

Universidade do Minho
Instituto de Educação

Isabel Cristina Ferreira de Almeida

**Representações e Expetativas dos
Profissionais dos Serviços de Pediatria do
Hospital de Braga relativamente à
intervenção dos "Doutores Palhaços"**



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Isabel Cristina Ferreira de Almeida

**Representações e Expetativas dos
Profissionais dos Serviços de Pediatria do
Hospital de Braga relativamente à
intervenção dos "Doutores Palhaços"**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Estudos da Criança
Área de Especialização em Intervenção Psicossocial com
Crianças, Jovens e Famílias

Trabalho realizado sob a orientação da
Doutora Susana Caires

Janeiro de 2012

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, o meu agradecimento à Doutora Susana Caires que não só se disponibilizou a orientar esta tese, como ao longo de todo o trabalho me incentivou com toda a sua sabedoria, capacidade de trabalho, organização e pela forma amiga que está atenta a todas as situações. Agradeço também toda a ajuda, o exemplo e o crescimento proporcionado.

Agradeço a toda a equipa do projecto *“Rir, é o melhor remédio?”*, pelo suporte, aprendizagem e companheirismo nesta jornada.

O meu agradecimento aos profissionais de saúde dos Serviços de Pediatria do Hospital de Braga pelo bom acolhimento e receptividade aquando da recolha de dados.

Agradeço também à Operação Nariz Vermelho e aos Doutores Palhaços pelas emoções mágicas que levam aos nossos hospitais.

Finalmente aos meus pais, ao André e ao meu avô Francisco que, como sempre, estiveram ao meu lado em todos os momentos.

Ao meu namorado, por tudo o que para mim representa.

REPRESENTAÇÕES E EXPETATIVAS DOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE BRAGA RELATIVAMENTE À INTERVENÇÃO DOS “DOUTORES PALHAÇOS”

RESUMO

Neste estudo são dadas a conhecer as representações e expetativas dos profissionais de saúde dos serviços de pediatria do Hospital de Braga, relativamente ao trabalho dos palhaços profissionais da Operação Nariz Vermelho: os “Doutores Palhaços” (DP). A recolha dos dados realizou-se cerca de um mês antes do início da intervenção dos DP naquela unidade de saúde e envolveu 34 profissionais. As suas representações e expetativas foram exploradas através de uma entrevista semi-estruturada, destacando-se, entre as questões colocadas, as suas representações acerca do trabalho desta associação de artistas profissionais; a abertura à intervenção dos DP no seu contexto de trabalho; as vantagens e desvantagens antecipadas em relação à presença dos DP junto das crianças e adolescentes, seus pais, profissionais de saúde, e do Hospital em termos mais globais. As aprendizagens que esperavam decorrer da observação e/ou parceria com os DP e as mudanças que operadas a um nível mais macro/institucional, em resultado desta colaboração, foram também exploradas.

Os dados recolhidos junto dos participantes revelaram, entre a maioria dos profissionais, uma significativa abertura à presença dos DP no seu contexto de trabalho. Entre as vantagens mais frequentemente referidas surgiram o contributo dos DP para o amenizar da experiência de hospitalização, do tratamento e do impacto emocional da mesma não só junto do paciente pediátrico mas, também, dos seus pais/acompanhantes. A estas adicionaram-se a humanização dos cuidados, a desmistificação dos profissionais de saúde, bem como a ampliação do seu leque de estratégias na abordagem ao paciente pediátrico. Como contrariedades, o medo de algumas crianças relativamente ao palhaço e a falta de abertura de alguns pais e/ou profissionais relativamente à sua presença foram antecipadas com maior frequência. No que se refere às suas expetativas relativamente ao impacto dos DP a um nível mais institucional, o amenizar do ambiente hospitalar e a melhoria da imagem externa do Hospital foram destacados.

