

# Os estímulos sensoriais recebidos por crianças com hospitalização prolongada<sup>1</sup>

Larissa Rangel Fernandes Aragão, Fernanda do Nascimento Maia,  
Rosa Maria de Araújo Mitre

Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**Resumo:** Introdução: O desenvolvimento global e as experiências sensoriais têm início desde a vida intrauterina. É a partir das experiências sensoriais que o bebê aprende a se relacionar com seu corpo e com o mundo. A hospitalização rompe com o cotidiano da criança e pode diminuir sua possibilidade de vivenciar experiências sensoriais usuais. A rotina das crianças hospitalizadas é cercada por estímulos dolorosos, restrição do espaço físico e de movimentação, e alteração de estímulos ambientais. Esta rotina, associada à permanência no ambiente hospitalar, pode gerar comprometimentos globais no desenvolvimento. Objetivo: Este trabalho tem por objetivo analisar os estímulos sensoriais recebidos por crianças com hospitalização prolongada no seu cotidiano. Método: Foram observados os estímulos ofertados às crianças hospitalizadas de 0 a 6 anos que estavam internadas em uma enfermaria pediátrica de um hospital terciário do Rio de Janeiro, RJ. Trata-se de um trabalho de abordagem qualitativa. A técnica utilizada foi observação participante dos estímulos recebidos pelas crianças hospitalizadas por meio de roteiro de observação. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo na modalidade temática. Resultados: Percebemos que as crianças recebem muitos estímulos sensoriais, porém nem sempre são agradáveis e favoráveis ao desenvolvimento. Conclusão: Devemos estimular a participação do acompanhante nesse processo, e os profissionais de saúde devem estar atentos para amenizar os estímulos desagradáveis.

**Palavras-chave:** *Desenvolvimento Infantil, Hospitalização, Criança, Função Sensorial.*

## The sensory stimulus received by children on extended hospitalization

**Abstract:** Introduction: The global development and the sensory experiences starts in the intrauterine life. It is from the sensory experiences that the baby learns to relate to its body and to the world. Hospitalization breaks the child's daily routine and may decrease his/her chances of experiencing usual sensory experiences. The routine of hospitalized children is surrounded by painful stimulus, restriction of physical space and movement, and alteration of environmental stimuli. This routine associated to the permanence in the hospital environment, can result in global commitments on development. Objective: This study aims to analyze the sensorial stimulus received by extended hospitalization children. Method: Were observed the stimulus offered to hospitalized children from 0 to 6 years old who were admitted to a pediatric ward of a tertiary hospital in Rio de Janeiro. This is a qualitative approach. The technique used was participant observation of the stimulus received by hospitalized children through an observation script. Data analysis was performed through content analysis in the thematic modality. Results: Were perceived that children receive many sensory stimuli, but they are not always pleasant and developmental. Conclusion: The participation of the companion in this process and the health professionals must be attentive to soften the unpleasant stimulus.

**Keywords:** *Child Development, Hospitalization, Child, Sensation.*

## 1 Introdução

O desenvolvimento humano se inicia desde a vida intrauterina, sendo marcado por intensas atividades sensório-motoras. Estas atividades são imprescindíveis para a exploração do ambiente e de si próprio, e a partir da experimentação essas atividades se tornam conscientes e intencionais (OLIVEIRA et al., 2009).

A criança utiliza informações sensoriais para conhecer a si, o mundo e os outros durante a primeira infância. Durante a segunda infância, o desenvolvimento motor ocorre em grande velocidade, requerendo sempre o uso das informações sensoriais e estimulando ao mesmo tempo uma exploração mais eficiente delas (ROCHA; DOUNIS, 2013).

A informação sensorial é um componente de extrema importância para o sistema motor, pois propicia o *feedback* necessário para a monitoração do desempenho durante a realização de uma tarefa. Essa informação para a monitoração do movimento é realizada pelos olhos, aparelho vestibular, músculos, proprioceptores tendíneos e articulares e receptores de tato (TORRIANI et al., 2008).

A hospitalização na infância rompe com o cotidiano e a rotina da criança. Na maior parte do tempo, a criança fica no espaço do leito, realiza procedimentos invasivos e dolorosos, cercada de pessoas estranhas e que para ela trazem mais dor e sofrimento (OLIVEIRA; DANTAS; FONSÊCA, 2005; MELO; ALMEIDA; ARAÚJO NETO, 2011; KUDO; BARROS; JOAQUIM, 2018).

