “preschool children” OR “institutionalized child” OR “children, institutionalized” OR “institutionalized children” OR “hospitalized child” OR “children, hospitalized” OR “hospitalized children” OR "children” OR “pediatric”	6560921

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Tabela 5 – Estratégia de busca final realizada na base Cochrane Library. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Busca	Estratégia de Busca	Resultado
#4	#3 AND #2 AND #1	3
#3	“play and playthings” OR “playthings” OR “plaything” OR “play therapy” OR “play therapies” OR “therapies, play” OR “therapy, play” OR “sandplay therapy” OR “sandplay” OR “therapeutic play” OR “toy” OR “toys” OR “puppet” OR “puppets” OR "games and toys" OR “games”	4356
#2	"ostomy" OR “surgical stomas” OR "tracheostomy" OR "esophagostomy" OR "enterostomy" OR "gastrostomy" OR "colostomy" OR "ileostomy" OR "jejunostomy" OR "cystostomy" OR "ureterostomy” OR “ostomies” OR "tracheostomies" OR "oesophagostomy" OR "esophagostomies" OR "cervical esophagostomy" OR "cervical oesophagostomy” OR "enterostomies” OR "gastrostomies” OR "colostomies" OR "ileostomies" OR "jejunostomies" OR "cystostomies" OR "vesicostomy" OR "vesicostomies" OR "suprapubic cystostomy" OR "cystostomy, suprapubic" OR "suprapubic cystostomies” OR "ureterostomies"	2795
#1	“child” OR "child, preschool" OR "child, institutionalized" OR “child, hospitalized” OR “pediatrics” OR “preschool child” OR “children, preschool” OR “preschool children” OR “institutionalized child” OR “children, institutionalized” OR “institutionalized children” OR “hospitalized child” OR “children, hospitalized” OR “hospitalized children” OR "children” OR “pediatric”	142435

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Tabela 6 – Estratégia de busca final realizada na base LILACS. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Busca	Estratégia de Busca (Descritores DECS)	Resultado
S4	#3 AND #2 AND #1	
S3	Play and Playthings OR Juego e Implementos de Juego OR Jogos e Brinquedos OR Play Therapy OR Ludoterapia OR Therapeutic Toy	22
S2	Ostomy OR Ostomia OR Estomía OR Estomia OR Surgical Stomas OR Estomas Quirúrgicos OR Estomas Cirúrgicos	
S1	Child OR Niño OR Criança OR Child, Hospitalized OR Niño Hospitalizado OR Criança Hospitalizada OR Child, Preschool OR Preescolar OR Pré-escolar	

Fonte: Elaborado pela própria autora.

As buscas na literatura cinzenta foram realizadas no Google Acadêmico (Tabela 7) e no ProQuest *Dissertations and Theses Database* (Tabela 8), utilizando menor número de descritores, priorizando aqueles mais específicos, considerando a proposta da revisão.

Tabela 7 – Estratégia de busca final realizada no GOOGLE Acadêmico. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Campo de busca	Termos	Resultado
Todas as palavras	“child” “pediatric” “ostomy” “stomas” “stoma”	
No mínimo uma das palavras	"play and playthings" "play therapy" “playthings” "games and toys"	79
Estratégia	“child” “children” “pediatric” “ostomy” “stomas” “stoma” "play and playthings" OR "play therapy" OR “playthings” OR "games and toys"	

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Tabela 8 – Estratégia de busca final realizada no ProQuest *Dissertations and Theses database*. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Termos	Resultado
(“stoma” OR "ostomy") AND "play therapy" AND "child"	36

Fonte: Elaborado pela própria autora.

5.7 PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Para realizar a seleção dos estudos, todos os resultados das buscas foram exportados para a versão *online* do gerenciador de referências *EndNote Basic*, que é uma ferramenta de gerenciamento de pesquisa bibliográfica que possibilita capturar, armazenar, organizar e compartilhar vastas coleções de pesquisas em um único lugar (ENDNOTE, 2018).

Após a remoção das duplicatas, os títulos e resumos encontrados na busca foram analisados por dois revisores de forma independente, com auxílio de um instrumento de coleta de dados elaborado pela autora (Apêndice G), utilizando-se a primeira parte do instrumento.

Os artigos que estavam em conformidade com os critérios de inclusão, em concordância entre os dois revisores e que estivessem nos idiomas português, inglês ou espanhol foram selecionados para serem lidos na íntegra. Para essas referências, o texto completo foi recuperado e lido na íntegra. Os artigos que não atendiam aos critérios de inclusão e exclusão foram excluídos apenas com a concordância dos dois revisores. Nos casos de divergências, os dois revisores discutiram entre si até ser estabelecido um consenso sobre o estudo.

5.8 PROCESSO DE COLETA E ITENS DE DADOS

As informações dos estudos selecionados que são utilizados na revisão sistemática são definidos previamente pelos autores, visto que este procedimento evita retornos frequentes ao texto do artigo, auxiliando dessa forma na escolha de leitura dos artigos elegíveis. São coletados dados sobre autor, data de publicação, tipo de estudo, participantes (número, média de idade, proporção de cada sexo), exposição ou intervenção, desfecho, tempo de seguimento e perdas. A extração dos dados realizadas por dois revisores, trabalhando de forma independente é o recomendado, porém também é aceito que um faça a coleta dos dados e outro faça a conferência desses dados. Para isso podem ser utilizados formulários eletrônicos ou elaborados livremente em editores de texto (PEREIRA E GALVÃO, 2014).

Nos estudos selecionados para análise, nesta revisão, um dos revisores coletou as informações necessárias e o outro procedeu à conferência desses dados, através de um instrumento elaborado para extração dos dados dos estudos incluídos, constando de: primeiro autor, data, país, idade da amostra, tamanho da amostra, tipo de estudo, instrumento de medida, tipo de relato e principais achados.

As informações coletadas foram posteriormente cruzadas. Caso houvesse nessa etapa alguma informação importante indisponível, seria feito contato via correio eletrônico com os autores, no intuito de recuperar tais informações.

5.9 PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS ESTUDOS

Para a realização de avaliação dos estudos incluídos, foi utilizado o instrumento de Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) – Versão 2018 (Anexo B), que foi especificamente desenhado para facilitar a análise da qualidade metodológica de estudos que tenham seguido diferentes desenhos de pesquisa. Este instrumento permitiu descrever e avaliar a qualidade metodológica para os desenhos metodológicos qualitativos resultantes.

A qualidade metodológica dos estudos pôde ser descrita utilizando-se os critérios equivalentes do instrumento. A partir da execução desta análise metodológica, foi possível mensurar a qualidade dos estudos, permitindo também a exclusão, caso fosse necessário.

O instrumento MMAT, utilizado nesta revisão para a avaliação metodológica, é dividido em duas partes, conforme o quadro 3, nas quais a primeira está relacionada a uma triagem dos artigos que foram selecionados, estruturada com duas perguntas, e a segunda corresponde à análise metodológica.

Quadro 3 – Primeira parte do instrumento MMAT - Triagem. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Categoria de estudo projetos	Critérios Metodológicos de Qualidade	Respostas			
		Sim	Não	Sem resposta	Comentários
Perguntas de triagem (para todos os tipos)	1. Existem claras questões de pesquisa?				
	2. Os dados coletados permitem abordar as questões de pesquisa?				
Uma avaliação adicional pode não ser viável ou apropriada quando a resposta for "Não" ou "Sem resposta" para uma ou ambas as perguntas de triagem.					

Fonte: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. Traduzido pela autora.

A pontuação estabelecida para a mensuração dos estudos selecionados foi dividida em cinco escores, correspondentes a 20% cada, utilizando-se descritores (*) inseridos no instrumento MMAT, conforme os estudos iam pontuando em cada critério. No total, atendendo

aos 5 critérios referentes ao tipo de estudo em questão, poderia ser atingido o escore de 100% (*****) dos estudos. Para os estudos qualitativos e quantitativos, essa pontuação consiste do número de critérios dividido por cinco (escores entre 20% (*) para um critério encontrado, variando até 100% (*****) para todos os critérios encontrados). Para estudos de investigação de métodos mistos, a mesma lógica é aplicada com o mesmo método de pontuação.

Dessa forma, a pontuação seria de 20% (*) quando QUAL = 1 ou QUAN = 1 ou MM = 1; ela é de 40% (**) quando QUAL = 2 ou Quan = 2 ou MM = 2; ela é de 60% (***) quando QUAL = 3 ou Quan = 3 ou MM = 3; é de 80% (****) quando QUAL = 4 e Quan = 4 e MM = 4; e é de 100% (*****) quando QUAL = 5 ou QUAN = 5 ou MM = 5 (sendo QUAL a pontuação do componente qualitativo; QUAN a pontuação do componente quantitativo; e MM a pontuação do componente métodos mistos).

5.10 SÍNTESE

Foram sintetizados os resultados de acordo com alguns tópicos importantes dos estudos, tais como: seleção de participantes, como os desfechos foram investigados (relato da criança, dos pais, dos profissionais ou observação do pesquisador), instrumentos de intervenção utilizados, ambiente de utilização do instrumento de intervenção, instrumento de coleta de dados, efeitos da utilização da intervenção

6. RESULTADOS

6.1 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Após a aplicação das estratégias de busca em cada base de dados, conforme descrito, foram geradas 823 referências. Deste resultado foi aplicada a remoção das duplicatas alterando o resultado para 749 estudos, que foram avaliados por seus títulos e resumos, com a aplicação do instrumento de coleta de dados. O resultado desta primeira análise foi de 23 estudos selecionados. Estudos adicionais provenientes das referências dos estudos, por meio de busca manual, não foram identificados. Foi realizada a leitura na íntegra desses 23 estudos selecionados, utilizando como apoio a segunda etapa do instrumento de coleta de dados, e, dessa forma, foi composta a seleção final da amostra. Esse processo de estratificação dos estudos selecionados apresentou como resultado a exclusão de 19 estudos (Quadro 4) e a inclusão de 4 estudos como apresentação final de seleção. A figura 3 apresenta o fluxograma detalhado do processo de seleção dos estudos.

Quadro 4 – Estudos excluídos. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Autor, ano	Justificativa de exclusão
CHIATTO et al, 2018.	Estudo apenas cita o uso do brinquedo.
GLENDON, DREYER, 1993.	Estudo indisponível.
GOTTE et al, 2014.	Não atende aos critérios de inclusão de população e de intervenção.
GUTENTAG, HAMMER, 2000.	Estudo apenas cita o uso do brinquedo.
HANCOCK, 1988.	Não atende ao critério de inclusão de tipo de estudo.
IBANGA, IBANGA, 2011	Não atende ao critério de inclusão de tipo de estudo.
JOHNSON, 1988.	Estudo indisponível.
JORDAN, 2012.	Não atende ao critério de inclusão de população.
KIELHOFNER et al, 1983.	Não atende ao critério de inclusão de desfecho.

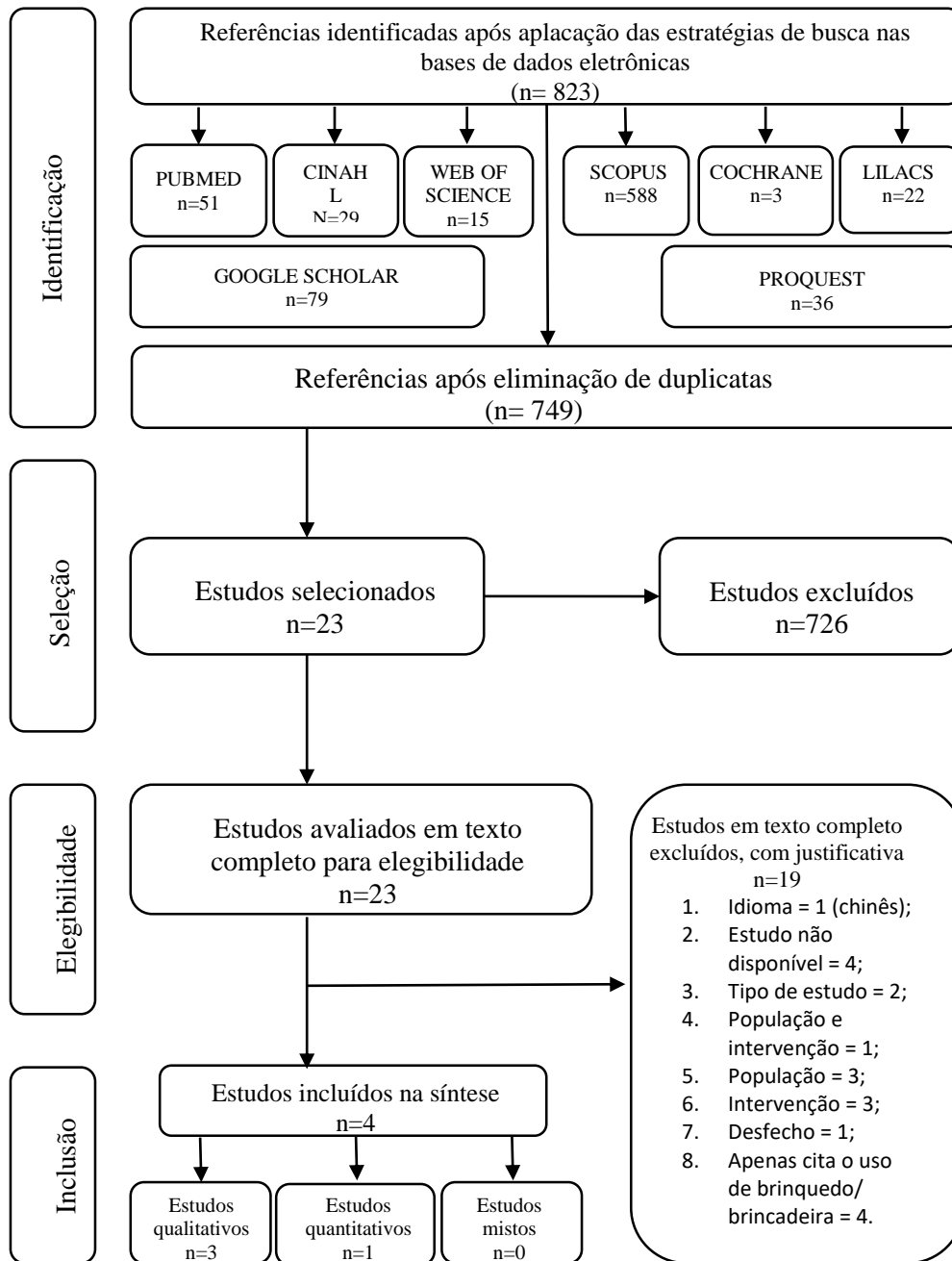
Continua...