REPRESENTATIONS AND EXPECTATIONS OF PROFESSIONALS SERVICE OF PEDIATRICS BRAGA’S HOSPITAL FOR THE INTERVENTION OF “DOUTORES PALHAÇOS”

ABSTRACT

This study focus on the staff’s representations and expectations regarding the work of “Operação Nariz Vermelho’s professional clowns: the “Doutores Palhaços (DP) at the pediatric unit of the Braga’s Hospital.”. The data collection took place about a month before the beginning of the DP’s intervention on that care unit and involved 34 health professionals. Their representations and expectations were explored based on a semi-structured interview. Health professionals were asked to share what they knew about the work of this association of professional artists; how receptive they were regarding the DP’s intervention on their work unit, and, for example, the advantages and disadvantages of DP’s intervention on children and adolescents, parents, health professionals and on the overall hospital. Participants were also asked to reflect on their expectations regarding what they could learn with the DPs as a result of the observation and/or the cooperative work with them. The changes they expected to find in the hospital two years after the beginning of this collaboration were also explored during the interview.

Results show that most professionals were receptive to the DPs’ presence in they care unit. Regarding the advantages of their presence, the most often positive aspects concerned the DP’s contribution to the amenization of the hospitalization experience, as well as regarding the treatment and it’s emotional impact, not only on the pediatric patients but also on their parents. The humanization of care and the demystification of health staff, or the enlargement of their strategies repertoire on the approach to pediatric patients were also mentioned. Concerning the hindrances related to the DPs’ presence on this pediatric unit, some participants emphasized the fear that some children may feel about clowns, and the parents and/or the staff’s resistance to their presence, felt as inconvenient. Regarding their expectations about the DPs’ impact on the institutional level, the ammenization of the hospital’s atmosphere and the improvement of the Hospital’s external image were highlighted.

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - VIVÊNCIAS ASSOCIADAS À HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA: A CRIANÇA, SUA FAMÍLIA E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
1.1- Vivências do processo de hospitalização pediátrica: a ótica da criança.....	6
1.2- Vivências do processo de hospitalização pediátrica: a ótica da família/pais.....	9
1.2.1- Impacto nos pais e no núcleo familiar.....	9
1.3 - Vivências em contexto hospitalar: a ótica dos profissionais de saúde.....	12
CAPITULO II – HUMANIZAÇÃO, HUMOR E ALEGRIA NO HOSPITAL	
2.1- A Humanização dos serviços de saúde em contexto pediátrico.....	15
2.2 - A importância da atividade lúdica e do brincar em contexto Hospitalar.....	17
2.3- O Humor e a Alegria no Hospital: sua influência na saúde física e mental dos pacientes.....	21
2.4- O brincar, o humor e os Palhaços de Hospital	23
CAPITULO III – A INTERVENÇÃO DE PALHAÇOS EM CONTEXTO HOSPITALAR	
3.1- A Arte clown no contexto Hospitalar.....	25
3.1.1 – Palhaços de Hospital: Aspectos históricos.....	26
3.1.2 - Palhaços de Hospital: Objetivos, características e contornos das suas práticas.....	27
3.2 - A intervenção dos PH em contexto português: História e Missão da ONV.....	30
CAPITULO IV – METODOLOGIA E CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	
4.1 - Enquadramento do Estudo.....	33
4.2- Principais características do estudo.....	35
4.3- Design do estudo.....	35
4.4- Objectivos e questões do estudo.....	36
4.5- Metodologia.....	37
4.5.1- Instrumento.....	37
4.5.2. – Participantes.....	37
4.5.3- Procedimentos.....	39
4.5.4- Tratamento dos dados.....	40

