

O BRINCAR DE CRIANÇAS COM DOENÇAS CRÔNICAS HOSPITALIZADAS

THE PLAY OF HOSPITALIZED CHILDREN WITH CHRONIC DISEASES

Tatiane Grigolatto¹, Amanda Mota Pacciullo Sposito^{2*}, Maria Paula Panúncio-Pinto³, Luzia Iara Pfeifer⁴

¹ *Terapeuta Ocupacional, mestre em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP,*

² *Terapeuta Ocupacional, mestre em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.*

³ *Terapeuta Ocupacional, docente do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Divisão de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.*

⁴ *Terapeuta Ocupacional, docente do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Divisão de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.*

*Correspondência: amandamps.to@gmail.com

RECEBIMENTO: 30/08/15 - ACEITE: 05/02/16

Resumo

As doenças crônicas apresentam longa duração e algumas exigem constantes períodos de hospitalização. A internação hospitalar apesar de tentar promover a saúde, expõe a criança a situações de dor, sentimentos negativos e ociosidade, restringindo assim as possibilidades do brincar. O brincar é a ocupação principal da infância e promove o desenvolvimento neuropsicomotor. Assim, a análise de como a criança brinca fornece informações valiosas em relação a suas habilidades e estágio de desenvolvimento no qual se encontra. Este estudo teve por objetivo descrever o brincar de crianças com doenças crônicas hospitalizadas. Participaram da pesquisa 15 crianças com idade entre 3 e 6 anos, internadas em hospital universitário e que possuíam diagnóstico de alguma patologia crônica. O brincar foi avaliado através das quatro dimensões da Escala Lúdica Pré-Escolar de Knox – revisada, adaptada culturalmente para o Brasil: domínio espacial, domínio material, faz-de-conta/jogo simbólico e participação. Observou-se defasagem no comportamento lúdico das crianças, mesmo sem haver uniformidade no desempenho nas quatro dimensões, justificando a importância de uma estimulação lúdica como tentativa de minimizar os sintomas da patologia e os efeitos negativos da hospitalização.

Palavras-chave: Brincar. Doença crônica. Criança. Hospital.

Abstract

Chronic diseases are long duration and require frequent periods of hospitalization. Despite trying to promote health, the hospital exposes children to situations of pain, negative feelings and idle time, restricting possibilities of playing. Playing is the main occupation of the child and promotes psychomotor development. Thus, the analysis of how the child plays provides valuable information about their abilities and development. The aim of this study was to describe the play of hospitalized children with chronic diseases. The participants were 15 children with diagnosis of a chronic disease, aged between 3 and 6 years old and hospitalized at a university hospital. The play was evaluated through four dimensions of Revised Knox Preschool Play Scale, culturally adapted for Brazil: space management, material management, pretense/symbolic and participation. Were observed deficits in the play behaviour of children, although the non-uniformity in performance in four dimensions, justifying the importance of the playful stimulation trying to minimize the symptoms of the condition and the negative effects of hospitalization.

Keywords: Play. Chronic disease. Child. Hospital.

Introdução

Os indicadores de saúde se deslocaram da mortalidade para a morbidade e, mais recentemente, para as consequências das doenças crônicas.¹ Doenças crônicas são definidas como aquelas que apresentam manifestações prolongadas, não se resolvem espontaneamente e raramente são curadas completamente.² O número de pessoas com doenças crônicas está em ascensão e estima-se que, em 2020, metade da população norte americana, incluindo crianças e adolescentes, estará vivendo com pelo menos uma condição crônica.³ No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) reúnem um grande grupo de agravos que lideram as causas de morte nas áreas urbanas.⁴

Os diversos níveis de atenção do sistema de saúde necessitam articular ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência dos pacientes com DCNT. Tais ações devem levar em consideração as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não apenas a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e de terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida.⁵ A avaliação do impacto das doenças na condição de vida de crianças e adolescentes considera as alterações das funções e estruturas corporais, a capacidade e desempenho de atividades, assim como o envolvimento na participação social, os quais são influenciados pelos fatores ambientais e pessoais.⁶

A principal característica da doença crônica é a sua longa duração e algumas exigem constantes períodos de hospitalização.⁷ A hospitalização oferece enormes benefícios ao estado de saúde, em virtude do avanço da ciência tem possibilitado a cura ou mesmo a manutenção da sobrevivência de sujeitos que, há pouco tempo atrás, iriam à óbito. Entretanto, não se pode descartar que a hospitalização gera ansiedade, principalmente para as crianças, que associam esta situação a castigo e culpa, vivenciando uma sensação de abandono, solidão e medo⁷⁻¹⁰ além de muitas vezes ficarem confinadas ao leito, apresentarem limitações físicas, serem induzidas à passividade e vivenciarem procedimentos invasivos dolorosos.^{8,11,12}