...continuação

KIRKLAND, 1985.	Estudo indisponível.
LEITE et al, 2011.	Não atende ao critério de inclusão de intervenção.
MELO et al, 2017.	Não atende ao critério de inclusão de intervenção.
NILSSON et al, 2013.	Não atende ao critério de inclusão de população.
PAN et al, 2009.	Estudo escrito em chinês.
RIORDAN et al, 1984.	Estudo apenas cita o uso do brinquedo.
SCHAFFNER, 2010.	Estudo apenas cita o uso do brinquedo.
STODDARD, WILBERGER, OLAFSON,1993.	Não atende ao critério de inclusão de população.
TISDALE, 1977.	Estudo indisponível.
ZACARIN et al, 2014.	Não atende ao critério de inclusão de intervenção.

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Figura 3 - Fluxograma representativo da busca dos artigos e seus critérios de seleção. Brasília, DF, Brasil, 2018.



Fonte: PRISMA (MOHER et al, 2009). Adaptado pela autora

6.2 CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Foram selecionados os artigos representados no quadro 5. Todos foram publicados na língua inglesa, em anos distintos, no período de 1991 a 2017, com diferença de 26 anos entre a publicação mais antiga e a mais recente. Os países dos autores dos 4 artigos variaram entre 1 publicação da Inglaterra, 2 publicações dos Estados Unidos e 1 de Israel.

Os artigos em questão foram publicados em periódicos diferentes, sendo, em ordem cronológica: 1 no *Journal of Applied Behavior Analysis* (DERRICKSON et al, 1991), 1 no *Paediatric Nursing* (CRAWFORD, RAVEN, 2002), 1 no *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* (DEROWE et al, 2003) e o último e mais recente no *Journal of Child and Family Studies* (NABORS, LIDDLE, 2017). Quanto ao fator de impacto dos periódicos relacionados, em 2017/2018, são, respectivamente, de 1.534, 1.744, 1.305 e 1.588.

Quadro 5 – Estudos incluídos. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Nº	Autor, ano	Título	Tipo de estudo	Idade	Tamanho da amostra	Resultados	País	Idioma
1	CRAWFORD, RAVEN, 2002	Play preparation for children with special needs	Observacional	2 a 18 anos	8	Altos níveis de satisfação; aumento da capacidade em lidar de forma eficaz; importância do envolvimento dos pais e dos profissionais; motivação à entender sobre sua situação; aplicabilidade em qualquer nível de desenvolvimento.	Inglaterra	Inglês
2	DEROWE et al, 2003	Improving children's cooperation with tracheotomy care by performing and caring for a tracheotomy in the child's doll - a case analysis	Observacional	2 anos	1	Aumento da capacidade em lidar de forma eficaz; permanência de melhor desempenho; redução de estresse, angústia e ansiedade; melhora do bem-estar da criança; adesão ao tratamento; motivação da criança a entender sobre sua situação.	Israel	Inglês
3	DERRICKSON et al, 1991	Teaching self-administration of suctioning to children with tracheostomies	Experimental	5 a 8 anos	4	Altos níveis de satisfação; aumento da capacidade em lidar de forma eficaz; permanência de melhor desempenho; redução de estresse, angústia e ansiedade; importância do envolvimento dos pais e profissionais; motivação a entender sobre sua situação; facilitação do refinamento do autocuidado; promoção de maior independência; oportunidade de avaliação do nível atual de conhecimento e enfrentamento.	Estados Unidos	Inglês
4	NABORS, LIDDLE, 2017	Perceptions of Hospitalization by Children with Chronic Illnesses and Siblings	Observacional	3 a 12 anos	29	Aumento da capacidade em lidar de forma eficaz; redução de estresse, angústia e ansiedade; melhora do bem-estar; motivação a entender sobre sua situação; importância do envolvimento dos pais e dos profissionais; promoção de maior independência; oportunidade de avaliar o nível atual de conhecimento e enfrentamento.	Estados Unidos	Inglês

Fonte: Elaborado pela própria autora

6.3 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS

Dos quatro estudos resultantes que foram selecionados e incluídos na revisão sistemática, foram identificados três como estudos qualitativos e um como estudo quantitativo não randomizado. Todos os estudos são artigos, que foram submetidos à avaliação metodológica pelo instrumento MMAT. Dos quatro artigos avaliados pelo instrumento, três receberam pontuação de 100%, pois atenderam a todos os critérios na avaliação de qualidade com a utilização do instrumento MMAT, e um recebeu pontuação de 80%, pois não atendeu ao critério de interpretação dos resultados, não sendo suficientemente fundamentada por dados.

No Quadro 5, está apresentada a avaliação com utilização do instrumento MMAT, dos 4 artigos, enumerados conforme identificação do quadro 5. Neste quadro estão apresentadas apenas 2 partes, as destinadas aos estudos qualitativos e quantitativos não randomizados, sem prejuízo da compreensão, por ser este o escopo em questão, visto que os artigos com desenhos de pesquisa diferentes a estes foram excluídos, não sendo necessárias, portanto, as apresentações das partes dos estudos que não foram utilizados. No anexo B está apresentado instrumento completo e traduzido.

Quadro 6. Aplicação de avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, de acordo com instrumento MMAT. Tradução. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Tipo de Estudo	Critérios de Qualidade Metodológica	Artigos			
		1	2	3	4
1. Qualitativo	1.1. A abordagem qualitativa é apropriada para responder à questão de pesquisa?	*	*		*
	1.2. Os métodos de coleta de dados qualitativos são adequados para abordar a questão de pesquisa?	*	*		*
	1.3. Os resultados são adequadamente derivados dos dados?	*	*		*
	1.4. A interpretação dos resultados é suficientemente fundamentada por dados?		*		*
	1.5. Existe coerência entre fontes de dados qualitativos, coleta, análise e interpretação?	*	*		*
3. Quantitativo não randomizado	3.1. Os participantes são representativos da população-alvo?			*	
	3.2. As medições são apropriadas em relação ao resultado e intervenção (ou exposição)?			*	
	3.3. Existem dados completos sobre os resultados?			*	
	3.4. Os fatores de confusão são contabilizados no projeto e na análise?			*	
	3.5. Durante o período do estudo, a intervenção foi administrada (ou a exposição ocorreu) como pretendido?			*	

Fonte: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. Traduzido pela autora.

6.4 SÍNTESE DE RESULTADOS

6.4.1 Participantes / população

Os estudos variaram na composição de participantes da pesquisa, com amostras compostas de número restrito de participantes, variando de 1 participante para análise de caso (DEROWE et al, 2003) ao máximo de 29 participantes para um estudo qualitativo (NABORS, LIDDLE, 2017). As estomias abordadas nos estudos estão representadas no gráfico.

No estudo 1 (CRAWFORD, RAVEN, 2002), configurado como relato de experiência, sua amostra compreendida em 8 crianças com necessidades especiais foi obtida na comunidade, atendida em seu domicílio por enfermeiras de comunidade, em Nottingham, na Inglaterra. Não houve informação específica quanto às idades das crianças em questão, apenas a informação de que são atendidas crianças de 0 a 19 anos de idade, com necessidades especiais e idade mental inferior à fisiológica. As crianças do estudo foram submetidas à confecção de gastrostomia.

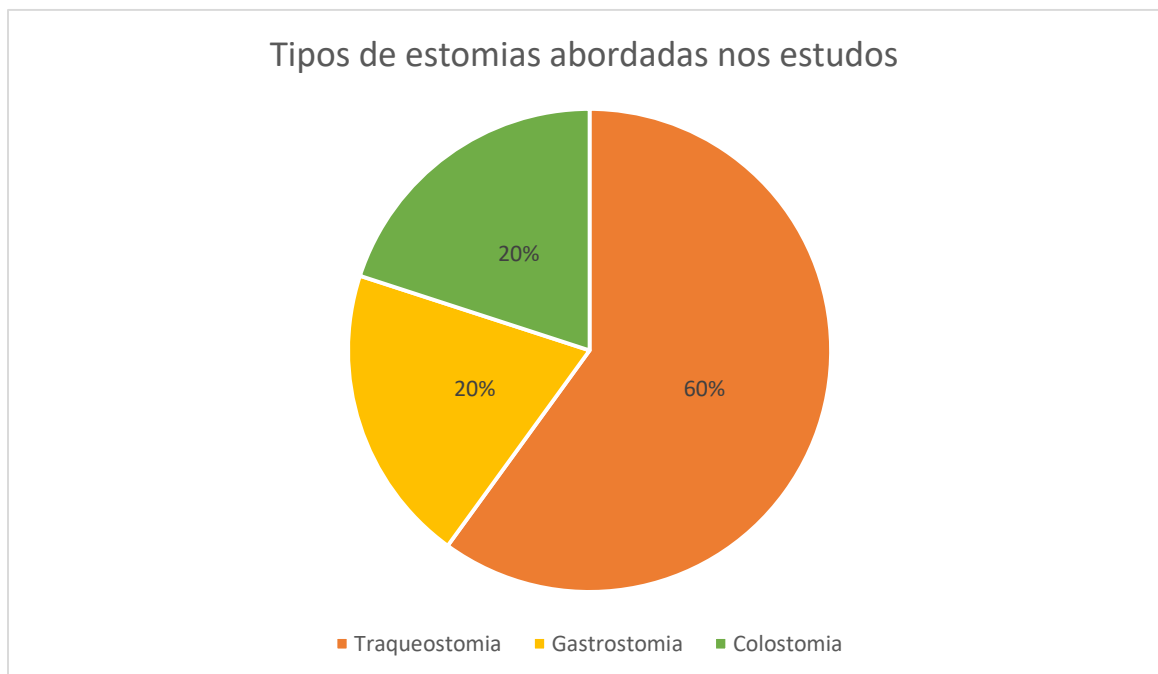
O estudo 2 (DEROWE et al, 2003) trata-se de uma análise de caso, de 1 criança, menina, com 2 anos de idade, que foi submetida a hospitalização e procedimento cirúrgico de confecção de traqueostomia, em Israel.

Já o estudo 3 (DERRICKSON et al, 1991), quantitativo, experimental, com desenho de investigação de sujeito único, é composto de um conjunto de métodos científicos rigorosos, e apresentou como amostra 4 crianças, com idades entre 5 e 8 anos, que tiveram traqueostomias por 6 meses ou mais. Foi realizado em dois ambientes distintos, sendo metade das crianças (2) submetidas ao estudo em suas salas de aula pré-escolares e a outra metade (2) em suas casas, em uma cidade dos Estados Unidos. Todas as crianças haviam sido submetidas a confecção de traqueostomia. As habilidades cognitivas mensuradas variaram de 4 a 5,25 anos, em vários testes administrados pelas escolas. Duas crianças frequentaram escolas de ensino fundamental regular e 2 foram matriculados em pré-escolas privadas para crianças com “condições de desvantagem”. Duas das crianças tiveram enfermeiros particulares e as necessidades clínicas das outras 2 as crianças eram administradas exclusivamente pela família ou por profissionais da escola.

No estudo 4 (NABORS, LIDDLE, 2017), participaram 29 crianças, dentre elas, crianças com condições clínicas crônicas e irmãos de crianças com condições clínicas crônicas que residiam temporariamente em uma Casa de Ronald McDonald (RMH), local em Cincinnati, Ohio, nos Estados Unidos. Dessa amostra, 9 crianças eram submetidas à procedimentos médicos em um hospital infantil, devido às doenças crônicas, uma delas submetida à confecção

de traqueostomia, com idades de 3 a 11 anos (média de 6 anos e 6 meses), sendo 1 menino e 8 meninas. Além destes, seus irmãos também participaram do estudo, sendo 8 irmãos (quatro meninos e quatro meninas), também residentes no RMH, com idade entre três a 12 anos (média de 6 anos e 3 meses). Participaram da auditoria por membros de verificação 9 crianças, sendo seis delas crianças que tinham doenças crônicas (um tinha possuía colostomia secundária à doença de Chron e outro possuía colostomia secundária a ter sido submetido a várias cirurgias por "ânus imperfeito"), cinco eram meninos e quatro eram meninas, a idade média foi de 6 anos e 8 meses, com uma faixa etária de 3 a 10 anos. Três irmãos, meninos, também participaram.

Gráfico – Tipos de estomias abordadas nos estudos. Brasília, DF, Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado pela própria autora.