CAPITULO V – RESULTADOS

5.1. Representações dos profissionais dos SPHB acerca da ONV.....	41
5.2-Mais-valias/Vantagens da Presença dos DP nos SPHB.....	46
5.2.1- Junto das Crianças/Adolescentes.....	47
5.2.2- Vantagens junto dos Pais/Acompanhantes.....	50
5.2.3- Mais-valias/Vantagens junto dos Profissionais de Saúde.....	54
5.2.4 - Vantagens junto do Hospital.....	58
5.3- Dificuldades que antevem em resultado da presença dos “Doutores Palhaços”.....	59
5.3.1- Junto das Crianças/Adolescentes.....	60
5.3.2- Vantagens junto dos Pais/Acompanhantes.....	61
5.3.3- Mais-valias/Vantagens junto dos Profissionais de Saúde.....	63
5.3.4 - Vantagens junto do Hospital.....	65
5.4- Funções dos Doutores Palhaços.....	66
5.5 - Articulação do trabalho DP-Profissionais SPHB.....	69
5.5.1- Situações em que a articulação DP-Profissionais poderá ocorrer.....	70
5.6- Aprendizagens que esperam ocorrer em consequência da observação e trabalho em parceria com os DP.....	71
5.7- Integração dos DP na equipa de cuidados pediátricos.....	73
5.8-. Mudanças esperadas nos próximos 2 anos em resultado da intervenção dos DP.....	74
5.8.1- Mudanças previstas nos SPHB nos próximos 2 anos em consequência da presença dos DP.....	74

CAPITULO VI – DISCUSSÃO DE DADOS

6.1- Representações dos Profissionais dos SPHB relativamente à ONV e intervenção dos DP.....	79
6.2- Expectativas dos profissionais dos SPHB relativamente à entrada dos “Doutores Palhaços”.....	82

CAPITULO VII- SÍNTESE E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
--	-----------

BIBLIOGRAFIA.....	103
--------------------------	------------

ANEXOS.....	109
--------------------	------------

Índice de Quadros

Quadro I- Meios através dos quais os profissionais tiveram conhecimento de que a ONV iria colaborar com os SPHB.....	42
Quadro II- Fonte (s) através da qual os participantes conheceram a ONV/ DP.....	44
Quadro III- Representações/conhecimento sobre a formação dos DP.....	45
Quadro IV- Recetividade dos profissionais à intervenção dos DP nos SPHB.....	46
Quadro V- Vantagens/ Mais-valias da intervenção dos DP junto das crianças/adolescentes.....	47
Quadro VI- Vantagens/ Mais-valias da presença dos DP junto dos pais/acompanhantes.....	51
Quadro VII- Vantagens/ Mais-valias dos DP junto dos profissionais de saúde.....	55
Quadro VIII- Vantagens/ Mais-valias da presença dos DP no HB.....	58
Quadro IX- Dificuldades associadas à presença dos DP junto das crianças/adolescentes.....	60
Quadro X- Desvantagens da presença dos DP junto dos pais.....	62
Quadro XI- Dificuldades associadas à intervenção dos DP.....	63
Quadro XII – Dificuldades antecipadas na Instituição Hospitalar em consequência da presença dos DP.....	65
Quadro XIII- Expetativas dos Profissionais dos SPHB relativamente às funções a assumir pelos DP.....	66
Quadro XIV- Articulação trabalho dos DP- Profissionais dos SPHB.....	69

Quadro XV- Situações de potencial articulação entre DP- Profissionais dos SPHB.....	70
Quadro XVI- O que os profissionais dos SPHB esperam aprender com os “Doutores Palhaços”.....	72
Quadro XVII- Mudanças esperadas nos SPHB dois anos após o início da intervenção dos	74
Quadro XVIII – Mudanças no HB em resultado de uma colaboração de 2 anos dos DP.....	76

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição das respostas dos participantes à questão: “ Como acolheu inicialmente a ideia de que a ONV iria intervir nos SPHB?”.....43

Gráfico 2- Nível de concordância dos profissionais dos SPHB relativamente à possibilidade da integração formal dos DP na equipa de cuidados pediátricos.....74