Essa rotina estressante influi também no brincar, que é a atividade essencial de escolha da criança¹³ e este, por ser uma ocupação infantil significativa e fundamental, é considerado o principal papel ocupacional na infância. Assim, as crianças com doenças crônicas podem apresentar alterações na estrutura ou função corporal, limitações em diversas atividades importantes para seu desenvolvimento e restrição na participação social, em função de seu quadro clínico ou pelo fato de encontrarem-se hospitalizadas.

A terapia ocupacional é fundamentada na compreensão de que o envolvimento em ocupações, ou atividades, estrutura a vida cotidiana e contribui para a saúde e para o bem-estar.¹⁴ Terapeutas ocupacionais analisam e atuam sobre os diferentes tipos de atividades que seus pacientes podem realizar e especificamente na atenção à população pediátrica hospitalizada, a atuação terapêutica ocupacional busca contribuir para a saúde da criança e do adolescente adoecidos em seu sentido amplo, considerando não somente a patologia ou a causa primária que os levou até o hospital,¹⁵ mas, também as repercussões do adoecimento no cotidiano, nas atividades e especialmente no brincar. Utilizando a situação de internação, o terapeuta facilita a interação da criança com brincedos, pares e adultos, buscando manter a estimulação de habilidades motoras, sensoriais, cognitivo-afetivas e sociais.¹⁶⁻¹⁸

A análise de como a criança brinca fornece informações valiosas em relação às suas habilidades e estágio de desenvolvimento neuropsicomotor.¹⁹ A avaliação do brincar pode ser utilizada para determinar a elegibilidade da criança para o serviço terapêutico, monitorar progressos obtidos ao longo do processo de tratamento e auxiliar nas decisões acerca da intervenção mais apropriada e efetiva para o caso.²⁰

Este estudo teve como objetivo descrever o brincar de crianças com doenças crônicas em situação de hospitalização.

Método

Participaram deste estudo 15 crianças pré-escolares (entre 3 e 6 anos de idade), internadas em hospital universitário no interior de São Paulo, que apresentavam diagnóstico de alguma patologia crônica. Foram excluídas as crianças impossibilitadas de saírem do leito e as que apresentavam como comorbidade deficiências mentais, motoras ou sensoriais.

Para avaliar os participantes, utilizou-se a Escala Lúdica Pré-Escolar de Knox – revisada (ELPKr) adaptada culturalmente para a população brasileira.^{19,21} Este instrumento analisa o brincar infantil, de crianças entre 0 e 6 anos de idade, em quatro dimensões: domínio espacial, domínio material, faz de conta/jogo simbólico e participação. Os dados foram colhidos e analisados por duas terapeutas ocupacionais, sendo uma delas aluna do último período do curso de graduação em Terapia Ocupacional e a outra docente do mesmo curso e também orientadora deste trabalho.

A coleta de dados ocorreu em um hospital universitário de nível terciário de uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo. Seguindo-se as instruções da autora original da Escala utilizada,²² o brincar de cada criança foi observado em ambiente fechado e aberto. O brincar em ambiente fechado foi observado em uma sala localizada na enfermaria de pediatria, espaço este destinado às aulas da classe hospitalar e a atividades recreativas. Tal

sala possui mesinhas coloridas com cadeiras, carteiras escolares, armários e prateleiras com brinquedos variados, além de um banheiro localizado anexo a sala. Como espaço externo utilizou-se o playground do hospital, que possui uma área cimentada com mesas de concreto, grama e árvores, além de balanços tipo “cadeirinha”, balanços tipo “cavalinho” e giratória, os quais se situam sob um tanque de areia.

Mais especificamente, a observação do domínio espacial ocorreu em espaço aberto, utilizando-se os brinquedos disponíveis no parque, bola, bambolê e o próprio ambiente, que possibilitava deslocamento amplo como corridas, escaladas e saltos. Para avaliar o domínio material foram disponibilizados, em ambiente fechado, brinquedos como quebra-cabeças, blocos de encaixe, jogo da memória e material gráfico. O faz de conta/jogo simbólico foi observado em ambiente fechado utilizando-se recursos lúdicos como bonecos, painelinhas, maleta com kit médico, cesta de piquenique, carrinhos, cavalinho e castelo. Finalmente, a participação foi avaliada tanto em ambiente fechado quanto aberto, através do brincar solitário ou compartilhado. Durante a avaliação, a pesquisadora se mostrou disponível e interessada pelas brincadeiras, mas sua participação era sempre uma decisão da criança.