6.4.2 Diagnóstico situacional motivador do estudos

O estudo 1 (CRAWFORD, RAVEN, 2002) se insere em um contexto de falta de preparação utilizando brincadeiras/brinquedo direcionadas para crianças com necessidades especiais e complexas. Das oito famílias, a apenas três foram oferecidas terapia de distração no pós-operatório, e a nenhuma delas foram oferecidos preparativos pré-operatórios com distração ou brinquedo. Os especialistas do hospital que atende a comunidade expressaram as

dificuldades que encontraram preparando crianças com necessidades especiais, pela dificuldade de entendimento, devido à deficiência de comunicação.

No estudo 2 (DEROWE et al, 2003), durante o pós-operatório, a criança respondeu com extrema ansiedade e recusou-se a cooperar com os cuidados da traqueostomia, incluindo aspiração, mudança de fixação e mudança de cânula. Os profissionais e os pais observaram grave aflição emocional da criança. Quando a equipe de enfermagem, ou até mesmo os pais, se aproximavam com o cateter de aspiração, a criança chorava e resistia fisicamente tanto quanto fosse possível, sendo necessário uso de força, o que aumentou ainda mais a angústia da criança.

No estudo 3 (DERRICKSON et al, 1991), os autores foram motivado a investigar sobre a eficácia do uso de bonecas para ensinar crianças pequenas com traqueostomia a se autoadministrar o procedimento de aspiração, uma vez que o ensino de autorrealização de procedimentos clínicos pode apresentar dificuldades, quando demandam invasão ao corpo apenas para fins de treinamento ou se o treinando, porventura, cometer erros potencialmente perigosos.

No estudo 4 (NABORS, LIDDLE, 2017), a situação abordada é a influência que os ambientes exercem sobre o desenvolvimento das crianças, moldando-o. Para que seja aprimorada a atenção a essa questão, nas instituições de saúde, entender os sentimentos e percepções de crianças com doenças e seus irmãos, sobre hospitalização, fez-se necessário.

6.4.3 Intervenção e materiais utilizados

No estudo 1 (CRAWFORD, RAVEN, 2002), as autoras utilizaram a intervenção de brinquedo terapêutico instrucional, denominada pela autora como “preparação com brincadeira”. Foram utilizados os bonecos da Minnie e Mickey-Mouse, por julgarem ser personagens familiares para a maioria das crianças, e ser retratados como felizes e amigáveis. Escolheram ainda este tipo de boneco por não ser a imagem de uma criança “normal”. Tanto Minnie quanto Mickey possuíam dispositivos de gastrostomia de baixo perfil, tipo *botton* “mickey”, que poderiam ser inseridos, removidos e manipulados em brincadeiras.

Ainda neste estudo 1 (CRAWFORD, RAVEN, 2002), a abordagem era feita em uma visita inicial ao domicílio da criança, Minnie e Mickey eram então apresentados para as famílias em casa, para familiarizá-los com o funcionamento da gastrostomia. Mickey era utilizado para mostrar aos pais onde o dispositivo seria colocado em seu filho e como ficaria. Era dada aos pais a oportunidade de conectar os tubos de alimentação, verificar o nível de água do balonete do dispositivo e como realizar a troca do dispositivo, explicando que o procedimento seria um

pouco mais diferente em seu filho do que no Mickey. A criança também era apresentada ao Mickey, no qual também era mostrado seu *botton* de “mic-key”, que a criança pode ver e tocar. Informações sobre o dispositivo também foram dadas à criança, de acordo com seu nível cognitivo. Era apresentado para a criança como os alimentos são dados, encorajando-a a ter um papel ativo em relação ao cuidado da gastrostomia, quando apropriado. Um folheto informativo era, ao final, deixado aos pais e cuidadores, contendo as principais informações relacionados ao cuidado com a gastrostomia. Não foi informado o tempo ou período de intervenção.

No estudo 2 (DEROWE et al, 2003), a intervenção utilizada foi aplicação do brinquedo terapêutico instrucional, utilizando para isso a boneca preferida da criança. Uma traqueostomia simulada foi realizada e instalada uma cânula na boneca favorita da criança, com fixação. A criança foi então ensinada a aspirar a cânula de traqueostomia da boneca e a trocar a cânula e fixação. Após isso, o cuidador realizava os cuidados na traqueotomia da criança, enquanto a criança aplicava o cuidado ensinado à sua boneca.

No estudo 3 (DERRICKSON et al, 1991), realizaram a intervenção de brinquedo terapêutico instrucional, para treinamento de autoadministração de procedimento clínico de aspiração de via aérea (traqueostomia) com simulação, utilizando uma boneca oca de plástico, com tubo de traqueostomia inserido em seu pescoço durante o treinamento de simulação. Foram utilizados como materiais para aspiração, incluindo aspiradores portáteis, bolsa-válvula-máscaras “ambú” (para hiperoxigenação com ar ambiente), catéteres de aspiração, água destilada, ampolas de soro fisiológico e lenço.

Neste estudo 3 (DERRICKSON et al, 1991), as habilidades foram ensinadas por meio de simulações em boneca e depois as habilidades *in vivo* foram avaliadas. Os participantes foram informados de que eles poderiam aprender a aspirar suas próprias traqueostomias, mas que primeiro "ajudariam na aspiração da boneca", antes de aspirarem a deles próprios. O treinamento de simulação consistia em ensinar as três (ou quatro) áreas de habilidades para o procedimento de aspiração. Uma análise de habilidades na tarefa de aspiração, baseada em descrições de processos disponíveis e uma série de observações diretas, resultaram em três áreas de habilidades básicas para 3 das crianças, e quatro áreas de habilidades básicas para uma das crianças, sendo elas: equipamento para montagem e montagem (duas áreas de habilidade separadas para uma das crianças), aplicação de aspiração e limpeza. O número total de etapas-alvo variou de 13 a 24.

Os participantes do estudo 3 (DERRICKSON et al, 1991) foram informados dos passos a serem executados em cada área de habilidade a ser treinada. O experimentador então simulou os passos do alvo com a boneca enquanto verbalizava suas ações. A partir daí, estudos de

desempenho foram iniciados, a criança foi então solicitada a aspirar o traqueostomia da boneca e verbalizar o que ele ou ela estava fazendo para a boneca. A boneca foi manipulada de uma posição sentada no colo da criança, de frente para frente, para simular as topografias das condições de estímulo para o desempenho de resposta de autoaspiração. As respostas corretas foram seguidas imediatamente por louvor descritivo. Após resposta incorreta, o instrutor forneceu *feedback* descritivo e novamente simulou a resposta correta com a boneca. Um sistema de gráfico de estrelas foi usado em todos os treinamentos para reforçar a participação. No final de cada sessão, era dada à criança uma estrela se ele ou ela tivesse sido cooperativo enquanto "ajudando na aspiração da boneca". No final de semana, se a criança tivesse ganhado uma estrela em cada sessão, ele ou ela poderia selecionar um adesivo especial. As sessões de treinamento foram conduzidas desta maneira até ser obtido um critério de domínio de habilidade de 100% de respostas corretas, que foi cumprido em todas as etapas-alvo dentro de uma determinada área de habilidade ao longo de duas sessões consecutivos de treinamentos. A duração da sessão variou de 10 a 20 min. diários de 1 a 8 semanas.

No estudo 4 (NABORS, LIDDLE, 2017), a intervenção aplicada foi utilização do brinquedo terapêutico de catarse emocional ou de dramatização, com aplicação de entrevista semiestruturada e filmagem. Foram utilizados materiais de artes, incluindo: papel de seda, feltro, pequenas caixas, adesivos (espuma, metálico e papel), uma polegada de diâmetro de pompons, pincéis de pintura, copos pequenos de papel ofício, tubos de papel colorido brilhante, marcadores, papel de construção, lápis de cor, cola, tesoura e brinquedos "Playmobil™", que consistiam em pequenas figuras (crianças e adultos), leitos hospitalares, linhas intravenosas (IV), bolsas, ambulâncias e cadeiras de rodas.

Durante este estudo 4 (NABORS, LIDDLE, 2017), crianças com doenças crônicas (ou seja, pacientes) e irmãos completaram uma entrevista com a brincadeira e um grupo separado de pacientes e irmãos completaram um processo de verificação para auditar temas gerados a partir da codificação das entrevistas com brincadeiras. A entrevista começou com a construção de um quarto de hospital. A criança recebeu uma caixa de sapatos e, em seguida, o entrevistador declarou: "Vamos usar essa caixa de sapatos para construir um quarto de hospital". Juntamente com a caixa de sapatos, cada criança recebeu materiais de artes. A criança, assim, começou o projeto construindo seu próprio quarto de hospital. Depois que o quarto do hospital foi concluído, a criança tinha a opção de colocar brinquedos e figuras hospitalares feitos pela Playmobil™ Corporation na sala. Como alternativa, a criança poderia decidir se ele ou ela queria fazer bonecas de papel para colocar no quarto, usando papel de construção e marcadores, desenhadas pela criança ou pelo entrevistador, a critério da criança. Em seguida, o entrevistador

usou um protocolo para conduzir as entrevistas de maneira consistente. Primeiro, o entrevistador pediu à criança: "Conte uma história sobre o quarto do hospital". Durante a "história" o entrevistador pediu à criança para descrever cada personagem da história e descrever como eles estavam se sentindo. Em segundo lugar, para garantir que as crianças explorassem sentimentos negativos, o entrevistador perguntou se os personagens estavam se sentindo solitários, preocupados ou tristes e por que eles sentiram isso. E finalmente, o entrevistador perguntava à criança o que poderia acontecer com os personagens no futuro.

Durante a intervenção do estudo 4 (NABORS, LIDDLE, 2017), os pais ficavam em uma mesa próxima ou em uma sala de estar ao lado das mesas, conforme seus filhos iam participando da entrevista. As crianças poderiam completar um cartão ou desenho em uma "mesa de arte" ou jogar um jogo em uma "mesa de jogos", enquanto não chegava sua vez de participar da entrevista. Um paciente, uma menina, decidiu desistir da entrevista e outro paciente queria criar uma estrutura além do hospital e não completou a entrevista. Um irmão não completou a entrevista porque o pai afirmou que teria que sair cedo para ver seu irmão que estava no hospital infantil. Entrevistas foram transcritas textualmente e, em seguida, os vídeos foram destruídos. As entrevistas foram conduzidas ao longo de sete grupos de atividade de 2 horas de maio a agosto de 2016. As entrevistas variaram de 15 a 40 minutos de duração e foram realizadas em mesas na área comum do RMH.

Neste estudo 4, ainda, as entrevistas aos membros de verificação, ocorreram após a codificação de dados, na qual o primeiro autor desenvolveu uma lista dos temas positivos e negativos. Então, o primeiro autor entrevistou as crianças deste grupo em novembro e dezembro de 2016. A duração de cada entrevista foi de cerca de cinco minutos. O primeiro autor mostrou a cada criança a lista de temas positivos e negativos e perguntou para a criança se os temas descreveram suas experiências com precisão. Se a criança fosse um irmão, o primeiro autor também perguntava para a criança se os temas representavam as experiências da criança na família que tinha o paciente. As crianças deram uma resposta "sim" àqueles temas que eles acreditavam ter representado com precisão suas experiências ou às experiências da criança que tinha paciente.

6.4.4 Método de coleta dos dados

No estudo 1 (CRAWFORD, RAVEN, 2002), os dados foram coletados por meio de método qualitativo, com observação direta dos participantes. Foram definidos os indivíduos e/ou grupo observados, que foram as crianças com necessidades especiais submetidas a cirurgia

eletiva de confecção de gastrostomia, em período pré ou pós-operatório. Foi definido o local onde aconteceu o procedimento que, neste caso, foi no domicílio da criança, e as impressões dos investigadores foram registradas. Não foram descritas todas as condições para a realização da observação.

No estudo 2 (DEROWE et al, 2003), a coleta dos dados ocorreu também por método qualitativo, com observação direta da participante. O indivíduo definido é a criança com traqueostomia, o local definido foi o hospital em que estava internada, e as impressões dos investigadores foram registradas. Também não foram descritas todas as condições para a realização da observação.

O estudo 3 (DERRICKSON et al, 1991) apresentou sua coleta de dados em método quantitativo, experimental, por meio de observação estruturada, com desenho de investigação de sujeito único, formado por um conjunto de métodos científicos rigorosos, reconhecidos internacionalmente como fonte de evidências empíricas. Um *design* de linha de base múltipla entre os assuntos (não simultânea) e habilidades (concorrente) foi utilizado. O experimentador marcou cada passo da análise de tarefa como sendo executada corretamente ou incorretamente, de acordo com os critérios estabelecidos. Verificações de confiabilidade foram realizadas pelo experimentador e observadores treinados para todas as crianças. Registros experimentais e observacionais foram comparados passo a passo (concordância sobre as etapas executadas corretamente e incorretamente) com confiabilidades estimativas calculadas dividindo o número de acordos por acordos mais desacordos e multiplicando por 100. Foi realizada a avaliação da integridade processual, com um observador registrando cada ocorrência. Realizaram, ainda, avaliações de acompanhamento realizadas pelo experimentador e/ou o prestador de cuidados de saúde da criança e validação social com questionário de satisfação.

No estudo 4 (NABORS, LIDDLE, 2017), para a coleta dos dados foi utilizado o método qualitativo, com observação direta do indivíduo, registrada em gravação de som e imagem, com entrevista, além da utilização de técnicas projetivas. Houve codificação por pares e auditoria de verificação por membros. Os dados foram transcritos e codificados, realizaram processo de verificação para melhorar a confiabilidade do estudo.