SIGLAS, ABREVIATURAS

DP- Doutor Palhaço

PH- Palhaço (s) de Hospital

HB- Hospital de Braga

ONV – Operação Nariz Vermelho

SPHB- Serviço de Pediatria do Hospital de Braga

Introdução

A hospitalização da criança e do adolescente, bem como a sua situação clínica poderão ser experienciadas de forma marcante, não só pelo paciente pediátrico mas também pelos seus familiares. O afastamento do ambiente familiar, da escola e amigos; a alteração do seu quotidiano, e; o ingresso num ambiente completamente novo, exigem à criança, adolescente e suas famílias a mobilização de um conjunto de recursos para lidar com esta etapa, habitualmente promotora de uma vulnerabilidade acrescida (Redondeiro, 2003; Reis, 2007). A dor, desconforto e mal estar associados à sua condição clínica, aos tratamentos e procedimentos médicos invasivos, a perda de privacidade, ou; as limitações físicas, a falta de estimulação, e privação do brincar a que estão sujeitos representam, todos eles, potenciais geradores de experiências particularmente stressantes, podendo representar uma significativa ameaça ao seu equilíbrio psicológico e ao dos seus familiares, a curto, médio e/ou longo prazo (Masetti, 2003; Tavares, 2008).

Dados os efeitos menos positivos da experiência de hospitalização em contexto pediátrico, o desenvolvimento de trabalhos científicos nesta matéria parecem-nos da maior relevância. A estes investimentos subjaz o intuito de compreender estes processos e seu impacto, bem como desenhar e implementar intervenções que permitam capacitar o paciente pediátrico e todos os agentes responsáveis pelos seus cuidados (pais, profissionais de saúde, etc.) para fazer face às dificuldades físicas e psicológicas experienciadas; satisfazer as suas necessidades psicológicas, afetivas e sociais durante a hospitalização; bem como reduzir o impacto negativo que tais experiências poderão ter no seu desenvolvimento e bem estar atual e futuro.

Entre algumas abordagens que procuram minimizar o impacto e os efeitos da hospitalização no paciente pediátrico, evidenciamos não só as de foro médico e farmacológico, mas também as do foro psicológico e lúdico. Nestes últimos, inscrevem-se os programas de preparação para a cirurgia (Vagnoli, 2005; Fernandes & Arriaga, 2010), o uso de distrações como a música (Fernandes, 2008; Redondeiro, 2003; Reis, 2007), o contar de histórias (Mussa & Malerbi, 2008), o brincar

(Cibeiros & Oliveira, 2001; Favero; Dyniewicz; Spiller & Fernandes, 2007; Melo, 2007; Mitre & Gomes, 2003; Mussa & Malerbi, 2001; Schmitz; Piccoli & Vieira, 2003), ou, o humor e o riso (Bennett & Lengacher, 2006; Masetti, 2003; Melo, 2007; Sanchez; Gutiérrez; Santacruz; Romero & Ospina, 2009; Wooten, 1996).

Partindo destas últimas abordagens, alguns projetos foram surgindo, ampliando as possibilidades da vivência do lúdico nos hospitais. Entre estes destacamos o trabalho desenvolvido pela Operação Nariz vermelho (ONV), uma associação portuguesa de Palhaços de Hospital, que tem como grande finalidade levar alegria à criança hospitalizada, aos seus familiares, profissionais de saúde e ao hospital, no seu todo, através da arte do Doutor Palhaço (DP). Nove anos após do início da sua atividade, esta associação confrontou-se com a necessidade de avaliar de forma mais sistemática e aprofundada as suas práticas (em termos de formação e intervenção) bem como o impacto das mesmas junto dos seus principais alvos: pacientes pediátricos, seus familiares, profissionais de saúde e a instituição hospitalar. Tal desafio deu o mote àquele que, em abril de 2010, se materializou num protocolo de cooperação entre a ONV e o Gabinete de Interação com a Sociedade, do Instituto de Educação da Universidade do Minho (GIS-IEUM) e do qual resultou o projeto de investigação “Rir é o melhor remédio?”. Estando a colaboração da ONV com o Hospital de Braga prestes a iniciar-se (outubro de 2010), e sendo esta uma oportunidade de acompanhar, desde cedo, o trabalho deste grupo de profissionais, o primeiro desafio colocou-se na avaliação das representações dos profissionais deste hospital relativamente ao trabalho desenvolvido pelos DP (seus contornos, objetivos, formação dos seus profissionais...) bem como da suas expetativas relativamente ao impacto da sua atuação. Assim surgiu aquele que é o estudo que integra a parte empírica do presente trabalho - intitulado de “*Representações e expetativas dos profissionais dos Serviços de Pediatria do Hospital de Braga relativamente à intervenção dos Doutores Palhaços*” – e que marca o início da colaboração ONV/GIS-IEUM.