Esta pesquisa seguiu todos os procedimentos necessários para pesquisas com seres humanos²³ tendo a aprovação do comitê de ética do hospital universitário em que o estudo foi realizado. Anteriormente ao início de cada avaliação foram colhidos os consentimentos dos pais das crianças participantes.

Cada criança foi avaliada individualmente nos espaços interno e externo. Cada participante foi inicialmente avaliado no espaço interno, o qual estava organizado de forma a contribuir com a exploração lúdica, e após 45 minutos foi encaminhado ao espaço externo para lá brincar por mais 15 minutos. Um auxiliar de pesquisa filmou todo o processo, e uma das pesquisadoras esteve junto com a criança facilitando o brincar. Desta forma cada criança foi filmada por 60 minutos, sendo que os 15 primeiros minutos das filmagens internas foram desprezados, por acreditar ser este um período de adaptação ao ambiente (filmadora, espaço, brinquedos e pesquisadora).

As crianças foram avaliadas a partir dos vídeos realizados, permitindo que seu comportamento fosse observado quantas vezes fossem necessárias para confirmação. Na análise utilizou-se a pontuação usada com sucesso no processo de adaptação transcultural da ELPK para o Brasil.^{19,21} A pontuação proposta considera 2 pontos se a criança apresenta o comportamento esperado de forma satisfatória ou executa corretamente uma determinada tarefa; 1 ponto se a criança não apresenta o comportamento da forma esperada, ou está hesitante quando executa uma determinada tarefa; zero se o comportamento esperado ou a tarefa não podem ser observados devido à falta de condições ou recursos materiais, ambientais e/ou humanos; e -1 ponto, se a criança não apresenta o comportamento esperado ou não cumpre a determinada tarefa, apesar de ter a oportunidade e todos os recursos necessários disponíveis para tal.

Realizou-se análise descritiva percentual dos dados em relação ao total esperado em cada dimensão. Como ainda não há um escore normativo padronizado dos resultados esperados para esta escala e a população avaliada, apesar de encontrar-se hospitalizada, apresentava-se não restrita ao leito, considerou-se o valor numérico acima de 70% do total dos comportamentos esperados como “comportamento lúdico satisfatório”, de 50% a 70% dos comportamentos esperados como “comportamento lúdico parcialmente satisfatório” e abaixo desse valor como “comportamento lúdico não satisfatório”.

Resultados

A Tabela 1 apresenta as 15 crianças que integraram esta pesquisa. Os resultados estão apresentados a partir das análises das pontuações obtidas nas quatro dimensões do brincar que compõem a ELPKr: domínio espacial, domínio material, faz de conta/jogo simbólico e participação.

Tabela 1- Gênero, idade e diagnóstico médico dos 15 pacientes atendidos no setor de pediatria de um hospital geral do interior de São Paulo, 2015

Participante	Sexo	Idade	Diagnóstico
P1	F	3 anos e 1 mês	Síndrome do intestino curto
P2	F	3 anos e 2 meses	Síndrome do intestino curto
P3	F	3 anos e 3 meses	Leucemia linfóide aguda
P4	M	3 anos e 5 meses	Insuficiência renal crônica
P5	F	3 anos e 5 meses	Fibrose cística
P6	F	4 anos e 5 meses	Bronquiolite obliterante
P7	M	4 anos e 11 meses	Leucemia linfóide aguda
P8	M	4 anos e 4 meses	Hidronefrose bilateral
P9	F	4 anos e 1 mês	Fibrose cística
P10	F	4 anos e 2 meses	Fibrose cística
P11	M	5 anos e 1 mês	Bronquiolite obliterante
P12	M	5 anos e 11 meses	Leucemia mieloide aguda
P13	M	5 anos e 2 meses	Cardiopatía congênita
P14	F	5 anos e 1 mês	Epilepsia
P15	M	6 anos	Cardiopatía congênita

Em relação ao domínio espacial, apenas uma criança (6,6%) apresentou comportamento lúdico satisfatório, cinco crianças (33,3%) evidenciaram comportamento lúdico parcialmente satisfatório e nove crianças (60,0%) apresentaram comportamento lúdico insatisfatório, sendo que quatro delas (26,6%) pontuaram negativamente, como pode ser visto na Figura 1.