6.4.5 Medidas de desfecho

No estudo 1 (CRAWFORD, RAVEN, 2002), o relato de experiência apresentou, como resultado da aplicação da intervenção com brinquedo terapêutico, que os brinquedos utilizados se mostraram muito bem recebidos; sugerem que a atividade lúdica não serve apenas para

distrair a criança e, sim, que também aumentam a capacidade da criança de lidar de forma eficaz com sua situação clínica; que as técnicas de distração e preparação com brincadeiras para crianças com comunicação limitada devem ser ensinadas às famílias e aos cuidadores; que padrões profissionais e exigência de cuidados equitativos demandam que esta preparação com brincadeira seja acessível para todas as crianças, seja qual for o seu nível de desenvolvimento.

O estudo 2 (DEROWE et al, 2003), como resultado da análise de caso após utilização da intervenção, apresentou a observação de imediata redução da angústia da criança e o alcance da adesão ao tratamento; apresentou, ainda, que este melhor comportamento e tolerância ao cuidado com a traqueostomia continuou durante o último ano de acompanhamento; o alívio da angústia em torno do cuidado da traqueostomia melhorou o bem-estar da criança; sugeriram, por fim, que a utilização do brinquedo da criança pode aliviar a aflição em torno dos cuidados com o estoma.

No estudo 3 (DERRICKSON et al, 1991), o desempenho de todas as crianças melhorou em função do treinamento utilizando o brinquedo; a habilidade de manutenção foi demonstrada por todos os participantes durante as avaliações de seguimento realizadas de 2 a 6 semanas pós-treinamento; resultados de um questionário preenchido por cuidadores e entrevistas com as crianças revelaram altos níveis de satisfação com os procedimentos e resultados do treinamento; o treinamento com bonecas parece ser uma ferramenta viável para treinar a autoadministração de aspiração; utilizar a boneca oferece maiores oportunidades de treinamento, motiva a criança a participar de treinamento e impede a exposição da criança a condições assustadoras; o treinamento com bonecas facilita o refinamento da criança na autoadministração da técnica, sem a possibilidade de consequências prejudiciais; é necessário o envolvimento dos pais da criança e, quando aplicável, os professores da criança, auxiliares, e enfermeiros; promoção de maior independência; há modificação de padrões de comportamento e atenuação do estresse, pela associação das bonecas às atividades lúdicas.

No estudo 4 (NABORS, LIDDLE, 2017), os pais foram uma forte fonte de apoio por intermédio da sua presença e de seu cuidado com os pacientes e as crianças; resultados apoiaram a ideia de que os resultados de enfrentamento imaginário positivo estavam ocorrendo durante as histórias contadas por crianças com condições clínicas e seus irmãos; crianças com condições clínicas crônicas também expressaram estresse e medos relacionados a experiências médicas; muitas crianças "recontaram" suas próprias histórias médicas durante a brincadeira; crianças com condições clínicas expressaram medo de alguns procedimentos; o apoio dos pais foi um fator de resiliência para crianças com condições clínicas, e distração e técnicas calmantes foram ferramentas de enfrentamento úteis para ajustar a procedimentos estressantes ou preocupação

em estar no hospital; os desejos das crianças eram de ficar melhores e ficar curadas; a doença era vista como um assunto de família e algo que todos ajudavam; o irmão era um “ajudante” na luta contra a doença; sentimentos negativos, incluindo medo e raiva em relação aos médicos e enfermeiros, foram mencionados também pelos irmãos; além disso, a brincadeira do irmão indicava preocupação sobre questões de saúde; mais pesquisas usando técnicas de brincadeiras e entrevistas indiretas em sessões individuais com crianças podem fornecer *insights* adicionais sobre as percepções de crianças e irmãos de experiências hospitalares; resiliência e esperança foram expressadas por crianças pequenas apresentando funcionando positivo sob circunstâncias muito estressantes; contrário às expectativas dos autores, crianças mais novas, na faixa de idade pré-escolar, não expressaram mais temas relacionados ao medo do que crianças mais velhas.

7. DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática de estudos mistos teve por objetivo descrever o efeito da utilização do brinquedo terapêutico em crianças com estomias. Foram incluídos 5 estudos, com apenas 1 utilizando-se de métodos quantitativo, experimental, com desenho de investigação de sujeito único e os demais apresentaram seu contexto de forma qualitativa. Após a integração dos resultados apresentados em cada estudo, os itens descritos foram relacionados de forma a promover uma síntese e discussão mais abrangente sobre o assunto.

Três estudos (CRAWFORD, RAVEN, 2002; DERRICKSON et al, 1991; NABORS, LIDDLE, 2017) abordaram a questão do local de aplicação da intervenção em ambiente não hospitalar, seja no domicílio, residência temporária ou escola. Entretanto, um estudo considerou a aplicação da intervenção no hospital (DEROWE et al, 2003).

Desse modo, a utilização do brinquedo terapêutico como intervenção na assistência à criança com estomia pode ser aplicada em qualquer um destes ambientes, que a criança e família frequentam, podendo ser, ainda, expandido para creches e consultórios, visto que o ambiente não hospitalar não é empecilho para a aplicação e condução dessa intervenção.

Quanto à idade, 3 artigos permitiram a identificação da idade da amostra, possibilitando a avaliação de respostas à intervenção dentro de faixa etária específica (DEROWE et al, 2003; DERRICKSON et al, 1991; NABORS, LIDDLE, 2017) e 1 estudo apresentou apenas a faixa etária de escopo de atendimento, porém sem especificar idade da amostra atendida ou estratificação de atendimento por idade (CRAWFORD, RAVEN, 2002). A idade mais abordada nos estudos foi, portanto, a faixa etária de 5 a 8 anos, visto que 3 dos 4 estudos que citam a idade amostral compreendem crianças que se incluem nessa faixa. Essa faixa etária apresenta a peculiaridade de estar na transição entre a fase pré-escolar e escolar.

O pré-escolar representa o grupo mais vulnerável a vivenciar a ansiedade típica da separação e ao estresse da hospitalização e de procedimentos clínicos. Ela vivencia nessa fase inicial de desenvolvimento a iniciativa, a culpa e a separação, e trabalha esses sentimentos associados às fantasias, além do medo ainda mesclado do que é real e do que é do imaginário. Nesta fase a criança teme pela mutilação, castração, dor e perda de controle da situação. É ainda nessa fase que a sua identidade sexual começa a se instalar. Nessa fase, a hospitalização ou enfrentamento de doenças clínicas implicam ainda em crítica influência em relação às suas percepções e reações em lidar com a doença, a hospitalização, a dor e a separação, representando a perda do controle no dito contexto de autopoder em que estava ambientado (MOTTA, 2012).

Aliado à esse contexto, temos ainda nessa faixa etária de destaque o escolar que apresenta todas essas características, porém com a necessidade de demonstrar coragem e enfrentamento do sentimento de inferioridade, reagindo em maior frequência com isolamento, depressão, tédio, sono excessivo e raiva (MOTTA, 2012).

A motivação dos estudos apresentados representam a necessidade de adaptação de intervenções em saúde às crianças com estomias e condições crônicas de saúde, condicionando a essa adaptação uma comunicação efetiva com a criança, para que ela própria compreenda o que está acontecendo com ela e como lidar de forma positiva com a situação, para que seu desenvolvimento não seja prejudicado pelos sentimentos negativos, de culpa, ansiedade, medo, frustração e perda de controle, e que não sejam determinantes na formação de sua personalidade e na forma de lidar com demais situações de sua vida. Nesse contexto, o estudo de CRAWFORD, RAVEN, 2002, refere que a experiência hospitalar pode ser assustadora, por ser desconhecida, que a criança tem de se adaptar a diferentes pessoas e a uma rotina diferente, e para isso é essencial que todas as crianças sejam preparadas para tais experiências, seja qual for seu nível de desenvolvimento.

Para que a preparação da criança e o seu enfrentamento da condição clínica sejam abordados de forma efetiva e que seja eficaz na melhor condução do tratamento e cuidado desta criança, a intervenção assistencial utilizando o brinquedo terapêutico se instala como uma técnica terapêutica que transcende a realidade não compreendida pela criança e adentra ao seu pensamento crítico de forma a abordá-lo de maneira familiar, prazerosa e espontânea. Aí, neste universo, a relação terapêutica entre o profissional de saúde e a criança se instala, cabendo ao profissional, neste momento, propiciar ao seu público-alvo as ferramentas para o desenvolvimento de uma consciência de retomada do autocontrole da situação. Esse empoderamento da criança permite que a adesão terapêutica seja incorporada.

Como apresenta DEROWE et al, 2003, as crianças usam brincadeiras como expressão de sua compreensão do mundo. Brincar para as crianças serve como um modo de expressão através do qual a ansiedade e a agressão podem ser deslocadas, e transformadas para uma melhor adaptação. Para a criança hospitalizada, esta brincadeira terapêutica estabelece um terreno comum entre lar e hospital, proporcionando a ela uma oportunidade para recuperar um senso de autonomia e domínio. O uso do brinquedo com o paciente pediátrico aumenta a compreensão da criança sobre suas experiências e promove a comunicação entre a criança e a equipe do hospital.

Nesse sentido, o estudo 4 (NABORS, LIDDLE, 2017), o mais recente dentre os que compõem esta revisão, apresenta que as crianças podem ser mais aptas a expressar sentimentos

de incerteza e sentimentos negativos indiretamente através da brincadeira. Após a intervenção com brinquedo, tiveram como resultado que as crianças com doenças e seus irmãos apresentaram sentimentos de tristeza e se preocuparam durante a entrevista com brincadeira. Para os pacientes, isso pode ser relacionado a estar no hospital e para irmãos isso muitas vezes envolvia a observação de seu irmão ou irmã passando pela hospitalização. As brincadeiras eram uma saída para as crianças expressarem seus medos e sentimentos negativos relacionados à hospitalização. Participar da intervenção com brincadeira permitiu que as crianças expressassem seus sentimentos indiretamente, dando-lhes uma medida de controle sobre sentimentos perturbadores e estressantes. O ato de construir seus próprios quartos de hospital proporcionou às crianças um palco para discutir suas questões, em um local em que eles controlavam o resultado. O brinquedo ofereceu, portanto, a retomada, pelo menos durante aquele momento, do seu controle da situação em seu autopoder, corroborando com o que a literatura aponta. O tempo tomado para construir o hospital de brinquedo também permitiu que o entrevistadores estabelecessem vínculo com as crianças, para que fosse mais fácil discutir sentimentos que poderiam ser difíceis de processar, como tristeza e condição de saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS / CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática embasa a importância da utilização do brinquedo terapêutico na assistência às crianças com estomias, apresentando em seu resultado os efeitos positivos da realização desta intervenção, como mecanismo de apropriação do autoconhecimento da criança e enfrentamento da situação clínica vivenciada, proporcionando, assim, um meio de minimizar possíveis traumas associados à sua condição. Os fatores fundamentais apresentados, que são os pilares para que isso seja possível, são: utilização da brincadeira como instrumento de intervenção, o envolvimento dos pais e dos profissionais sensibilizados com a questão.

O brinquedo terapêutico foi apresentado como um instrumento de intervenção eficaz, que proporciona e consolida o elo de comunicação entre profissional e criança, com efeitos positivos relacionados ao enfrentamento, promoção da adesão terapêutica, autocuidado e redução de angústia e estresse.

O tempo gasto pelo profissional com a aplicação do brinquedo terapêutico não supera o gasto com o convencimento da criança ou realização dos procedimentos sem a sua colaboração.

Neste estudo, o brinquedo terapêutico se fortalece como instrumento para uma abordagem humanizada e adequada ao cuidado da criança submetida ao processo de hospitalização, visto que a condição de vida da criança que foi submetida à confecção de estomia é delicada, por implicar diretamente seu desenvolvimento enquanto indivíduo social, emocional e cultural.

A abordagem utilizada na assistência a essas crianças necessita de atenção e reformulação da forma de prestar o cuidado pelos profissionais de saúde, visto que estes possuem a propriedade da informação sobre a condição de saúde da criança e seus desdobramentos. O desafio está em como repassar essa informação a quem de fato tem direito.

A autonomia da criança está intimamente relacionada à sua percepção e consciência como ser. Essa noção advém do conhecimento do que ocorre a sua volta, com os outros e consigo mesma, dos motivos pelos quais passa por situações inusitadas. Quando a criança tem conhecimento e já espera o que irá acontecer com ela e entende o porquê da necessidade dessa situação, ela consegue trabalhar com seus pensamentos de forma mais tranquila.

Para que esse conhecimento seja proporcionado, uma comunicação efetiva e uma escuta qualificada deve ser desenvolvida, o vínculo precisa ser criado, e esse vínculo não ocorre a menos que a criança entenda sua necessidade. Essa comunicação, que se configura em acessibilidade da informação, ocorre a partir do momento em que o profissional se coloca no lugar da criança e adapta sua linguagem, com uma abordagem que seja efetivamente

compreensível e que tenha um significado real para a criança. O mecanismo mais favorável ao acontecimento deste fenômeno é a utilização do potencial imaginário da criança.

As crianças com estomias merecem este cuidado efetivo para conseguirem desmistificar a estomia, os dispositivos, os procedimentos e a alteração do contexto familiar em que estão inseridas. Uma estomia é realizada como forma de manutenção da vida deste ser em formação, portanto deve ser entendida como, de fato, a salvação, como uma segunda chance de recuperação e convivência com sua família e demais da sociedade. Quando a criança consegue entender o que acontece com ela, bem como sua família, o tratamento acontece de forma qualificada e humanizada, como deve ser feito.