Ao longo de aproximadamente um mês, uma equipa de investigadores foi mobilizada no sentido de um levantamento prévio destas representações e expetativas, levantamento esse que, forçosamente, teve que ser realizado ainda antes do início da entrada dos DP nos Serviços de Pediatria do Hospital de Braga (SPHB).

Refira-se que este levantamento correspondeu à primeira fase (estudo 1) de um estudo bi-etápico, cuja segunda fase (estudo 2, a ter lugar em finais de 2012) versa as representações destes mesmos profissionais relativamente ao trabalho desenvolvido pelos DP nos SPHB, fundamentadas em dois anos de observação, convivência e/ou cooperação com este trabalho.

O estudo 1 – o foco exclusivo da presente dissertação - implicou a realização de entrevistas junto de 34 profissionais do quadro médico, equipa de enfermagem, auxiliares de enfermagem, vigilantes e secretárias de unidade, alocados às diferentes unidades que abarcam os SPHB, a saber: i) Serviço de Internamento Pediátrico: Unidade infantil e Unidade de Adolescentes; (ii) Serviço de Consultas Externas de Pediatria, (iii) Serviço de Urgência Pediátrica, e (iv) Internamento de Neonatologia. Os dados empíricos divulgados na presente dissertação são, pois, a síntese deste trabalho de recolha, assumido pela equipa mais ampla do projeto “Rir é o melhor remédio?” como uma primeira aproximação ao contexto, aos profissionais (e futuros alvos) e ao trabalho que, no presente projeto, se assume como foco central: a intervenção dos DP em contexto hospitalar. Deste esforço vários poderão ser os dividendos, entre os quais destacamos a identificação de alguns dos potenciais indicadores (e.g. stresse, dor, ansiedade ...), processos e dinâmicas (e.g. comunicação, estratégias de *coping*, aplicação de procedimentos...), contextos (e.g. neonatologia, internamentos, urgências...), e/ou fenómenos (e.g. impacto dos DP em pacientes com doenças crónicas, doenças agudas...) a tomar em futuros estudos, bem como o fornecimento de algum *feedback* que poderá “nutrir” e melhorar o trabalho desenvolvido pela ONV e seus profissionais (não só os artistas mas também os do “back office”, responsáveis pela comunicação e organização da logística no seio da instituição “anfitriã”: o Hospital de Braga). É, pois, nossa expectativa que o presente trabalho não só dê resposta à questão “Quais as representações e expectativas dos profissionais do HB relativamente à (futura) intervenção dos DP?” mas também dê algumas pistas de reflexão, investigação e intervenção em torno daquele que consideramos ser um trabalho não só inovador, mas também - por que inscrito no movimento de humanização dos hospitais - de grande relevância social.

Para responder a este desafio, projetou-se o presente trabalho em dois “momentos” organizados em torno de seis capítulos. Assim, num primeiro momento (capítulos I, II, III) procura-se a gradual construção de uma ferramenta “teórica”, fundamentada na revisão e síntese da literatura que mais recentemente se tem vindo a debruçar sobre as vivências do internamento pediátrico e nos efeitos do lúdico e do humor no contexto da saúde e da doença, entre os quais se inscreve o trabalho dos Palhaços de Hospital. Num segundo momento, sucedem-se os capítulos IV, V e VI que versam a componente empírica da tese. Neste, é dada a conhecer a metodologia utilizada, os dados recolhidos através do estudo realizado, bem como a interpretação dos mesmos à luz dos instrumentos teóricos adotados, sistematizando-se, no último capítulo, as “conclusões” e algumas considerações finais.