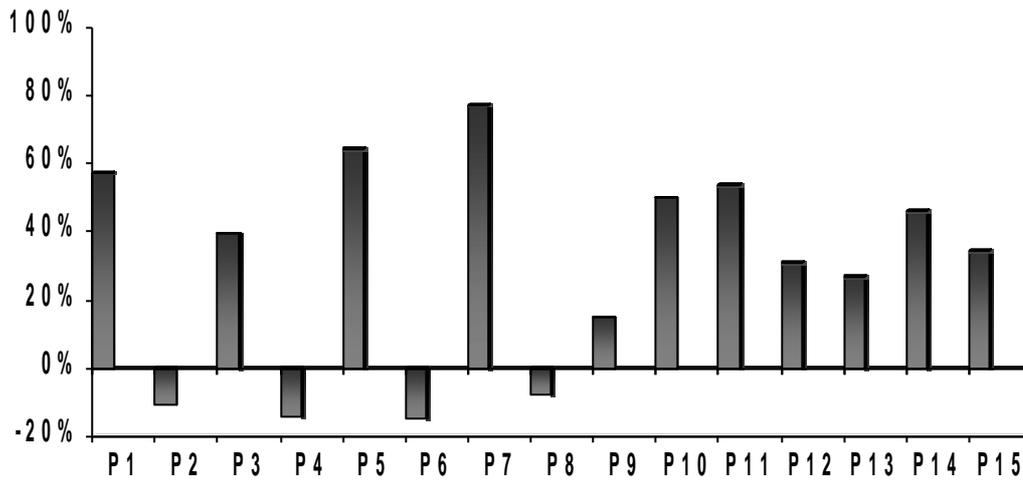


Figura 1- Distribuição da frequência relativa ao desempenho lúdico no domínio espacial de 15 pacientes atendidos no setor de pediatria de um hospital geral do interior de São Paulo, 2015

Quanto ao domínio material, quatro crianças (26,6%) apresentaram comportamento lúdico satisfatório, outras quatro crianças (26,6%) demonstraram comportamento lúdico parcialmente satisfatório e seis crianças (40,0%) evidenciaram comportamento lúdico insatisfatório, sendo que uma dessas crianças (6,6%) pontuou negativamente, como pode ser visualizado na Figura 2.

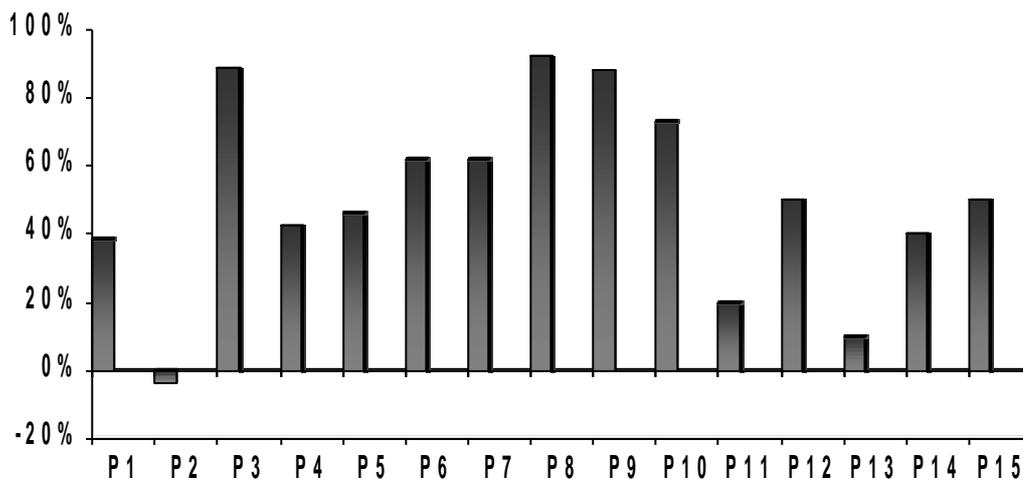


Figura 2- Distribuição da frequência relativa ao desempenho lúdico no domínio material de 15 pacientes atendidos no setor de pediatria de um hospital geral do interior de São Paulo, 2015

Em relação à dimensão do faz de conta/jogo simbólico duas crianças (13,3%) evidenciaram comportamento lúdico satisfatório e treze crianças (86,3%) apresentaram comportamento lúdico insatisfatório, sendo que quatro (26,6%) dessas crianças não pontuaram, o que pode ser visualizado na Figura 3.