A quantidade limitada de literatura relacionada à questão de interesse foi um fator importante encontrado e comprova a necessidade de se elaborarem mais estudos abordando o tema. Novos trabalhos dentro da temática do brinquedo terapêutico e a criança com estoma devem ser realizados. Nesse sentido, este estudo almeja dar suporte para os profissionais promoverem a implantação desta prática na assistência.

9. REFERÊNCIAS

AFFONSO, R. M. L. **Ludodiagnóstico investigação clínica através do brinquedo**. Porto Alegre: ArtMed, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS (ABRASO). **Declaração do direito dos ostomizados**. Disponível em: http://www.abraso.org.br/declaracao_ioa.htm. Acesso em: 24 de junho de 2016.

BARTON, P.H. **Nursing assessment and intervention through play**. In: Bergeson BS et al. *Current concepts in clinical nursing*. Saint Louis: Mosby, p. 203-207, 1969.

BOWDEN V. R.; GREENBERG, C. S. **Procedimentos de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 295/2004, de 24 de outubro de 2004. **Dispõe sobre a utilização da técnica de brinquedo/ brinquedo terapêutico pelo enfermeiro na assistência à criança hospitalizada**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2952004_4331.html. Acesso em: 18 de junho de 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 18 de junho de 2016.

BASSOLS, A. M. S.; DIEDER, A. L.; VALENTI, M. D. A criança pré-escolar. In: EIZIRK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

BETTHEIM, B. **Pais bons o bastante: uma vida para seu filho**. Rio de Janeiro: Campos, 1998.
CASTRO, A. S.; SILVA, C. V.; RIBEIRO, C. A. Tentando readquirir o controle: a vivência do pré-escolar no pós-operatório de postectomia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n.5, p. 797-805, 2004.

CATAFESTA, I. F. M. **Um dia na universidade dialogando com Winnicot, Lacan e Klein sobre a criança e o adolescente**. São Paulo: USP, 1999.

CRAWFORD, C.; RAVEN, K. Play preparation for children with special needs. **Paediatric Nursing**, Nottingham, v. 14, n. 8, p. 27-29, out. 2002. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106829067&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 28 de outubro de 2018.

CECCIM, R. B. **Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. In: CECCIM, R.B. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997.

CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. University of York, 2009. Disponível em: <https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf>. Acesso em: 02 out. 2018.

CINAHL with Full Text. Disponível em:

<http://supporbsco.com/help/index.php?help_id=DB:52>. Acesso em: 10 out. 2018.

CINTRA, S. M. P.; SILVA, C. V.; RIBEIRO, C. A. O ensino do brinquedo/ brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 59, n, 4, p. 497-501, 2006.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. **Manual de Enfermagem em Pediatria**. Goiânia: ABDR, 2002.

DEROWE, A. et al. Improving children's cooperation with tracheotomy care by performing and caring for a tracheotomy in the child's doll - a case analysis. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, Cambridge, v. 67, n.7, p. 807-809, jul. 2003. DOI: 10.1016/s0165-5876(03)00065-x 2003 Disponível em: http://library.tasmc.org.il/wwwnew/Staff_Publications/publications%202003/derowe.pdf. Acesso em: 24 de outubro de 2018.

DERRICKSON et al, 1991. Teaching self-administration of suctioning to children with tracheostomies. **Journal of Applied Behavior Analysis**, Maryland, v. 24, n. 3, p. 563-570,

nov. 1991. DOI: 10.1901/jaba.1991.24-563. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1279605/>. Acesso em: 24 de outubro de 2018.

DOLLE, J. M. **Para compensar Piaget**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1974.

ENDNOTE basic THOMSON REUTERS. Disponível em: <http://www.myendnoteweb.com/>. Acesso em: 10 out. 2018.

FERRARI, R.; ALENCAR, G. B.; VIANA, D. V. Análise das produções literárias sobre o uso do brinquedo terapêutico nos procedimentos clínicos infantis. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 381-394. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/24281-72456-1-PB.pdf>. Acesso em: 24 de outubro de 2016.

FERREIRA, M. H. M; ARAÚJO, M. S. A idade escolar: latência (6 a 12 anos). In: EIZERIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto alegre: Artmed, 2001.

FRAGA, D. D. **O brinquedo terapêutico no cuidado à criança com fibrose cística: o significado para o enfermeiro**. 2005. 62 f. Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

GALVAO, M. C.; PLUYE, P.; RICARTE, I. Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: conceitos, construção e critérios de avaliação. InCID: **Revista de Ciência da Informação e Documentação**, v. 8, n. 2, p. 4-24, 4 out. 2017.

HOCKENBERRY, M. Wong **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HONG, Q. N. et al. **Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)**, version 2018. Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. O brincar e o desenvolvimento infantil. **Pediatria Moderna**. V. 35, n.12, dez.1999.

LILACS. Recomendação sobre Acesso Aberto e Conteúdo Online na LILACS. BIREME/OPAS/OMS. Disponível em:

<<http://metodologia.lilacs.bvsalud.org/php/level.php?lang=pt&component=74&item=65>>

Acesso em: 10 out. 2018.

MARTINS, M. R. et. al. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, p. 76-85, 2001.

MELO, M. C. **Experiência materna com o filho estomizado**. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Distrito Federal. Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em enfermagem, 2010.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 147-154, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100015>.

MOHER, D. et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med**, v. 6, n. 7, 2009.

MONTEIRO, S. N. C. **Qualidade de vida: percepção de crianças e adolescentes estomizados e seus pais e/ou responsáveis**. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Distrito Federal. Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2013.

MOTTA, M, G. C.; RIBEIRO. N. R. R.; COELHO, D.F. **Interfaces do cuidado em enfermagem à criança e ao adolescente**. 1 ed. Porto Alegre: Expansão Editorial, 2012.

NABORS, L.; LIDDLE, M. Perceptions of Hospitalization by Children with Chronic Illnesses and Siblings. **Journal of Child and Family Studies**, Nova Iorque, v. 26, p. 1681-1691, mar. 2017. DOI 10.1007/s10826-017-0688-6 Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-017-0688-6>. Acesso em: novembro de 2018.

OLIVEIRA, H. Ouvindo a criança sobre a enfermidade e a hospitalização, In: CECCIM, R. B. **Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. In: CECCIM, R.B. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997.

OLIVEIRA, V. B. Playing in hospital toy libraries: support for children and their families. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, Brasil - V. 35, nº 88, p. 59-74, 2015.

PACE, R., et al. Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 1, p. 47-53, 2012.

PASTRO, M. L. C.; RIBEIRO, N. R. R. Enfermagem e brinquedo terapêutico nas unidades pediátricas. In: Nair Regina Ritter Ribeiro; Maria da Graça Corso da Motta; Débora Fernandes Coelho. (Org.). **Interface do cuidado em enfermagem à criança e ao adolescente**. 1ed. Porto Alegre: Expansão, 2012, v. 1, p. 385-407.

PEREIRA, M.G.; GALVÃO, T.F. Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 2, p. 369-371, abr/jun. 2014a.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na a criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Ltc, 1990.

POLETTO, D.; GONÇALVES, M.I.; BARROS, M.T.T.; ANDERS, J.C.; MARTINS, M.L. A criança com estoma intestinal e sua família: implicações para o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, abril/junho, 20(2): 319-27, 2011.

PLUYE, P. et al. **Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews**. 2018. Department of Family Medicine, McGill University, Montreal, Canada. Disponível em :<<http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>.> Acesso em: 10 outubro de 2018.

PLUYE, P; HONG, Q.N. Combining the power of stories and the power of numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. **Annual Review of Public Health**, v. 35, p. 29-45, 2014.

PLUYE, P.; HONG, Q.N.; VEDEL, I. **Toolkit for mixed studies reviews**. Department of Family Medicine, McGill University, Montreal, Canada. 2013. Disponível em: <<http://toolkit4mixedstudiesreviews.pbworks.com>> Acesso em: 10 out. 2018.

PUBMED. PubMed Help [Internet]. Bethesda (MD): National Center for Biotechnology Information (US); 2005. PubMed Help. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/>>. Acesso em: 10 out. 2018.

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

RIBEIRO, P. J.; SABATÉS, A. L.; RIBEIRO, C. A.; Utilização do Brinquedo terapêutico como um instrumento de intervenção de enfermagem no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 420-428, 2001.

ROCHA, P. K; PRADO, M. L. Violência infantil e o brinquedo terapêutico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 463-471, 2006.

SALDANHA, M. T. **Winnicott: para pais e professores**. 1 ed. São Paulo: J.H. Mizuno, 2017.

SECCANI, L.M.E.; RIBEIRO, P.A.; GRAVALOS, S.; PAULA, M.A.B.; VASCONCELLOS, A.C.L.P. Estomas intestinais em crianças: dificuldades relatadas pelos cuidadores familiares no processo de cuidar. **Revista Estima** – vol 5(3): 16-21, 2007.

SOUTO, R. et al. Systematic mixed studies reviews: updating results on the reliability and efficiency of the Mixed Methods Appraisal Tool. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 1, p.: 500-501, 2015.

STEELE, S. **Child health and family: concept of communication**. New York: Masson, p.705-38, 1981.

STREFEZZI M. et al. Estrutura organizacional de um serviço de enfermagem de um hospital pediátrico de médio porte. In: CURSINO MR et al. **Assistência de enfermagem pediátrica**. São Paulo: Savier, 1992. Vol 2(1): 3-7.

VALDES, A.G.; KAMADA, I.; CRISTO, R.C.; COSTA, S.B.; FAUSTINO, A.M. Experiência de crianças com estomias: estudo qualitativo. **Revista Estima** – vol 8(3): 19-26, 2010.

VASCONI, Rúben. **La salud como problema existencial**. In: I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Florianópolis, 16 a 19 de nov. de 1994.

VIGOTSKY, L.S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. 5 ed. São Paulo: Editora WMF, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Identificação e seleção dos descritores para definição de paciente/ população (P), segundo estratégia PICO. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Termo	Resultado detalhado da busca
child	"child"[MeSH Terms] OR "children"[All Fields]
child, preschool	"child, preschool"[MeSH Terms] OR "preschool child"[All Fields] OR "children, preschool"[All Fields] OR "preschool children"[All Fields]
child, preschool	("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields]) AND "preschool"[All Fields]
child, institutionalized	"child, institutionalized"[MeSH Terms] OR "institutionalized child"[All Fields] OR "children, institutionalized"[All Fields] OR "institutionalized children"[All Fields]
child, institutionalized	"child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields]) AND "institutionalized"[All Fields]
children, institutionalized	("child"[MeSH Terms] OR "children"[All Fields]) AND "institutionalized"[All Fields]
child, hospitalized	"child, hospitalized"[MeSH Terms] OR "children, hospitalized"[All Fields] OR "hospitalized children"[All Fields] OR "hospitalized child"[All Fields]
child, hospitalized	("child"[MeSH Terms] OR child[All Fields]) AND "hospitalized"[All Fields]
children	"child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields]
childrens	"childrens"[All Fields]
pediatrics	"pediatrics"[MeSH Terms] OR "pediatrics"[All Fields]

Fonte: Elaborado pela própria autora

APÊNDICE B - Identificação e seleção dos descritores para definição do tópico de interesse (I=Issue of interest), segundo estratégia PICO.
Brasília, DF, Brasil, 2018.

Termo	Resultado detalhado da busca
ostomy	"ostomy"[MeSH Terms] OR "ostomy" [All Fields] OR "ostomies"[All Fields]
surgical stomas	"surgical stomas"[MeSH Terms] OR "surgical stomas"[All Fields] OR "stoma, surgical"[All Fields] OR "surgical stoma"[All Fields] OR "stomata, surgical"[All Fields] OR "surgical stomata"[All Fields] OR "stomas, surgical"[All Fields]
surgical stomas	("surgical procedures, operative"[MeSH Terms] OR surgical[All Fields]) AND ("surgical stomas"[MeSH Terms] OR stomas[All Fields])
stoma	"surgical stomas"[MeSH Terms] OR "stoma"[All Fields]
tracheostomy	"tracheostomy"[MeSH Terms] OR "tracheostomy"[All Fields] OR "tracheostomies"[All Fields]
esophagostomy	"esophagostomy"[MeSH Terms] OR "esophagostomy"[All Fields] OR "esophagostomies"[All Fields] OR "cervical esophagostomy"[All Fields] OR "cervical esophagostomies"[All Fields] OR "esophagostomies, cervical"[All Fields] OR "esophagostomy, cervical"[All Fields]
enterostomy	"enterostomy"[MeSH Terms] OR "enterostomy"[All Fields] OR "enterostomies"[All Fields]
gastrostomy	"gastrostomy"[MeSH Terms] OR "gastrostomy" [All Fields] OR "gastrostomies"[All Fields]
colostomy	"colostomy"[MeSH Terms] OR "colostomy"[All Fields] OR "colostomies"[All Fields]
ileostomy	"ileostomy"[MeSH Terms] OR "ileostomy"[All Fields] OR "ileostomies"[All Fields]
jejunostomy	"jejunostomy"[MeSH Terms] OR "jejunostomy"[All Fields] OR "jejunostomies" [All Fields]
cystostomy	"cystostomy"[MeSH Terms] OR "cystostomy"[All Fields] OR "cystostomies"[All Fields] OR "vesicostomy"[All Fields] OR "vesicostomies"[All Fields] OR "suprapubic cystostomy"[All Fields] OR "cystostomies, suprapubic"[All Fields] OR "cystostomy, suprapubic"[All Fields] OR "suprapubic cystostomies"[All Fields]
suprapubic cystostomy	"cystostomy"[MeSH Terms] OR suprapubic cystostomy[All Fields]
suprapubic cystostomy	suprapubic[All Fields] AND ("cystostomy"[MeSH Terms] OR cystostomy[All Fields])
ureterostomy	"ureterostomy"[MeSH Terms] OR "ureterostomy"[All Fields] OR "ureterostomies"[All Fields]

Fonte: Elaborado pela própria autora

APÊNDICE C – Identificação e seleção dos descritores para a definição do desfecho (O), segundo estratégia PICO. Brasília, DF, Brasil, 2018.