Durante a internação hospitalar as crianças tendem a ficar restritas a seus leitos; seja pelas limitações de seu quadro clínico, pela necessidade de estarem sendo monitoradas por equipamentos, pela falta de acompanhantes ou pelas precauções de contato. Dessa forma, suas atividades ficam restritas a esse espaço. Os estímulos sensoriais que recebem estão relacionados ao ambiente hospitalar, tais como barulhos de aparelhos, temperatura do ar-condicionado, odores de álcool e medicamentos, injeções e luzes frias.

Consideram-se internação de longa permanência aquelas cuja duração média é maior ou igual a 30 dias (BRASIL, 2002; GOMES, 2015).

O interesse em realizar este estudo emergiu a partir da prática nas enfermarias pediátricas, onde nesses espaços chamou a atenção a quantidade de estímulos dolorosos que as crianças internadas recebem, e a escassez de estímulos usuais necessários para o desenvolvimento delas.

A partir de buscas na base de dados Scielo utilizando as palavras-chaves hospitalização infantil, hospital, infantil, criança, estimulação sensorial, desenvolvimento infantil, estímulo sensorial, isoladas ou combinadas, considerando apenas artigos em português, foram encontrados 523 artigos. Os artigos foram classificados em um ou mais temas, dependendo da sua especificidade. Dessa forma, percebeu-se que poucos estudos abordavam este tema, e nenhum tratava do tema diretamente. Sendo assim, consideram-se escassas as pesquisas relacionadas aos estímulos sensoriais, o desenvolvimento infantil e a hospitalização, foco desta pesquisa.

O entendimento dos impactos dos estímulos sensoriais auxiliará na diminuição de possíveis impactos negativos para o desenvolvimento da criança. A redução do impacto dos estímulos sensoriais inadequados e a estimulação adequada podem minimizar as perdas de forma no desenvolvimento da criança hospitalizada.

Este artigo é parte de um estudo maior, de conclusão de residência sobre os estímulos sensoriais que as crianças hospitalizadas recebem e seu impacto no desenvolvimento. Tem como objetivo analisar os estímulos sensoriais recebidos por crianças com hospitalização prolongada no seu cotidiano.

## 2 Método

A metodologia utilizada para esta pesquisa baseou-se em uma abordagem qualitativa, pois interessava-nos observar a qualidade dos estímulos recebidos por essas crianças no seu cotidiano hospitalar. Este tipo de estudo aplica-se ao entendimento da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões, que são produtos das interpretações feitas pelas pessoas, com nível de realidade que não deveria ser quantificado (MINAYO, 2010). A pesquisa foi realizada por meio de observação participante de crianças internadas e consultas aos registros diários de campo da residência, que relatavam a nossa prática profissional, bem como os tipos de estímulos sensoriais recebidos pelas crianças no ambiente hospitalar.

A pesquisa participante envolve observação dos fenômenos, compartilhamento de experiências dos sujeitos pesquisados, participando de forma sistemática e permanente ao longo da pesquisa. O pesquisador acompanha as ações praticadas pelos sujeitos, observando manifestações e ações vividas, realiza registro descritivo de todos os elementos

observados, bem como considera as ações ao longo dessa participação (SEVERINO, 2007).

O campo foi uma enfermaria de pediatria de um hospital pediátrico terciário no município do Rio de Janeiro, que possui como característica um perfil de crianças com condições crônicas de saúde, as quais muitas vezes ficam hospitalizadas por longos períodos.

Os sujeitos foram crianças de 0 a 6 anos internadas em uma enfermaria de um hospital terciário do Rio de Janeiro. Delimitou-se esse público para englobarmos crianças que estivessem nos períodos sensório-motor e pré-operacional, segundo Piaget (FLAVELL, 1992; BEE, 2000). O período sensório-motor é uma fase de intensa atividade motora e sensorial em que a criança inicia sua organização motora, perceptiva, afetiva, social e intelectual. O período pré-operacional é aquele em que a criança conquista principalmente habilidades sociais, cognitivas e de linguagem que serão importantes para afirmar sua personalidade (FLAVELL, 1992; BEE, 2000).

A observação participante foi feita no período de duas semanas, em horários e dias distintos, procurando apreender diferentes aspectos da rotina da enfermaria.