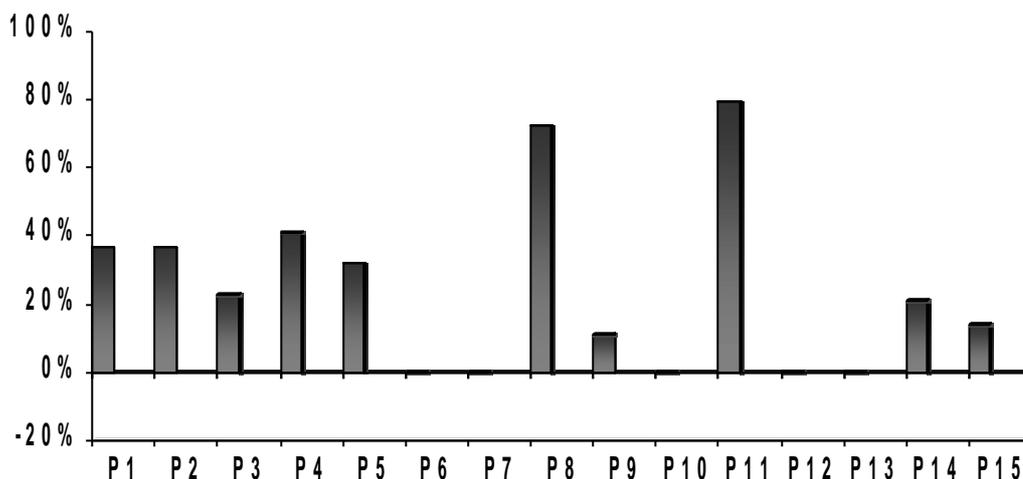


Figura 3- Distribuição da frequência relativa ao desempenho lúdico no domínio faz de conta/ jogo simbólico de 15 pacientes atendidos no setor de pediatria de um hospital geral do interior de São Paulo, 2015

Quanto à dimensão da participação, apenas duas crianças (13,3%) apresentaram comportamento lúdico satisfatório, quatro crianças (26,6%) demonstraram comportamento lúdico parcialmente satisfatório e nove crianças (60,0%) evidenciaram comportamento lúdico insatisfatório, conforme demonstrado na figura 4.

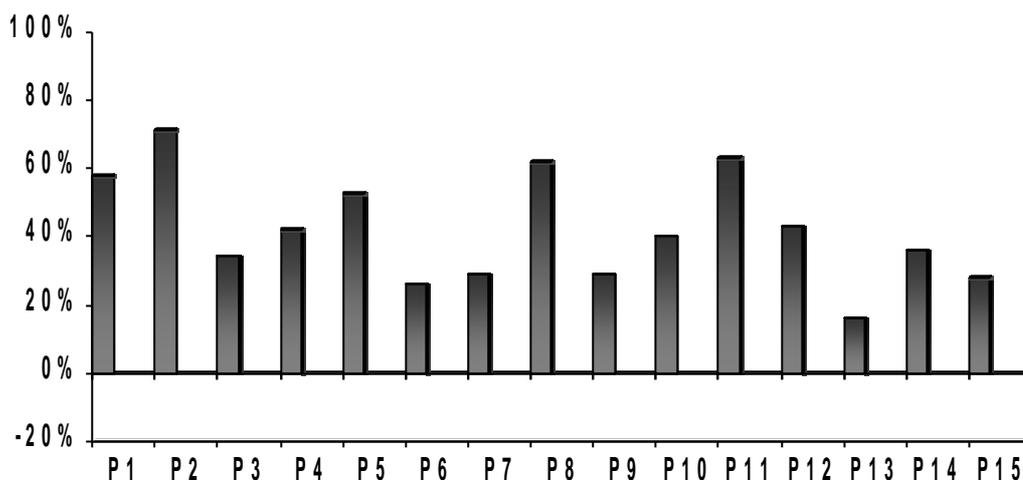


Figura 4- Distribuição da frequência relativa ao desempenho lúdico no domínio participação de 15 pacientes atendidos no setor de pediatria de um hospital geral do interior de São Paulo, 2015

Discussão

O hospital é o local onde a criança adquire conhecimento acerca das especificidades de sua patologia e dos cuidados que precisa receber, bem como é o espaço onde o paciente resgata seus aspectos sadios.²⁴ Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de crianças hospitalizadas devem considerar que a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares pode estar comprometida por mudanças impostas pelo adoecimento e por suas conseqüentes alterações na rotina.²⁵ Entretanto, o hospital não é um ambiente apenas de dor e sofrimento. Sempre há um espaço que pode ser aproveitado para a realização de atividades lúdicas e pedagógicas.²⁶ O brincar pode assumir, para as crianças hospitalizadas, as funções de: distração dos procedimentos e rotina hospitalares; desvio de pensamentos acerca da doença; alívio para o ócio e tédio; símbolo de familiaridade²⁷ e possibilidade de vivências positivas.