Termo	Resultado detalhado da busca
play and playthings	"play and playthings"[MeSH Terms] OR "play and playthings"[All Fields] OR "playthings and play"[All Fields] OR "toys"[All Fields] OR "toy"[All Fields] OR "puppets"[All Fields] OR "puppet"[All Fields] OR "play"[All Fields] OR "plays"[All Fields] OR "playthings"[All Fields] OR "plaything"[All Fields]
play and playthings	("play and playthings"[MeSH Terms] OR "play"[All Fields]) AND ("play and playthings"[MeSH Terms] OR "playthings"[All Fields])
play therapy	"play therapy"[MeSH Terms] OR "play therapy"[All Fields] OR "play therapies"[All Fields] OR "therapies, play"[All Fields] OR "therapy, play"[All Fields] OR "sandplay therapy"[All Fields] OR "sandplay therapies"[All Fields] OR "therapies, sandplay"[All Fields] OR "therapy, sandplay"[All Fields] OR "sandplay"[All Fields] OR "sandplays"[All Fields] OR "therapeutic play"[All Fields]
play therapy	("play and playthings"[MeSH Terms] OR play[All Fields]) AND ("therapy"[Subheading] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR therapy[All Fields])
games and toys	"games"[All Fields] AND ("play and playthings"[MeSH Terms] OR "toys"[All Fields]) OR "playthings and play"[All Fields] OR "toys"[All Fields] OR "toy"[All Fields] OR "puppets"[All Fields] OR "puppet"[All Fields] OR "play"[All Fields] OR "plays"[All Fields] OR "playthings"[All Fields] OR "plaything"[All Fields]
games and toys	games[All Fields] AND ("play and playthings"[MeSH Terms] OR toys[All Fields])
toy	"toy"[All Fields]
toys	"play and playthings"[MeSH Terms] OR "toys"[All Fields] OR "Playthings and Play"[All Fields] OR "toy"[All Fields] OR "puppets"[All Fields] OR "puppet"[All Fields] OR "play"[All Fields] OR "plays"[All Fields] OR "playthings"[All Fields] OR "plaything"[All Fields]

Fonte: Elaborado pela própria autora

APÊNDICE D - Estratégia de busca realizada no Pubmed desenvolvida para o eixo paciente (P) segundo estratégia PICO. Brasília, DF, Brasil, 2015.

PICO	Classificação	Busca	Busca detalhada	Resultado
P	Mesh terms	child	"child"[MeSH Terms]	1792041
		child, preschool	"child, preschool"[MeSH Terms]	862516
		child, institutionalized	"child, institutionalized"[MeSH Terms]	1833
		child, hospitalized	"child, hospitalized"[MeSH Terms]	6346
		pediatrics	"pediatrics"[MeSH Terms]	54053
	Palavras-chave	child	"child"[All Fields]	2082697
		child, preschool	"child, preschool"[All Fields]	862456
		preschool child	"preschool child"[All Fields]	674
		children, preschool	"children, preschool"[All Fields]	65
		preschool children	"preschool children"[All Fields]	11830
		institutionalized child	"institutionalized child"[All Fields]	19
		child, institutionalized	"child, institutionalized"[All Fields]	1833
		children, institutionalized	"children, institutionalized"[All Fields]	17
		institutionalized children	"institutionalized children"[All Fields]	338
		child, hospitalized	"child, hospitalized"[All Fields]	6402
		hospitalized child	"hospitalized child"[All Fields]	344
		children, hospitalized	"children, hospitalized"[All Fields]	2574
		hospitalized children	"hospitalized children"[All Fields]	4081
		children	"children"[All Fields]	1198332
		pediatric	"pediatric"[All Fields]	398304
pediatrics	"pediatrics"[All Fields]	399628		
Estratégia de busca final	"child"[MeSH Terms] OR "child, preschool"[MeSH Terms] OR "child, institutionalized"[MeSH Terms] OR "child, hospitalized"[MeSH Terms] OR "pediatrics"[MeSH Terms] OR "child" OR "child, preschool" OR "preschool child" OR "children, preschool" OR "preschool children" OR "institutionalized child" OR "child, institutionalized" OR "children, institutionalized" OR "institutionalized children" OR "child, hospitalized" OR "hospitalized child" OR "children, hospitalized" OR "hospitalized children" OR "children" OR "pediatric" OR "pediatrics"	"child"[MeSH Terms] OR "child, preschool"[MeSH Terms] OR "child, institutionalized"[MeSH Terms] OR "child, hospitalized"[MeSH Terms] OR "pediatrics"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "child, preschool"[All Fields] OR "preschool child"[All Fields] OR "children, preschool"[All Fields] OR "preschool children"[All Fields] OR "institutionalized child"[All Fields] OR "child, institutionalized"[All Fields] OR "children, institutionalized"[All Fields] OR "institutionalized children"[All Fields] OR "child, hospitalized"[All Fields] OR "hospitalized child"[All Fields] OR "children, hospitalized"[All Fields] OR "hospitalized children"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "pediatric"[All Fields] OR "pediatrics"[All Fields]	2656107	

Fonte: Elaborado pela própria autora

APÊNDICE E - Estratégia de busca realizada no Pubmed desenvolvida para o eixo (I=Issue of interest) segundo estratégia PICO. Brasília, DF, Brasil, 2015.

PICO	Classificação	Busca	Busca detalhada	Resultado
I	Mesh terms	ostomy	"ostomy"[MeSH Terms]	46158
		surgical stomas	"surgical stomas"[MeSH Terms]	1584
		tracheostomy	"tracheostomy"[MeSH Terms]	6758
		esophagostomy	"esophagostomy"[MeSH Terms]	503
		enterostomy	"enterostomy"[MeSH Terms]	17643
		gastrostomy	"gastrostomy"[MeSH Terms]	7617
		colostomy	"colostomy"[MeSH Terms]	8593
		ileostomy	"ileostomy"[MeSH Terms]	6396
		jejunostomy	"jejunostomy"[MeSH Terms]	2601
		cystostomy	"cystostomy"[MeSH Terms]	1082
		ureterostomy	"ureterostomy"[MeSH Terms]	879
	Palavras-chave	ostomy	"ostomy"[All Fields]	2692
		ostomies	"ostomies"[All Fields]	347
		tracheostomy	"tracheostomy"[All Fields]	14019
		tracheostomies	"tracheostomies"[All Fields]	945
		esophagostomy	"esophagostomy"[All Fields]	757
		oesophagostomy	"oesophagostomy"[All Fields]	68
		esophagostomies	"esophagostomies"[All Fields]	219
		cervical esophagostomy	"cervical esophagostomy"[All Fields]	164
		cervical oesophagostomy	"cervical oesophagostomy"[All Fields]	29
		enterostomy	"enterostomy"[All Fields]	1977
		enterostomies	"enterostomies"[All Fields]	155
		gastrostomy	"gastrostomy"[All Fields]	11372
		gastrostomies	"gastrostomies"[All Fields]	399
		colostomy	"colostomy"[All Fields]	12312
		colostomies	"colostomies"[All Fields]	783
		ileostomy	"ileostomy"[All Fields]	9065
		ileostomies	"ileostomies"[All Fields]	626
		jejunostomy	"jejunostomy"[All Fields]	4448
		jejunostomies	"jejunostomies"[All Fields]	156
		cystostomy	"cystostomy"[All Fields]	1807
		cystostomies	"cystostomies"[All Fields]	33
vesicostomy	"vesicostomy"[All Fields]	377		
vesicostomies	"vesicostomies"[All Fields]	33		
suprapubic cystostomy	"suprapubic cystostomy"[All Fields]	387		

		cystostomy, suprapubic	"cystostomy, suprapubic"[All Fields]	2
		suprapubic cystostomies	"suprapubic cystostomies"[All Fields]	5
		ureterostomy	"ureterostomy"[All Fields]	1431
		ureterostomies	"ureterostomies"[All Fields]	90
	Estratégia de busca final	"ostomy"[MeSH Terms] OR "surgical stomas"[MeSH Terms] OR "tracheostomy"[MeSH Terms] OR "esophagostomy"[MeSH Terms] OR "enterostomy"[MeSH Terms] OR "gastrostomy"[MeSH Terms] OR "colostomy"[MeSH Terms] OR "ileostomy"[MeSH Terms] OR "jejunostomy"[MeSH Terms] OR "cystostomy"[MeSH Terms] OR "ureterostomy"[MeSH Terms] OR "ostomy" OR "ostomies" OR "tracheostomy" OR "tracheostomies" OR "esophagostomy" OR "oesophagostomy" OR "esophagostomies" OR "cervical esophagostomy" OR "cervical oesophagostomy" OR "enterostomy" OR "enterostomies" OR "gastrostomy" OR "gastrostomies" OR "colostomy" OR "colostomies" OR "ileostomy" OR "ileostomies" OR "jejunostomy" OR "jejunostomies" OR "cystostomy" OR "cystostomies" OR "vesicostomy" OR "vesicostomies" OR "suprapubic cystostomy" OR "cystostomy, suprapubic" OR "suprapubic cystostomies" OR "ureterostomy" OR "ureterostomies"	"ostomy"[MeSH Terms] OR "surgical stomas"[MeSH Terms] OR "tracheostomy"[MeSH Terms] OR "esophagostomy"[MeSH Terms] OR "enterostomy"[MeSH Terms] OR "gastrostomy"[MeSH Terms] OR "colostomy"[MeSH Terms] OR "ileostomy"[MeSH Terms] OR "jejunostomy"[MeSH Terms] OR "cystostomy"[MeSH Terms] OR "ureterostomy"[MeSH Terms] OR "ostomy"[All Fields] OR "ostomies"[All Fields] OR "tracheostomy"[All Fields] OR "tracheostomies"[All Fields] OR "esophagostomy"[All Fields] OR "oesophagostomy"[All Fields] OR "esophagostomies"[All Fields] OR "cervical esophagostomy"[All Fields] OR "cervical oesophagostomy"[All Fields] OR "enterostomy"[All Fields] OR "enterostomies"[All Fields] OR "gastrostomy"[All Fields] OR "gastrostomies"[All Fields] OR "colostomy"[All Fields] OR "colostomies"[All Fields] OR "ileostomy"[All Fields] OR "ileostomies"[All Fields] OR "jejunostomy"[All Fields] OR "jejunostomies"[All Fields] OR "cystostomy"[All Fields] OR "cystostomies"[All Fields] OR "vesicostomy"[All Fields] OR "vesicostomies"[All Fields] OR "suprapubic cystostomy"[All Fields] OR "cystostomy, suprapubic"[All Fields] OR "suprapubic cystostomies"[All Fields] OR "ureterostomy"[All Fields] OR "ureterostomies"[All Fields]	68040

Fonte: Elaborado pela própria autora

APÊNDICE F - Estratégia de busca realizada no Pubmed desenvolvida para o eixo paciente (O) segundo estratégia PICO. Brasília, DF, Brasil, 2015.

PICO	Classificação	Busca	Busca detalhada	Resultado
O	Mesh terms	play and playthings	"play and playthings"[MeSH Terms]	12714
		play therapy	"play therapy"[MeSH Terms]	1078
	Palavras-chave	play and playthings	"play and playthings"[All Fields]	8320
		playthings	"playthings"[All Fields]	8332
		plaything	"plaything"[All Fields]	3220
		play therapy	"play therapy"[All Fields]	1201
		play therapies	"play therapies"[All Fields]	5
		therapies, play	"therapies, play"[All Fields]	80
		therapy, play	"therapy, play"[All Fields]	92
		sandplay therapy	"sandplay therapy"[All Fields]	8
		sandplay	"sandplay"[All Fields]	16
		therapeutic play	"therapeutic play"[All Fields]	115
		toy	"toy"[All Fields]	3656
		toys	"toys"[All Fields]	2034
		puppet	"puppet"[All Fields]	379
		puppets	"puppets"[All Fields]	149
		games and toys	"games and toys"[All Fields]	6
games	"games"[All Fields]	17147		
Estratégia de busca final	"play and playthings"[MeSH Terms] OR "play therapy"[MeSH Terms] OR "play and playthings" OR "playthings" OR "plaything" OR "play therapy" OR "play therapies" OR "therapies, play" OR "therapy, play" OR "sandplay therapy" OR "sandplay" OR "therapeutic play" OR "toy" OR "toys" OR "puppet" OR "puppets" OR "games and toys" OR "games"	"play and playthings"[MeSH Terms] OR "play therapy"[MeSH Terms] OR "play and playthings"[All Fields] OR "playthings"[All Fields] OR "plaything"[All Fields] OR "play therapy"[All Fields] OR "play therapies"[All Fields] OR "therapies, play"[All Fields] OR "therapy, play"[All Fields] OR "sandplay therapy"[All Fields] OR "sandplay"[All Fields] "therapeutic play"[All Fields] OR "toy"[All Fields] OR "toys"[All Fields] OR "puppet"[All Fields] OR "puppets"[All Fields] OR "games and toys"[All Fields] OR "games"[All Fields]	30451	

Fonte: Elaborado pela própria autora

APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA COM ESTOMIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Avaliador: _____ Data: _____

Primeira etapa – Leitura de título e resumo de artigos resultantes da busca nas bases de dados.