No capítulo I dá-se, então, relevo às vivências associadas à hospitalização pediátrica, na ótica da criança, sua família e profissionais de saúde. No capítulo II, apresentam-se algumas considerações sobre a humanização, o humor e o lúdico no hospital. No capítulo III, é feita uma síntese da “matriz” em que se inscreve a intervenção dos Palhaços de Hospital, sendo dada especial atenção aos objetivos da sua intervenção, características e contornos das suas práticas.

O capítulo IV destina-se à caracterização do estudo empírico, concentrando-se sobre a metodologia adotada, designadamente na descrição dos participantes, nos instrumentos de recolha construídos para o efeito e no método de tratamento e interpretação dos resultados.

Por sua vez, no capítulo V e VI procede-se à apresentação e discussão dos resultados, sendo o último capítulo (capítulo VII) destinado à conclusão e às considerações finais. Refira-se, por último, que uma das ideias centrais que perpassou o presente trabalho foi a da necessidade de fazer cumprir e satisfazer os direitos e necessidades da criança hospitalizada, bem como os dos seus familiares e cuidadores. Partiu-se do princípio que, na medida em que as características ambientais sejam favoráveis e as oportunidades lhes sejam oferecidas, é possível promover mudança nas vivências associadas à experiência de hospitalização, com o objetivo último de transformar este momento numa experiência positiva ou, pelo menos, minorar o impacto negativo que esta poderá ter sobre aqueles que a vivem na primeira pessoa.

CAPÍTULO I - VIVÊNCIAS ASSOCIADAS À HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA: A CRIANÇA, SUA FAMÍLIA E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Introdução

O Hospital tem uma história ligada a todo um percurso cultural, social, económico e religioso que a sociedade foi assimilando, mantendo e reforçando ao longo dos tempos (Redondeiro, 2003). A finalidade desta instituição passa pela satisfação dos seus utentes, quer em relação à assistência médica, quer a nível dos cuidados prestados (Carapinheiro, 1998; cit. por Redondeiro, 2003) dispondo, para isso, de vários serviços que vão desde o internamento, até ao ambulatório, passando pelos meios de diagnóstico e tratamento.

No contexto específico dos cuidados pediátricos, tais serviços sofreram uma melhoria significativa ao longo do século XX, com implicações expressivas ao nível da saúde e bem-estar da criança. Estas melhorias deveram-se aos consideráveis avanços ocorridos ao nível da ciência e da tecnologia e à melhoria das condições económicas, de higiene e de educação da população. Paralelamente, os progressos observados na medicina, cirurgia, bioquímica, vacinação e educação das populações foram fatores determinantes na redução da taxa de mortalidade infantil. A par destes ganhos, atualmente, assume-se um olhar mais holístico e humanista sobre a intervenção na criança, com vista o potenciar do seu bem-estar e recuperação. Assim, atualmente, a intervenção em contexto hospitalar toma em consideração não meramente o corpo doente ou debilitado, mas, a “pessoa” da criança: as suas necessidades (e da sua família nuclear), os seus contextos de vida, os recursos pessoais e relacionais disponíveis, bem como os seus processos de regulação para fazer face à condição clínica e ao internamento (Gomes, 1999). Neste sentido, a supressão das suas necessidades humanas mais básicas (e.g. atenção, afeto, segurança, sentido de controlo...) e a promoção de um ambiente seguro e acolhedor -

em termos físicos, emocionais e relacionais - propício ao bem-estar e recuperação do paciente pediátrico, emergem hoje como alguns dos valores centrais dos cuidados de saúde em contexto pediátrico (Barros, 2003, Redondeiro, 2003).