O brincar é indispensável na idade pré-escolar, uma vez que estimula o desenvolvimento social, cognitivo, emocional, de habilidades físicas e linguagem.²⁸ Sendo o brincar essencial ao desenvolvimento infantil e intrinsecamente

relacionado a este, sua avaliação é considerada válida para indicar o estágio do desenvolvimento no qual a criança se encontra e apontar possíveis defasagens.²⁰

O presente estudo possibilitou caracterizar o comportamento lúdico de crianças com doenças crônicas que se encontravam hospitalizadas. Procurou-se proporcionar, tanto no ambiente interno quanto no ambiente externo da instituição, espaços provocativos e convidativos, no intuito de aproximar as crianças do universo das brincadeiras, priorizando a iniciativa e autonomia das mesmas.

O domínio espacial é a maneira como a criança aprende a movimentar seu corpo e interage com o mundo ao seu redor através do processo de exploração e experimentação. Tal domínio engloba a atividade motora grossa, referente à atividade recreativa que envolve todo o corpo, e o interesse, que pode ser observado na escolha das atividades recreativas.²² Referente a esta dimensão, verificou-se que a maioria das crianças apresentou comportamento lúdico insatisfatório. A baixa pontuação observada nos itens da ELPK_r referentes à motricidade global pode ser compreendida como consequência da condição clínica e da rotina vinculada à hospitalização (procedimentos clínicos e administração medicamentosa com necessidade de manter a criança conectada à bomba de infusão), acarretando restrições à exploração, movimentação e impulsos motores, tão comuns no desenvolvimento típico de crianças em idade pré-escolar. Estes resultados sugerem que as doenças crônicas, mesmo em períodos de manifestações menos graves e com menos sintomas, limitam as atividades motoras grossas, talvez por exigirem uma energia física já inexistente ou porque as crianças recebem recomendações médicas para conservação de energia. Quando a criança possui uma doença crônica, é preciso redobrar os cuidados para não cair e se machucar, o que poderia provocar uma exacerbação dos sintomas e piorar o quadro clínico,⁷ restringindo-se, assim, as possibilidades de desenvolvimento de habilidades motoras grossas.

Kielhofner et al. (1983)²⁹ utilizaram a versão inicial da Escala Lúdica Pré-Escolar de Knox e também constatou que as crianças hospitalizadas apresentam menor exploração motora quando comparadas a crianças não hospitalizadas. Para estes autores, o ambiente hospitalar afeta negativamente o desenvolvimento do brincar em crianças que necessitam permanecer neste espaço por períodos prolongados, uma vez que estas são expostas aos mesmos objetos, cenários e brinquedos, levando a uma diminuição das novidades e da oportunidade de explorar e reinventar o brincar.

O domínio material é a maneira como a criança explora e dá função aos objetos e engloba a manipulação, referente a atividades lúdicas que envolvem a motricidade fina; a construção, entendida como a combinação de objetos e a confecção de produtos; o objetivo da atividade; e a atenção dispensada à recreação.²² Embora melhor pontuado do que o domínio espacial, o domínio material também apresentou alta frequência de comportamentos lúdicos considerados insatisfatórios. Observou-se que a maioria das crianças analisadas apresentava algum tipo de contenção, como uma das mãos imobilizada por tala e acessos venosos. Acredita-se que esta condição possa ter contribuído para a menor exploração e utilização dos recursos lúdicos disponíveis, embora tenha sido observado que algumas crianças buscavam meios alternativos para compensar as restrições. Por exemplo, uma menina de 4 anos utilizou o cotovelo para encaixar as peças do quebra-cabeça, pois uma de suas mãos estava imobilizada e, desta forma, conseguiu atingir um comportamento lúdico considerado satisfatório.

O faz de conta/jogo simbólico é a maneira pela qual a criança aprende sobre o mundo através da imitação e da capacidade de separar a realidade da fantasia, e engloba a imitação, que é a reprodução dos comportamentos de seu ambiente imediato e a dramatização, que é a introdução de novidades e desempenho de papéis.²²

Considerou-se que esta dimensão encontra-se deficitária nas crianças avaliadas. O brincar de faz de conta é inicialmente desenvolvido pela criança através da imitação de adultos ou outras crianças.³⁰ Assim, acredita-se que o baixo desempenho apresentado pelas crianças com doenças crônicas pode ser fruto da limitação de contato com seus pares e de uma pobre relação com adultos no que se refere ao brincar.