Identificação			
Autor (es)			
E-mail			
Título			
Periódico			
Ano			
País			
Idioma			
Avaliação de título e resumo			
Paciente é criança	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Paciente possui estoma	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Foi utilizado o brinquedo durante a assistência à criança	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Avalia o efeito da utilização do brinquedo durante a assistência	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Estudo selecionado para leitura na íntegra	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()

Segunda etapa – Leitura na íntegra para os artigos selecionados

Objetivo	
Método utilizado	
Tamanho da amostra	
Critérios de inclusão	
Critérios de exclusão	
Tipo de estoma	
Idade	
Sexo	
Local do estudo	
Período de realização do estudo	
Intervenção	
Principais resultados	

ANEXOS

ANEXO A - PRISMA adaptado para relatar revisões sistemáticas de evidências qualitativa e quantitativa.

Section/topic	Description
TITLE	
Title	<ul style="list-style-type: none"> Propose a short take-home title. The title should explicitly state that the review included different type of evidence.
ABSTRACT	
Structured summary	<ul style="list-style-type: none"> Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.
INTRODUCTION AND OBJECTIVES	
Rationale	<ul style="list-style-type: none"> Describe the rationale for the review (e.g., a health problem) in the context of what is already known (e.g., an existing literature review paper or a reference book chapter).
Objectives	<ul style="list-style-type: none"> Formulate questions and/or objectives (qualitative, quantitative or both) being addressed by your review.
METHODS	
Protocol and registration	<ul style="list-style-type: none"> Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.
Justification	<ul style="list-style-type: none"> Justify the use of a review of qualitative and quantitative evidence.
Eligibility criteria	<ul style="list-style-type: none"> Specify the inclusion and exclusion criteria and the rationale for supporting these criteria.
Information sources	<ul style="list-style-type: none"> Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.
Search	<ul style="list-style-type: none"> Present full electronic search strategy for at least one database (e.g., in an appendix), including any limits used, such that it could be repeated. Describe the process for removing duplicates. Specify the involvement of a librarian, if applicable.
Study selection	<ul style="list-style-type: none"> Describe the process for selecting studies (e.g., screening based on titles and abstracts, and eligibility based on full-text, number of reviewers, software used).
Data collection process	<ul style="list-style-type: none"> Describe the method of data extraction from included studies (e.g., number of reviewers involved, piloted forms, etc.). List the data extracted. If applicable, state any processes for obtaining and confirming data from investigators of included studies (e.g., initial email to the first author and reminder email).
Appraisal	<ul style="list-style-type: none"> Describe the process for appraising included studies (e.g., tools used, number of reviewers involved), and specifically for assessing the methodological quality or risk of bias of included qualitative, quantitative, and mixed methods studies. Specify how results of this appraisal are used in the synthesis. For example, for descriptive purpose (include all studies with description of their methodological quality or risk of bias) or for analytical purpose (contrast synthesis of 'lower quality' studies vs. 'higher quality' studies using sensitivity analysis).
Synthesis	<ul style="list-style-type: none"> Describe the synthesis design used. Describe and justify the synthesis method(s) used (e.g., quantitative content analysis, meta-analysis, thematic synthesis, etc.).
Additional analysis	<ul style="list-style-type: none"> Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses), if done.
RESULTS	
Study selection	<ul style="list-style-type: none"> Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each

Continua...

...Continuação

	<p>stage.</p> <ul style="list-style-type: none"> Summarize in a flow diagram (see Appendices). Give numbers of quantitative, qualitative and mixed methods studies included.
Study characteristics	<ul style="list-style-type: none"> For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., tables of characteristics of included studies – see Appendices) and provide the citations. Specify common information across all included studies. Describe the studies including their heterogeneity (variability associated with differences between studies).
Result of appraisal	<ul style="list-style-type: none"> Present data on the methodological quality or risk of bias of included studies based on the appraisal done.
Results of synthesis	<ul style="list-style-type: none"> Present results of synthesis. If qualitative synthesis: <ul style="list-style-type: none"> In the text, briefly summarize the main themes or categories and refer to the appendix. Appendix (table, figure, or matrix): For each study, present the themes or categories identified. If quantitative synthesis: <ul style="list-style-type: none"> In the text, briefly summarize the data and refer to the appendix. Appendix (table, figure, or matrix): For all key variables, present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group and (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot. If qualitative and quantitative syntheses: <ul style="list-style-type: none"> Present both If applicable, present the results of the integration of both syntheses.
Additional analysis	<ul style="list-style-type: none"> Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses).
DISCUSSION	
Summary of evidence	<ul style="list-style-type: none"> Provide an overall summary of results (take-home messages) from the qualitative and/or quantitative synthesis. State the main results for each main theme or category, and/or key process/outcome variable. Consider their relevance and importance for knowledge users (e.g., health care providers, managers, and decision/policy makers). Take into account the methodological quality across studies (when applicable). Describe insight gained from the integration of qualitative and quantitative evidence.
Contribution	<ul style="list-style-type: none"> Describe the contribution of the review (compared to what is already known) with respect to: <ul style="list-style-type: none"> Review methods, Scientific knowledge, Practice, program planning and evaluation, policy making, or else.
Limitations	<ul style="list-style-type: none"> Specify any element that may affect the cumulative evidence. Discuss limitations at the study and process/outcome levels (e.g., lack of rich data for qualitative synthesis, methodological quality/risk of bias, and their potential consequences on the results). Discuss limitations at the review level (e.g., dependent reviewers, incomplete retrieval of relevant studies - selective publication of reports regarding studies with positive results), and limited reporting (selective reporting of information about included studies), and their potential consequences on the results.
Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, including implications for knowledge users (e.g., major recommendation). State implications for future research.
ACKNOWLEDGEMENTS	
Acknowledgements	<ul style="list-style-type: none"> Describe sources of funding and other support (e.g., supply of data) and the role of funders in the review. Acknowledge any information about potential conflict of interest.

Continua...

...Continuação

REFERENCES	
References	<ul style="list-style-type: none"> List all the references cited in the text.
APPENDICES (tables, figures, boxes, ...)	
Flow diagram	<pre> graph TD A[Records identified through database searching (n=)] --> B[Records after duplicates removed (n=)] C[Additional records identified through other sources (n=)] --> B B --> D[Records screened (n=)] D --> E[Records excluded (n=) reasons] D --> F[Full-text papers assessed for eligibility (n=)] F --> G[Full-text papers excluded (n=) reasons] F --> H[Studies included in the synthesis (n=)] H --> I[Quantitative studies (n=)] H --> J[Qualitative studies (n=)] H --> K[Mixed methods studies (n=)] </pre>
Table of characteristics of included studies	<ul style="list-style-type: none"> Summarize key characteristics of the included studies in a table such as: <ul style="list-style-type: none"> Source (first author, year), Study design, Number of participants and participants (e.g., age, sex, other), Setting (e.g., types and number of organizations), Intervention/exposure (if applicable), or relevant considerations for non-intervention studies, Outcomes (if applicable), or relevant considerations for non-intervention studies, Quality rating (if applicable), Further comments on key characteristics of the study (according to the review question). Different tables may be needed: For example, tables for quantitative studies, for qualitative studies, and for mixed methods studies.
Tables and figures on results of the synthesis	<ul style="list-style-type: none"> Provide illustrations for results of the synthesis such as: <ul style="list-style-type: none"> Quantitative synthesis: statistical summary, descriptive table, forest plots, etc. Qualitative synthesis: list of categories, list of themes and subthemes, concept maps, framework, etc.

Fonte: MOHER, D. et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement PLoS Med, v. 6, n. 7, 2009. Adaptado.

ANEXO B - Ferramenta MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool), Parte I, versão 2018.

Categoria de estudo projetos	Critérios Metodológicos de Qualidade	Respostas			
		Sim	Não	Não sei	Comentários
Perguntas de triagem (para todos os tipos)	S1 Existem claras questões de pesquisa?				
	S2 Os dados coletados permitem abordar as questões de pesquisa?				
	Uma avaliação adicional pode não ser viável ou apropriada quando a resposta for "Não" ou "Não sei" para uma ou ambas as perguntas de triagem.				
1. Qualitativo	1.1. A abordagem qualitativa é apropriada para responder à questão de pesquisa?				
	1.2. Os métodos de coleta de dados qualitativos são adequados para abordar a questão de pesquisa?				
	1.3. Os resultados são adequadamente derivados dos dados?				
	1.4. A interpretação dos resultados é suficientemente fundamentada por dados?				
	1.5. Existe coerência entre fontes de dados qualitativos, coleta, análise e interpretação?				
2. Quantitativo controlado aleatoriamente ensaios	2.1. A randomização é adequadamente realizada?				
	2.2. Os grupos são comparáveis no início do estudo?				
	2.3. Existem dados completos sobre os resultados?				
	2.4. Os avaliadores de resultados estão cegos para a intervenção fornecida?				
	2.5 Os participantes aderiram à intervenção designada?				
3. Quantitativo não randomizado	3.1. Os participantes são representativos da população-alvo?				
	3.2. As medições são apropriadas em relação ao resultado e intervenção (ou exposição)?				
	3.3. Existem dados completos sobre os resultados?				
	3.4. Os fatores de confusão são contabilizados no projeto e na análise?				
	3.5. Durante o período do estudo, a intervenção foi administrada (ou a exposição ocorreu) como pretendido?				
4. Quantitativo descritivo	4.1. A estratégia de amostragem é relevante para abordar a questão de pesquisa?				
	4.2. A amostra é representativa da população-alvo?				
	4.3. As medições são apropriadas?				
	4.4. O risco de viés de não resposta é baixo?				
	4.5. A análise estatística é apropriada para responder à questão de pesquisa?				
5. Métodos mistos	5.1. Existe uma justificativa adequada para usar um design de métodos mistos para abordar a questão de pesquisa?				
	5.2. Os diferentes componentes do estudo são efetivamente integrados para responder à questão de pesquisa?				
	5.3. Os resultados da integração de componentes qualitativos e quantitativos são adequadamente interpretados?				
	5.4. As divergências e inconsistências entre os resultados quantitativos e qualitativos são adequadamente abordadas?				
	5.5. Os diferentes componentes do estudo aderem aos critérios de qualidade de cada tradição dos métodos envolvidos?				

Fonte: Hong QN, et al. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. Traduzido pela autora.

Part II: Explanations

I. Qualitative studies	Methodological quality criteria
<p>“Qualitative research is an approach for exploring and understanding the meaning individuals or groups ascribe to a social or human problem” (Creswell, 2013b, p. 3).</p> <p>Common qualitative research approaches include (this list is not exhaustive):</p> <p>Ethnography The aim of the study is to describe and interpret the shared cultural behaviour of a group of individuals.</p>	<p>1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?</p> <p>Explanations The qualitative approach used in a study (see non-exhaustive list on the left side of this table) should be appropriate for the research question and problem. For example, the use of a grounded theory approach should address the development of a theory and ethnography should study human cultures and societies.</p> <p>This criterion was considered important to add in the MMAT since there is only one category of criteria for qualitative studies (compared to three for quantitative studies).</p>
<p>Phenomenology The study focuses on the subjective experiences and interpretations of a phenomenon encountered by individuals.</p> <p>Narrative research The study analyzes life experiences of an individual or a group.</p>	<p>1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?</p> <p>Explanations This criterion is related to data collection method, including data sources (e.g., archives, documents), used to address the research question. To judge this criterion, consider whether the method of data collection (e.g., in depth interviews and/or group interviews, and/or observations) and the form of the data (e.g., tape recording, video material, diary, photo, and/or field notes) are adequate. Also, clear justifications are needed when data collection methods are modified during the study.</p>
<p>Grounded theory Generation of theory from data in the process of conducting research (data collection occurs first).</p>	<p>1.3. Are the findings adequately derived from the data?</p> <p>Explanations This criterion is related to the data analysis used. Several data analysis methods have been developed and their use depends on the research question and qualitative approach. For example, open, axial and selective coding is often associated with grounded theory, and within- and cross-case analysis is often seen in case study.</p>
<p>Case study In-depth exploration and/or explanation of issues intrinsic to a particular case. A case can be anything from a decision-making process, to a person, an organization, or a country.</p>	<p>1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?</p> <p>Explanations The interpretation of results should be supported by the data collected. For example, the quotes provided to justify the themes should be adequate.</p>
<p>Qualitative description There is no specific methodology, but a qualitative data collection and analysis, e.g., in-depth interviews or focus groups, and hybrid thematic analysis (inductive and deductive).</p>	<p>1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?</p> <p>Explanations There should be clear links between data sources, collection, analysis and interpretation.</p>
<p>Key references: Creswell (2013a); Sandelowski (2010); Schwandt (2015)</p>	

Continua...