Neste âmbito, tem sido crescente o interesse pelas abordagens que procuram minimizar o impacto e os efeitos da hospitalização na criança, inserindo-se entre elas não só as de foro médico e farmacológico mas, também, as do foro psicológico e lúdico (Wollin, Plummer, Owen, Hawkins & Materazzo, 2003; cit. por Fernandes, 2008). Entre estes últimos inscrevem-se os programas de preparação para a cirurgia (Redondeiro, 2008; Tavares, 2008; Gontijo, 2006) e o uso de distrações como a música (Fernandes, 2008; Redondeiro, 2003; Reis, 2007), o contar de histórias (Mussa & Malerbi, 2008), o brincar (Cibreiros & Oliveira, 2001; Favero; Dyniewicz; Spiller & Fernandes, 2007; Melo, 2007; Mitre & Gomes, 2003; Mussa & Malerbi, 2001; Schmitz; Piccoli & Vieira, 2003), ou, o humor e o riso (Bennett & Lengacher, 2006; Masseti, 2003; Meisel *et al.*, 2009; Melo, 2007; Sanchez; Gutiérrez; Santacruz; Romero & Ospina, 2009; Wooten, 1996).

1.1. Vivências do processo de hospitalização pediátrica: a ótica da criança

A hospitalização da criança, bem como a situação clínica que conduziu ao seu internamento poderão ser experienciadas de forma particularmente marcante, não só pela própria mas também pelos seus familiares (Barros, 2003; Caires, Esteves, Correia & Melo, no prelo; Oliveira, 2009; Tavares, 2008). O afastamento do seu ambiente familiar, escola e amigos, a alteração do seu quotidiano e o ingresso num ambiente completamente novo (com pessoas, rotinas, procedimentos e normas desconhecidas) exigem à criança e sua família a mobilização de um conjunto de recursos que, por vezes, se poderão encontrar comprometidos nesta etapa de vulnerabilidade aumentada (Masseti, 2003; Oliveira, 2009; Parcianello & Felin, 2008; Reis, 2007; Tavares, 2008). A estes acresce, nalguns casos, o fato de os primeiros dias do internamento serem marcados por exames e procedimentos agressivos para obtenção de um diagnóstico, que causam dores e intensificam o

sofrimento físico e psicológico da criança (Gorfinkle, Slater, Bagiella, Tager & Labinsky, 1998; Reis, 2007).

A dor, desconforto e mal estar associados à sua condição clínica, aos tratamentos e procedimentos médicos invasivos (Oliveira & Oliveira, 2008), a perda de privacidade; ou, as limitações físicas, a falta de estimulação, passividade e privação do brincar a que está sujeita, representam, todos eles, potenciais geradores de experiências particularmente stressantes, podendo representar uma significativa ameaça ao equilíbrio psicológico da criança e ao dos seus familiares (Masetti, 2003; Caires *et al.*, no prelo). Numa tentativa de sistematizar os principais stressores identificados pela investigação como estando associados à experiência de hospitalização infantil e adolescente, Whaley e Wong (1999; cit. por Tavares, 2008) propõem três grandes fatores: (i) os *stressores físicos* (dor e desconforto; imobilidade; privação de sono; impossibilidade de comer ou beber; alterações dos hábitos de eliminação); (ii) os *stressores psicológicos* (falta de privacidade; inadequado conhecimento ou compreensão da situação/gravidade da doença; desconhecimento da finalidade terapêutica de alguns dos tratamentos); e (iii) os *stressores ambientais* (ambiente pouco familiar; sons, luzes e odores; pessoas desconhecidas; atividade relacionada com outros utentes).

Em face dos múltiplos stressores presentes nesta situação, várias poderão ser as reações, estratégias de confronto, impacto da experiência da doença e da hospitalização na criança, tal como a literatura na área tem vindo a evidenciar (e.g. Barros, 2003; Brewer *et al.* 2006; Caires *et al.*, no prelo; Crepaldi & Hackbarth, 2002; Favero *et al.*, 2007; Kumamoto; Barros, 1998; Valladares & Carvalho, 2006; Masetti, 2003; Mussa & Malerbi, 2008; Parcianello & Felin, 2008; Redondeiro, 2003; Reis, 2007; Trianes, 2004; Valverde, 2011; Vieira & Lima, 2002).