As observações foram registradas em tabelas descritivas, e a partir do registro das observações construiu-se um texto que foi analisado por meio da análise de conteúdo. A análise foi feita a partir da classificação dos tipos de estímulo e da frequência com que ocorriam. A análise de conteúdo foi realizada a partir da ordenação dos dados. Em seguida, os dados foram classificados por meio de leitura exaustiva e repetida dos textos com base na relevância e separados por categorias. Por fim, os achados foram comparados com referenciais teóricos (MINAYO, 2010).

O projeto encontra-se em consonância com o estabelecido na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo comitê de ética em pesquisa em parecer de número 1.629.359.

## 3 Resultados e Discussão

### 3.1 Caracterização dos sujeitos

No período da observação participante, observamos 6 crianças com idades entre 5 meses e 4 anos e 9 meses. Apresentavam quadros clínicos variados, tais como Encefalopatia Crônica não Progressiva da Infância, Doença Pulmonar Crônica, Braquicefalia e Paquigiria, entre outros. Dentre elas, quatro eram traqueostomizadas e possuíam dependência de ventilação mecânica e oxigênio. Apesar dessas

condições, nem sempre estavam restritas ao leito, pois tinham acesso ao chão ou faziam passeios dentro do hospital. O tempo de internação variava entre um mês e três anos, sendo que quatro crianças estavam internadas há mais de um ano no hospital. Durante a observação, todas as crianças estavam acompanhadas em algum momento. Os acompanhantes eram todas mulheres: cinco mães e uma madrastra. Quatro estavam presentes a maior parte do tempo, uma estava sempre pela manhã e uma criança não possuía acompanhante regular.

### 3.2 Estímulos observados

Após a análise da observação de campo, percebemos que os estímulos recebidos pelas crianças internadas acontecem de forma direta ou indireta. Alguns são direcionados especificamente para eles, outros são incidentais, oriundos do ambiente hospitalar e sua dinâmica. Ao realizarmos a análise, demos conta de que até mesmo classificar alguns estímulos, do ponto de vista da estimulação sensorial, não é uma tarefa fácil. A peculiaridade das crianças observadas, da dinâmica da enfermaria e dos procedimentos realizados produzem uma série de estímulos que nem sempre conseguimos identificar em que nível aquela experiência está sendo captada pela criança. Nesse sentido, organizamos os diferentes estímulos vivenciados por esta clientela dentro de um padrão, tentando correlacionar com estímulos orais, olfativos, visuais, táteis, vestibulares, proprioceptivos e enteroceptivos.

Os estímulos orais para as crianças internadas nem sempre chegam via alimentação. Na população observada, devido à complexidade dos quadros clínicos e presença de ostomias, apenas duas crianças se alimentavam pela boca, diminuindo a possibilidade de experiências orais. As outras possibilidades de estimulação oral aconteciam por meio da exploração do corpo, exploração do ambiente, cuidados de saúde e higiene. Estes estímulos se faziam presentes através utilização da língua para explorar partes do próprio corpo e ambiente, tal como berço, peças de vestuário e mesmo equipamentos hospitalares. Também observamos durante os cuidados que estes estímulos ocorrem durante os cuidados de enfermagem, como ao passar hidratante labial ou limpar a boca com gaze. Porém, nem sempre de forma agradável, como durante a aspiração pela boca ou passagem de sondas orais. Outra maneira de essas crianças sentirem estímulos orais ocorre durante a escovação de dentes e higienização bucal. Importante destacar que esses cuidados nem sempre são realizados de uma única maneira. Por vezes,

usam escovas, dedeiras, gazes, oferecendo assim diferentes formas de a criança sentir.

Os estímulos olfativos observados chegavam via higiene, cuidados e alimentação. Observamos que os momentos dedicados à higiene foram os que mais proporcionaram estímulos olfativos, como odores de xampu, cremes, óleos e até mesmo de fezes. O cheiro de comida chegava apenas a duas das crianças, as quais comiam pela boca. Em relação aos cuidados de saúde, foi percebido o odor de álcool como um cheiro comum numa unidade hospitalar. Isso acontece porque os colchões devem ser higienizados todos os dias com álcool, bem como qualquer objeto que caia no chão, ou mesmo para higienização das mãos.