Continuação. Ferramenta MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool), Parte II, versão 2018

2. Quantitative randomized controlled trials	Methodological quality criteria
<p>Randomized controlled clinical trial: A clinical study in which individual participants are allocated to intervention or control groups by randomization (intervention assigned by researchers).</p> <p>Key references: Higgins and Green (2008); Higgins et al. (2016); Oxford Centre for Evidence-based Medicine (2016); Porta et al. (2014)</p>	<p>2.1. Is randomization appropriately performed?</p> <p>Explanations In a randomized controlled trial, the allocation of a participant (or a data collection unit, e.g., a school) into the intervention or control group is based solely on chance. Researchers should describe how the randomization schedule was generated. A simple statement such as 'we randomly allocated' or 'using a randomized design' is insufficient to judge if randomization was appropriately performed. Also, assignment that is predictable such as using odd and even record numbers or dates is not appropriate. At minimum, a simple allocation (or unrestricted allocation) should be performed by following a predetermined plan/sequence. It is usually achieved by referring to a published list of random numbers, or to a list of random assignments generated by a computer. Also, restricted allocation can be performed such as blocked randomization (to ensure particular allocation ratios to the intervention groups), stratified randomization (randomization performed separately within strata), or minimization (to make small groups closely similar with respect to several characteristics). Another important characteristic to judge if randomization was appropriately performed is allocation concealment that protects assignment sequence until allocation. Researchers and participants should be unaware of the assignment sequence up to the point of allocation. Several strategies can be used to ensure allocation concealment such as relying on a central randomization by a third party, or the use of sequentially numbered, opaque, sealed envelopes (Higgins et al., 2016).</p>
	<p>2.2. Are the groups comparable at baseline?</p> <p>Explanations Baseline imbalance between groups suggests that there are problems with the randomization. Indicators from baseline imbalance include: "(1) unusually large differences between intervention group sizes; (2) a substantial excess in statistically significant differences in baseline characteristics than would be expected by chance alone; (3) imbalance in key prognostic factors (or baseline measures of outcome variables) that are unlikely to be due to chance; (4) excessive similarity in baseline characteristics that is not compatible with chance; (5) surprising absence of one or more key characteristics that would be expected to be reported" (Higgins et al., 2016, p. 10).</p>
	<p>2.3. Are there complete outcome data?</p> <p>Explanations Almost all the participants contributed to almost all measures. There is no absolute and standard cut-off value for acceptable complete outcome data. Agree among your team what is considered complete outcome data in your field and apply this uniformly across all the included studies. For instance, in the literature, acceptable complete data value ranged from 80% (Thomas et al., 2004; Zaza et al., 2000) to 95% (Higgins et al., 2016). Similarly, different acceptable withdrawal/dropouts rates have been suggested: 5% (de Vet et al., 1997; MacLehose et al., 2000), 20% (Sindhu et al., 1997; Van Tulder et al., 2003) and 30% for a follow-up of more than one year (Viswanathan and Berkman, 2012).</p>
	<p>2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?</p> <p>Explanations Outcome assessors should be unaware of who is receiving which interventions. The assessors can be the participants if using participant reported outcome (e.g., pain), the intervention provider (e.g., clinical exam), or other persons not involved in the intervention (Higgins et al., 2016).</p>
	<p>2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?</p> <p>Explanations To judge this criterion, consider the proportion of participants who continued with their assigned intervention throughout follow-up. "Lack of adherence includes imperfect compliance, cessation of intervention, crossovers to the comparator intervention and switches to another active intervention." (Higgins et al., 2016, p. 25).</p>

Continua...

Continuação. Ferramenta MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool), Parte II, versão 2018

3. Quantitative non-randomized studies	Methodological quality criteria
<p>Non-randomized studies are defined as any quantitative studies estimating the effectiveness of an intervention or studying other exposures that do not use randomization to allocate units to comparison groups (Higgins and Green, 2008).</p> <p>Common designs include (this list is not exhaustive):</p>	<p>3.1. Are the participants representative of the target population?</p> <p>Explanations Indicators of representativeness include: clear description of the target population and of the sample (inclusion and exclusion criteria), reasons why certain eligible individuals chose not to participate, and any attempts to achieve a sample of participants that represents the target population.</p>
<p>Non-randomized controlled trials The intervention is assigned by researchers, but there is no randomization, e.g., a pseudo-randomization. A non-random method of allocation is not reliable in producing alone similar groups.</p>	<p>3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?</p> <p>Explanations Indicators of appropriate measurements include: the variables are clearly defined and accurately measured; the measurements are justified and appropriate for answering the research question; the measurements reflect what they are supposed to measure; validated and reliability tested measures of the intervention/exposure and outcome of interest are used, or variables are measured using 'gold standard'.</p>
<p>Cohort study Subsets of a defined population are assessed as exposed, not exposed, or exposed at different degrees to factors of interest. Participants are followed over time to determine if an outcome occurs (prospective longitudinal).</p>	<p>3.3. Are there complete outcome data?</p> <p>Explanations Almost all the participants contributed to almost all measures. There is no absolute and standard cut-off value for acceptable complete outcome data. Agree among your team what is considered complete outcome data in your field (and based on the targeted journal) and apply this uniformly across all the included studies. For example, in the literature, acceptable complete data value ranged from 80% (Thomas et al., 2004; Zaza et al., 2000) to 95% (Higgins et al., 2016). Similarly, different acceptable withdrawal/dropouts rates have been suggested: 5% (de Vet et al., 1997; MacLehose et al., 2000), 20% (Sindhu et al., 1997; Van Tulder et al., 2003) and 30% for follow-up of more than one year (Viswanathan and Berkman, 2012).</p>
<p>Case-control study Cases, e.g., patients, associated with a certain outcome are selected, alongside a corresponding group of controls. Data is collected on whether cases and controls were exposed to the factor under study (retrospective).</p>	<p>3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?</p> <p>Explanations Confounders are factors that predict both the outcome of interest and the intervention received/exposure at baseline. They can distort the interpretation of findings and need to be considered in the design and analysis of a non-randomized study. Confounding bias is low if there is no confounding expected, or appropriate methods to control for confounders are used (such as stratification, regression, matching, standardization, and inverse probability weighting).</p>
<p>Cross-sectional analytic study At one particular time, the relationship between health-related characteristics (outcome) and other factors (intervention/exposure) is examined. E.g., the frequency of outcomes is compared in different population subgroups according to the presence/absence (or level) of the intervention/exposure.</p> <p>Key references for non-randomized studies: Higgins and Green (2008); Porta et al. (2014); Sterne et al. (2016); Wells et al. (2000)</p>	<p>3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?</p> <p>Explanations For intervention studies, consider whether the participants were treated in a way that is consistent with the planned intervention. Since the intervention is assigned by researchers, consider whether there was a presence of contamination (e.g., the control group may be indirectly exposed to the intervention) or whether unplanned co-interventions were present in one group (Sterne et al., 2016).</p> <p>For observational studies, consider whether changes occurred in the exposure status among the participants. If yes, check if these changes are likely to influence the outcome of interest, were adjusted for, or whether unplanned co-exposures were present in one group (Morgan et al., 2017).</p>

Continua...

Continuação. Ferramenta MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool), Parte II, versão 2018

4. Quantitative descriptive studies	Methodological quality criteria
<p>Quantitative descriptive studies are “concerned with and designed only to describe the existing distribution of variables without much regard to causal relationships or other hypotheses” (Porta et al., 2014, p. 72). They are used to monitoring the population, planning, and generating hypothesis (Grimes and Schulz, 2002).</p> <p>Common designs include the following single-group studies (this list if not exhaustive):</p> <p>Incidence or prevalence study without comparison group In a defined population at one particular time, what is happening in a population, e.g., frequencies of factors (importance of problems), is described (portrayed).</p> <p>Survey “Research method by which information is gathered by asking people questions on a specific topic and the data collection procedure is standardized and well defined.” (Bennett et al., 2011, p. 3).</p> <p>Case series A collection of individuals with similar characteristics are used to describe an outcome.</p> <p>Case report An individual or a group with a unique/unusual outcome is described in detail.</p> <p>Key references: Critical Appraisal Skills Programme (2017); Draugalis et al. (2008)</p>	<p>4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?</p> <p>Explanations Sampling strategy refers to the way the sample was selected. There are two main categories of sampling strategies: probability sampling (involve random selection) and non-probability sampling. Depending on the research question, probability sampling might be preferable. Non-probability sampling does not provide equal chance of being selected. To judge this criterion, consider whether the source of sample is relevant to the target population; a clear justification of the sample frame used is provided; or the sampling procedure is adequate.</p> <p>4.2. Is the sample representative of the target population?</p> <p>Explanations There should be a match between respondents and the target population. Indicators of representativeness include: clear description of the target population and of the sample (such as respective sizes and inclusion and exclusion criteria), reasons why certain eligible individuals chose not to participate, and any attempts to achieve a sample of participants that represents the target population.</p> <p>4.3. Are the measurements appropriate?</p> <p>Explanations Indicators of appropriate measurements include: the variables are clearly defined and accurately measured, the measurements are justified and appropriate for answering the research question; the measurements reflect what they are supposed to measure; validated and reliability tested measures of the outcome of interest are used, variables are measured using ‘gold standard’, or questionnaires are pre-tested prior to data collection.</p> <p>4.4. Is the risk of nonresponse bias low?</p> <p>Explanations Nonresponse bias consists of “an error of nonobservation reflecting an unsuccessful attempt to obtain the desired information from an eligible unit.” (Federal Committee on Statistical Methodology, 2001, p. 6). To judge this criterion, consider whether the respondents and non-respondents are different on the variable of interest. This information might not always be reported in a paper. Some indicators of low nonresponse bias can be considered such as a low nonresponse rate, reasons for nonresponse (e.g., noncontacts vs. refusals), and statistical compensation for nonresponse (e.g., imputation).</p> <p>The nonresponse bias is might not be pertinent for case series and case report. This criterion could be adapted. For instance, complete data on the cases might be important to consider in these designs.</p>
	<p>4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?</p> <p>Explanations The statistical analyses used should be clearly stated and justified in order to judge if they are appropriate for the design and research question, and if any problems with data analysis limited the interpretation of the results.</p>

Continua...

Continuação. Ferramenta MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool), Parte II, versão 2018

5. Mixed methods studies	Methodological quality criteria
<p>Mixed methods (MM) research involves combining qualitative (QUAL) and quantitative (QUAN) methods. In this tool, to be considered MM, studies have to meet the following criteria (Creswell and Plano Clark, 2017): (a) at least one QUAL method and one QUAN method are combined; (b) each method is used rigorously in accordance to the generally accepted criteria in the area (or tradition) of research invoked; and (c) the combination of the methods is carried out at the minimum through a MM design (defined <i>a priori</i>, or emerging) and the integration of the QUAL and QUAN phases, results, and data.</p>	<p>5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?</p>
<p>Common designs include (this list if not exhaustive):</p>	<p>Explanations The reasons for conducting a mixed methods study should be clearly explained. Several reasons can be invoked such as to enhance or build upon qualitative findings with quantitative results and vice versa; to provide a comprehensive and complete understanding of a phenomenon or to develop and test instruments (Bryman, 2006).</p>
<p>Convergent design The QUAL and QUAN components are usually (but not necessarily) concomitant. The purpose is to examine the same phenomenon by interpreting QUAL and QUAN results (bringing data analysis together at the interpretation stage), or by integrating QUAL and QUAN datasets (e.g., data on same cases), or by transforming data (e.g., quantization of qualitative data).</p>	<p>5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?</p> <p>Explanations Integration is a core component of mixed methods research and is defined as the “explicit interrelating of the quantitative and qualitative component in a mixed methods study” (Plano Clark and Ivankova, 2015, p. 40). Look for information on how qualitative and quantitative phases, results, and data were integrated (Pluye et al., 2018). For instance, how data gathered by both research methods was brought together to form a complete picture (e.g., joint displays) and when integration occurred (e.g., during the data collection-analysis or/and during the interpretation of qualitative and quantitative results).</p>
<p>Sequential explanatory design Results of the phase 1 - QUAN component inform the phase 2 - QUAL component. The purpose is to explain QUAN results using QUAL findings. E.g., the QUAN results guide the selection of QUAL data sources and data collection, and the QUAL findings contribute to the interpretation of QUAN results.</p>	<p>5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?</p> <p>Explanations This criterion is related to meta-inference, which is defined as the overall interpretations derived from integrating qualitative and quantitative findings (Teddlie and Tashakkori, 2009). Meta-inference occurs during the interpretation of the findings from the integration of the qualitative and quantitative components, and shows the added value of conducting a mixed methods study rather than having two separate studies.</p>
<p>Sequential exploratory design Results of the phase 1 - QUAL component inform the phase 2 - QUAN component. The purpose is to explore, develop and test an instrument (or taxonomy), or a conceptual framework (or theoretical model). E.g., the QUAL findings inform the QUAN data collection, and the QUAN results allow a statistical generalization of the QUAL findings.</p>	<p>5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?</p> <p>Explanations When integrating the findings from the qualitative and quantitative components, divergences and inconsistencies (also called conflicts, contradictions, discordances, discrepancies, and dissonances) can be found. It is not sufficient to only report the divergences; they need to be explained. Different strategies to address the divergences have been suggested such as reconciliation, initiation, bracketing and exclusion (Pluye et al., 2009b). Rate this criterion ‘Yes’ if there is no divergence.</p>
<p>Key references: Creswell et al. (2011); Creswell and Plano Clark, (2017); O’Cathain (2010)</p>	<p>5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?</p> <p>Explanations The quality of the qualitative and quantitative components should be individually appraised to ensure that no important threats to trustworthiness are present. To appraise 5.5, use criteria for the qualitative component (1.1 to 1.5), and the appropriate criteria for the quantitative component (2.1 to 2.5, or 3.1 to 3.5, or 4.1 to 4.5). The quality of both components should be high for the mixed methods study to be considered of good quality. The premise is that the overall quality of a mixed methods study cannot exceed the quality of its weakest component. For example, if the quantitative component is rated high quality and the qualitative component is rated low quality, the overall rating for this criterion will be of low quality.</p>

Fonte: Hong QN, et al. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018.