A participação está relacionada à quantidade e a qualidade da interação social. Engloba o tipo de interação durante a atividade recreativa; a cooperação, que se refere à capacidade de lidar com os outros na brincadeira; o humor, que engloba a compreensão e expressão de palavras ou episódios humorísticos e a linguagem, comunicação com os outros durante a recreação.²² A maioria dos participantes apresentou comportamento insatisfatório nesta dimensão. As crianças hospitalizadas observadas por Garriépy e How²⁵ também evidenciaram brincar preferencialmente solitário.

De modo geral, os resultados deste estudo demonstraram uma defasagem no desempenho lúdico das crianças avaliadas, corroborando que crianças que possuem poucas oportunidades para a exploração livre e com ampla variedade de objetos, ou que têm sido cronicamente privadas, são mais influenciadas pelas características físicas do ambiente, dependendo deste como fonte provedora de novidades ou surpresas.²⁹

O brincar possui grande potencial de promoção de saúde e, portanto, pode ser considerado um importante recurso para reduzir os danos causados pelo adoecimento e hospitalização da criança.³¹ O terapeuta ocupacional, por ser o profissional de saúde que tem como objeto de estudo o fazer humano no cotidiano, apresenta-se como um facilitador das tarefas infantis saudáveis e da adaptação da criança, promovendo situações lúdicas com objetivo de estimular e favorecer o desenvolvimento global infantil.

A ELPK_r preconiza a observação do brincar livre, portanto vários materiais lúdicos são disponibilizados à criança e o examinador não deve servir como direcionador de suas escolhas e atitudes, funcionando apenas como um instrumento facilitador das interações entre a criança e os diferentes brinquedos.²² Essa espontaneidade preconizada pela Escala pode ser analisada sob dois aspectos.

Primeiramente acredita-se que a liberdade proposta possibilitou situações lúdicas genuínas e de grande riqueza, entretanto constatou-se, durante a análise dos dados, que muitas ações não foram observadas, persistindo a dúvida quanto ao desenvolvimento de algumas habilidades e real capacidade das crianças avaliadas. Nesse sentido questiona-se se a criança não desempenhou as tarefas esperadas por não possuírem capacidade ou simplesmente por falta de vontade ou de ideias. Esse aspecto vai ao encontro da análise de autores³² que examinaram a confiabilidade e a validade da Escala Lúdica Pré-Escolar de Knox, ainda em sua primeira versão. Seus resultados demonstraram a confiabilidade e a validade aceitável do instrumento, apontando, entretanto, a necessidade de um refinamento da Escala, definindo critérios para se decidir se um comportamento é ausente, ou se apenas não houve nenhuma oportunidade de ser observado. Apesar de o presente estudo ter utilizado a versão revisada e adaptada culturalmente da Escala Lúdica Pré-Escolar de Knox^{19,21} essa dificuldade continua presente.

Conclusão

A avaliação do brincar norteada por um instrumento confiável possibilitou a identificação dos aspectos preservados e daqueles negativamente influenciados pelo adoecimento crônico e pelas privações decorrentes da hospitalização.

Os resultados apontam um déficit global no desempenho do brincar e, deste modo, torna-se importante que seja incluída no processo de tratamento destas crianças uma intervenção terapêutica ocupacional, buscando minimizar os efeitos negativos da hospitalização e das limitações impostas pelas doenças crônicas, na tentativa de reverter a escassez de oportunidades estimulantes do desenvolvimento infantil.