Os estímulos visuais eram percebidos pelas crianças por meio da iluminação do espaço, da dinâmica do ambiente, dos cuidados e também da alimentação. De modo geral, esses estímulos são fortes e constantes, nem sempre sendo confortáveis ou atraentes para as crianças. Muitas vezes eles aconteciam sem uma intencionalidade de oferecer algo que a criança visse, mas eram oriundos da intensa rotina da enfermaria. Em contrapartida, a iluminação natural, que poderia favorecer uma organização temporal, também é escassa, dificultando, por exemplo, a noção do dia e da noite. Da mesma maneira, a luz solar não entra em geral como um estímulo agradável, mas apenas em alguns leitos, através de um vidro fumê, deixando muitas vezes a criança exposta aos seus raios, sem nenhum controle sobre isso. Das crianças observadas, apenas uma, devido a sua patologia de base, permanecia a maior parte do tempo de olhos fechados, comprometendo a recepção desses estímulos.

Em relação aos estímulos auditivos, observamos que estes chegavam às crianças de duas maneiras. Estímulos direcionados à criança diretamente, ou provocados por elas, como quando os acompanhantes ou profissionais conversam com as crianças, quando a criança bate objetos contra a grade do berço, quando a criança ri, o barulho do DVD, dentre outros. Porém, observamos que o mais comum são os estímulos que chegam indiretamente a elas, ou seja, barulhos provenientes do meio, aos quais a criança não acessa ou provoca. Podemos destacar, dentre esses, o barulho dos equipamentos de monitorização de saturação e batimentos cardíacos, das bombas de infusão de dieta e venosa, do ambu<sup>2</sup>, do ar comprimido para aspiração, do alarme dos aparelhos de ventilação mecânica, que são sons peculiares desse ambiente. Ainda podemos citar outros estímulos auditivos que fazem parte da rotina hospitalar, como profissionais conversando dentro do box, telefone da unidade tocando, água

caindo em pia de metal, bebês chorando e barulho de luvas. De forma geral, os estímulos indiretos eram mais constantes e presentes do que os diretos. Muitas vezes, nada era dirigido especificamente à criança, mas existiam ruídos variados que entravam ininterruptamente, sem nenhuma organização para a criança.

No processo de hospitalização, percebemos que as crianças internadas recebiam estímulos táteis quando exploravam o ambiente ou o próprio corpo; ou ainda durante as atividades de vestuário, higiene, cuidados de saúde e alimentação. Percebemos que esses estímulos se restringiam ao espaço do leito. Todos aconteciam dentro dos berços e camas. Os menos comuns, como o contato com a água e outras texturas, chegavam na hora da higiene, principalmente no momento do banho. Este é dado no leito, usando uma bacia pequena com água, algodão e produtos da própria criança, como xampu, cremes para cabelo e sabonete. A singularidade desse processo é que criança não é imersa na água, apenas tem contato com o algodão molhado. Em relação à exploração do ambiente, destacamos que muitos desses estímulos envolviam objetos próprios do espaço hospitalar. Isso ocorria através do manuseio com sondas, luvas, gaze, esparadrapo ou durante os exames rotineiros com estetoscópio e por palpação. Porém, alguns estímulos eram semelhantes aos das crianças que não estão hospitalizadas, como brincar com os brinquedos, folhear livros, ficar no colo de familiares, coçar partes do corpo, receber carinho, entre outros. Já os estímulos táteis que chegavam via vestuário foram observados nas trocas de roupas, ou quando a própria criança conseguia tirar alguma peça de roupa. Observamos ainda que a alimentação também proporcionava a entrada de alguns estímulos, quando as crianças que tinham contato com a comida podiam explorá-la com as mãos.

Decidimos classificar os estímulos relacionados aos cuidados de saúde de aspiração pela traqueostomia e pelo nariz, e ambuzar pela traqueostomia, como estímulos enteroceptivos. Segundo Sanvito (2000), a sensibilidade enteroceptiva recolhe os estímulos originados dentro do próprio organismo, tais como mucosa gastrointestinal, traqueia, mamas, testículos, bexiga, entre outros. Observamos que esses estímulos aconteciam com uma constância em determinado período ou sempre que se julgava necessário. Em alguns casos, observamos que esse estímulo pode ser mais nocivo do que em outros, dependendo de quem realiza o procedimento. Percebemos que para algumas crianças, quando o procedimento de aspiração é realizado pelo acompanhante ou por alguém com quem a criança sinta confiança,

torna-se menos desconfortável. A criança fica mais relaxada e menos repulsiva.

Apesar da imobilidade de algumas crianças, todas recebem também algum tipo de estímulo vestibular. Esses estímulos se concentraram em ambientais e de exploração do próprio corpo. Os estímulos de exploração do próprio corpo são aqueles provocados pela criança sobre seu corpo, quando pulam, se balançam, dançam, etc., mesmo no espaço limitado de seus leitos. Já os ambientais acontecem de forma indireta ou direta. Os estímulos indiretos ocorrem quando, por exemplo, o leito é arrastado de um lado a outro para a limpeza do chão, quando a criança é deslocada porque algum objeto cai entre o leito e a parede, ou para realizar algum cuidado de saúde ou higiene. Os estímulos ambientais diretos ocorrem quando o profissional ou acompanhante pega a criança no colo, coloca-a no leito ou quando brincam de sacudi-la.

Por fim, mas não menos importante, os estímulos proprioceptivos recebidos pelas crianças hospitalizadas chegavam via exploração do próprio corpo e por meio de estímulos provenientes do ambiente. Os estímulos ambientais foram percebidos principalmente quando uma troca de roupa era realizada ou quando a criança era levantada do leito. Em relação à exploração do corpo, observamos que estavam ligados às posturas que as crianças assumiam durante suas atividades, como quando ficavam de joelhos ou de pé, quando se puxavam segurando nas grades dos berços, quando pisavam em superfícies com consistências diferentes e quando apoiavam os cotovelos no colchão, dentre outros.

## 4 Discussão

A partir do observado, percebemos que os estímulos que chegam às crianças são variados e frequentes. Os estímulos sensoriais são a base para todo e qualquer aprendizado que temos, seja ele cognitivo, psicológico ou físico (CREPEAU; COHN; SCHELL, 2011). São eles que nos permitem ter controle motor, regular funções orgânicas (como as vísceras, os órgãos e os vasos sanguíneos) e manter o estado de vigília. Todo sistema sensorial trabalha para fazer com que o cérebro esteja atento aos estímulos sensoriais disponíveis no ambiente, possibilitando a construção de mapas corporais e ambientais (LENT, 2010; CREPEAU; COHN; SCHELL, 2011).

Para um desenvolvimento sadio acontecer é necessário que, além dos processos maturacionais da criança, o meio externo facilite e preserve esses

processos. Nessa direção, a família desempenha um papel fundamental para o desenvolvimento, uma vez que o bebê nasce extremamente dependente do meio e aos poucos, com o crescimento, vai conquistando sua autonomia. Ao pensarmos nas primeiras experiências da criança, o lar é o ambiente mais adequado para a construção de experiências, explorações e ocupação dos espaços. Quando essa criança precisa ficar hospitalizada, temos um ambiente que não é bom o suficiente para o desenvolvimento (DE CARLO; LUZO, 2004). Durante o estudo, observamos que muitos bebês vivem a infância sem nunca terem ido para casa. No espaço das enfermarias, eles vivenciam a dor, afastamento da família, tensão, medo e angústia, fatores que além de não favorecerem, podem interferir no desenvolvimento adequado.

A rotina cotidiana de uma criança permite que ele cresça e se desenvolva de forma saudável. Tarefas simples do dia a dia, como ser carregado no colo, tomar banho, trocar de roupa, passear, comer, dormir, brincar, estudar, entre outras. Vimos com a população estudada que, tal como De Carlo e Luzo (2004) apontam, a hospitalização rompe com o cotidiano da criança, que é fundamental para seu desenvolvimento físico, mental e social. Muitas atividades cotidianas também são realizadas no hospital, mas inúmeras vezes essas ocorrem de forma peculiar. Por exemplo, o banho acontece no leito, a comida vem em potes de plástico e é dada no leito ou sem passar pela boca, o sono pode ser afetado devido aos ruídos provenientes do ambiente, nem sempre a criança pode ser pega no colo, dentre outras.