Referências

- Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(3):475-83.
- Moeinedin F, Moeinedin R, Jadad AR, Hamid JS, To T, Beyene J. Application of biomedical informatics to chronic pediatric diseases: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2009;9(22):1-7.
- Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002;162(2):2269-76.
- Marcopito LF, Rodrigues SSF, Pacheco MA, Shirassu MM, Goldfeder AJ, Moraes MA. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. *Rev. Saúde Públ*. 2005;39(5):738-45.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Textos Básicos de Atenção à Saúde [Internet]. 2008. [acessado 28 jun 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf
- Organização Mundial da Saúde. CIF-CJ: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens. São Paulo: EDUSP; 2011.
- Vieira MA, Lima RAG. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Rev Latino-Am Enf*. 2002;10(4):552-60.
- Pfeifer LI, Mitre RMA. Terapia Ocupacional, dor e cuidados paliativos na atenção à infância. In: De Carlo MMRP, QUEIROZ MEG, editores. *Dor e cuidados paliativos: Terapia Ocupacional e interdisciplinariedade*. São Paulo: Ed. Roca; 2008. p. 258-87.
- Quintana AM, Arpini DM, Pereira CRR, Santos MS. A vivência hospitalar no olhar da criança internada. *Cienc Cuid Saúde*. 2007;6(4):414-23.
- Ribeiro CA, Angelo M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(4):391-400.
- Souza BL, Mitre RMA. O brincar na hospitalização de crianças com paralisia cerebral. *Psic.: Teor. e Pesq*. 2009;25(2):195-201.
- Mitre RMA, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2004;9(1):147-54.
- Sturgess J. Play as child-chosen activity. In: Stagnitti K, Cooper R, editors. *Play as Therapy: Assessment and therapeutic interventions*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2009. p. 20-30.
- American Occupational Therapy Association (AOTA). Occupational therapy practice framework: domain and process. 2th ed. *Am J Occup Ther*. 2008;62(6):625-83.
- Takatori M, Oshiro M, Otashima C. O Hospital e a assistência em Terapia Ocupacional com a população infantil. In: De Carlo MMRP, Luzo MCM, organizadores. *Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004. p. 256-75.
- Parham LD, Primeau LA. Recreação e Terapia Ocupacional. In: Parham LD, Fazio LS, editors. *A recreação na terapia ocupacional pediátrica*. São Paulo: Santos; 2002. p. 2-21.
- Cruz DMC, Pfeifer LI. Revisão sobre o brincar de crianças com paralisia cerebral nas três últimas décadas. *Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral*. 2006;2(1):7-13.
- Cruz DMC, Emmel MLG. O brincar e o brincar na estimulação da função manual de crianças pré-escolares com deficiência física. *Cad Ter Ocup UFSCAR*. 2007;15(1):7-17.
- Pacciullo AM, Pfeifer LI, Santos JLF. Preliminary Reliability and Repeatability of the Brazilian Version of the Revised Knox Preschool Play Scale. *Occup Ther Int*. 2010;17(2):74-80.
- Richardson PK. Use of standardized tests in pediatric practice. In: Case-Smith J, editor. *Occupational therapy for children*. 6th. ed. St. Louis: Mosby; 2010. p. 246-75.
- Sposito AMP, Pfeifer LI, Santos JLF. Adaptação transcultural da Escala Lúdica Pré-Escolar de Knox – revisada para uso na população brasileira. *Interação Psicol*. 2012;16(2):149-60.
- Knox S. Desenvolvimento e uso corrente da Escala Lúdica Pré-Escolar de Knox. In: Parham LD, Fazio LS, editors. *A Recreação na Terapia Ocupacional Pediátrica*. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2002. p. 35-51.
- Brasil. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196/96 – CNS. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- Goulart CMT, Sperb TM. Histórias de crianças: as narrativas de crianças asmáticas no brincar. *Psicol Refl Crít*. 2003;16(2):355-65.
- Garriépy N, Howe N. The therapeutic power of play: examining the play of young children with leukaemia. *Child Care Health Dev*. 2003;29(6):523-37.
- Lima RAG, Azevedo EF, Nascimento LC, Rocha SMM. The art of Clown theater in care for hospitalized children. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):186-93.
- Aldiss S, Horstman M, O'Leary C, Richardson A, Gibson F. What is important to young children who have cancer while in hospital? *Child Soc*. 2009;23(2):85-98.
- Lifter K, Foster-Sanda S, Arzamarski C, Briesch J, McClure E. Overview of play: its uses and importance in early intervention/early childhood special education. *Infants Young Child*. 2011;24(3):225-45.
- Kielhofner G, Barris R, Bauer D, Shoestock B, Walker L. A comparison of play behavior in nonhospitalized and hospitalized children. *Am J Occup Ther*. 1983;37(5):305-12.
- Stagnitti K. Children and pretend play. In: Stagnitti K, Cooper R, editors. *Play as Therapy: Assessment and therapeutic interventions*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2009. p.59-69.
- Saggese ESR, Maciel M. O brincar na enfermaria pediátrica: recreação ou instrumento terapêutico? *Pediatria Moderna*, 1996;32(3):290-2.
- Harrison H, Kielhofner G. Examining reliability and validity of the Preschool Play Scale with handicapped children. *Am J Occup Ther*. 1986 54(1):73-82.