Também conseguimos notar que muitas crianças, após ficarem muito tempo hospitalizadas, apresentavam atrasos importantes no desenvolvimento, seja perdendo marcos ou mesmo não conseguindo adquiri-los, tal como apontado no estudo de Oliveira, Dantas e Fonsêca (2005). Entendemos que muitas vezes isso ocorre não somente pelo quadro clínico, mas pelas restrições físicas que o ambiente oferece, e como estas afetam a qualidade dos estímulos sensoriais que chegam às crianças. Dentre essas restrições, podemos citar o espaço do próprio leito, o uso de equipamentos necessários à vida ou até mesmo a contenção de movimentos para proteção da criança. É comum, por exemplo, algumas crianças ficarem com as duas mãos imobilizadas por luvas feitas com ataduras, para que não consigam arrancar sondas, acessos ou outros tipos de equipamentos aos quais estejam ligadas. Ou ainda, a criança que depende de ventilação mecânica e está sempre atrelada a uma traqueia<sup>3</sup> de plástico.

Corroborando isso, Melo, Almeida e Araújo Neto (2011) dizem que, durante a hospitalização,

em grande parte do tempo, a criança fica restrita ao leito, submetida à passividade, cercada de pessoas estranhas, o que, para ela, traz mais dor e sofrimento. Dor representada pelas agulhas, cortes, medicações que ardem na pele, dentre outros procedimentos desagradáveis até mesmo para um adulto. Muitas vezes esses estímulos podem não ser diretamente na criança em si, mas ela os recebe visualmente ao ver outra criança sob procedimentos.

Além disso, os resultados apontam que as crianças muitas vezes tornam-se dependentes que os adultos, sejam eles profissionais ou acompanhantes, levem os estímulos a elas. Os estímulos aos quais elas possuem ingerência são apenas os de exploração do próprio corpo, do espaço imediato ao leito a que ela consegue ter acesso e o visual.

Nesse sentido, um ambiente que forneça estímulos sensoriais adequados é importante para auxiliar a organização e desenvolvimento das crianças. Já está comprovado na literatura que a falta de ambientes favoráveis a estímulos sensoriais, afetivos e sociais diminuem a capacidade de desenvolvimento cognitivo, afetivo e relacional das crianças, ainda que tal capacidade já esteja geneticamente programada (COELHO; IEMMA; LOPES-HERRERA, 2008).

Desse modo, devemos pensar como nós, profissionais de saúde, podemos modificar este ambiente para amenizar os danos. Cabe ao profissional avaliar os estímulos presentes no espaço hospitalar a partir do ponto de vista da criança e protegê-la desses elementos sensoriais por vezes agressivos, ameaçadores e desconhecidos. Para alguns autores, diante das muitas transformações tecnológicas e sociais que o mundo vem enfrentando, temos como desafio tornar o ambiente hospitalar mais adaptado a receber a clientela infantil (MELO; ALMEIDA; ARAÚJO NETO, 2011; OLIVEIRA; DANTAS; FONSÊCA, 2005; KUDO; BARROS; JOAQUIM, 2018).

## 5 Conclusão

O estudo, mesmo com a restrição de tempo de observação, possibilitou uma visão inicial acerca dos estímulos sensoriais recebidos por crianças com hospitalização de longa permanência. Além disso, algumas crianças observadas eram dependentes de tecnologia, por conta do nível de complexidade das crianças internadas nesse hospital, o que pode ter sido um fator variável em relação aos sujeitos. Percebemos que as crianças recebem muitos estímulos, porém na maioria das vezes não são direcionados diretamente a elas. É importante ressaltar que quando uma criança está hospitalizada, suas respostas

orgânicas são essenciais para o acompanhamento de seu quadro de saúde. Devemos estar atentos ao fato de que os estímulos sensoriais podem influenciar e modificar essas respostas orgânicas. Percebemos na prática que, em alguns casos, um simples toque ou som pode alterar drasticamente os batimentos cardíacos e saturação de oxigênio.

Muitos estímulos poderiam ser evitados com pequenas mudanças na dinâmica da enfermaria e conscientização dos profissionais. Por exemplo: o barulho constante da porta da unidade, que bate a cada vez que alguém entra ou sai e é um ruído incômodo, poderia ser diminuído ou até mesmo evitado com a colocação de mola hidráulica para amortecimento.

Verificamos também que os estímulos agradáveis são provenientes principalmente da interação dos acompanhantes com as crianças, quando pegam no colo, fazem carinho, conversam e brincam com elas. Consideramos de extrema importância incentivar esse vínculo e o contato da criança com o acompanhante, para que assim a criança consiga ter acesso a esses estímulos agradáveis. Ainda recomendamos que esses acompanhantes recebam as informações necessárias sobre como podem contribuir para estimular o desenvolvimento das crianças.

Este estudo não teve a pretensão de esgotar o assunto, mas de trazer à tona a importância de, enquanto profissionais de saúde, estarmos atentos à qualidade dos estímulos sensoriais aos quais as crianças hospitalizadas estão expostas. Sugerimos que novos estudos sejam realizados para que possamos compreender melhor os impactos dos estímulos sensoriais no desenvolvimento de crianças hospitalizadas e criarmos estratégias para uma melhor adequação desses estímulos em nossa prática cotidiana nos contextos hospitalares.

## Referências

- BEE, H. *A criança em desenvolvimento*. São Paulo: Artmed, 2000.
- BRASIL. Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jun. 2002.
- COELHO, A. C. C.; IEMMA, E. P.; LOPES-HERRERA, S. A. Relato de caso: privação sensorial de estímulos e comportamentos autísticos. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 75-81, 2008.
- CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. *Willard & Spackman – Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

- DE CARLO, M. N. R. P.; LUZO, M. C. M. *Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004.
- FLAVELL, J. H. *A Psicologia do desenvolvimento de Jean Piaget*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1992.
- GOMES, R. *Documento síntese para validação de recomendações da pesquisa - Diagnóstico das condições crônicas em pediatria no INSMCA Fernandes Figueira: retrato da morbidade hospitalar e linhas de cuidado*. Rio de Janeiro: IFF-FIOCRUZ, 2015.
- KUDO, A. M.; BARROS, P. B. M.; JOAQUIM, R. H. V. T. *Terapia Ocupacional em enfermagem pediátrica*. In: KUDO, A. M.; DE CARLO, M. M. R. *Terapia Ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos*. São Paulo: Ed. Payá, 2018. p. 127-143.
- LENT, R. *Cem bilhões de neurônios? Conceitos fundamentais de neurociência*. São Paulo: Atheneu, 2010.
- MELO, C.; ALMEIDA, A.; ARAÚJO NETO, J. L. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão em crianças com doenças crônicas. *Revista de Enfermagem UFPE*, Pernambuco, v. 5, n. 7, p. 1626-1632, 2011.
- MINAYO, M. C. S. Contradições e consensos na combinação de métodos quantitativos e qualitativos. In: MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 55-76.
- OLIVEIRA, G. F.; DANTAS, F. D. C.; FONSÊCA, P. N. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR, 5., 2005, São Paulo. *Anais...* São Paulo, 2005. p. 37-54.
- OLIVEIRA, L. D. B. et al. A brinquedoteca hospitalar como fator de Promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 306-312, 2009.
- ROCHA, F. B.; DOUNIS, A. B. Perfil sensorial de estudantes da primeira série do ensino fundamental: análise e comparação com o desempenho escolar. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 373-382, 2013.
- SANVITO, W. L. *Propedêutica neurológica básica*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez, 2007.
- TORRIANI, C. et al. Efeitos da estimulação motora e sensorial no pé de paciente hemiparéticos pós acidente vascular encefálico. *Revista de Neurociência*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 25-29, 2008.

---

## Contribuição dos Autores

Todas as autoras contribuíram igualmente para a redação do artigo e aprovaram sua versão final.

## Notas

- <sup>1</sup> Este artigo faz parte da pesquisa de conclusão da residência multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Adoecidos.
- <sup>2</sup> O ambu também é conhecido como Reanimador Manual. Esse equipamento é composto por um balão, uma válvula unidirecional, válvula para reservatório, máscara facial e um reservatório. O ambu normalmente é confeccionado em vinil ou silicone. Também é produzido em vários tamanhos. O ambu tem finalidade de promover a ventilação artificial, enviando ar comprimido ou enriquecido de oxigênio para o pulmão do paciente em casos como: parada respiratória, asfixia, afogamento, infarto e tudo que pode levar o paciente a ter uma parada cardiorrespiratória. O ambu é utilizado após as compressões torácicas, auxiliando na ventilação.
- <sup>3</sup> A traqueia é um tubo corrugado utilizado com a finalidade de conduzir o ar do respirador mecânico até a máscara ou cânula.