De entre a multiplicidade de “cenários experienciais” que se poderão encontrar nas situações de doença e internamento pediátricos salientam-se: (i) os sentimentos de medo, ansiedade e angústia em relação à doença e aos diferentes contextos, interlocutores, tratamentos e procedimentos hospitalares e que, nalguns casos, se poderão traduzir em fobias (e.g. do escuro, dos médicos, da medicação, da morte, agulhas, exames médicos e sangue); (ii) os sentimentos de raiva, vingança, desorientação, frustração e/ou punição e culpa em relação à sua condição, àqueles

que o rodeiam e/ou às repercussões da doença e/ou tratamentos no seu bem-estar, imagem corporal, imagem social, entre outros. Ou seja, ter o seu corpo exposto a procedimentos de observação e tratamento, perdendo a sua privacidade, poderá ter repercussões em várias áreas do desenvolvimento e bem estar do paciente pediátrico, podendo resultar, nalguns casos, numa experiência de hospitalização demasiado traumática e invasiva (Parcianello & Fellin, 2008; Oliveira, 2009). O emergir de (iii) distúrbios de comportamento tem sido também identificado. Adicionalmente, poderão surgir (iv) fantasias de mutilação; depressão, labilidade emocional, perda de autoestima; carência afetiva; (v) sensação de perda de autonomia, controlo, de invasão de privacidade; (vi) medo do que pode acontecer enquanto estiver adormecido/a (como não acordar ou morrer), ou, (vii) ressentimentos por ser diferente, temendo alterações visíveis na sua imagem corporal; (viii) regressões no comportamento; (ix) problemas na esfera relacional: agressividade, hostilidade, baixa cooperação, incapacidade de estabelecer contactos e tomar iniciativa, que poderão culminar no isolamento; (x) distúrbios nos padrões de sono e de apetite; (xi) diminuição de habilidades cognitivas e capacidades de concentração, com implicações ao nível escolar: menor rendimento, desmotivação, desinvestimento; (xii) reações psicossomáticas como dermatose, alterações respiratórias, enfraquecimento de várias funções fisiológicas.

Pelos diferentes cenários anteriormente descritos, poderá, pois, ser diversa a intensidade, abrangência e longevidade do impacto gerado pela experiência de doença e internamento hospitalar em contexto pediátrico. Assim, nalguns casos, estas experiências poderão gerar um sofrimento e despersonalização momentânea da criança/adolescente, associadas a situações pontuais (geradas, por exemplo, por dores, tratamentos invasivos, separações); noutros, algumas das alterações físicas, psicológicas e emocionais registam-se durante o internamento e, eventualmente, algum tempo após a alta. Em situações mais extremas, as vivências associadas à experiencição da doença e hospitalização têm repercussões potencialmente traumáticas, permanecendo por longos períodos de tempo e deixando sequelas desenvolvimentais significativas (Hopia, Tomlinson, Pavilainen & Astedt-Kurki, 2005; Mitre & Gomes, 2003; Parcianello & Fellin, 2008; Oliveira, 2009).

Na origem das diferenças registradas poderão estar uma multiplicidade de variáveis - isoladas ou associadas entre si -, de entre as quais se destacam a idade, o sexo, o nível de desenvolvimento cognitivo, o tipo diagnóstico, as experiências prévias de doença e/ou hospitalização, o tempo de internamento (atual e/ou anterior), o nível de restrição física implicado pela doença e/ou tratamento, ou, a própria natureza e extensão do período de preparação para a hospitalização (Caires *et al.*, no prelo; Reis, 2007; Tavares, 2008). A par destas, a literatura aponta também o tipo de procedimentos médicos utilizados, as habilidades dos pais como suporte de apoio à criança, e, especialmente, as estratégias de *coping* que a criança utiliza para enfrentar tais situações (Barros, 2003; Caires *et al.*, no prelo; Fernandes & Arriaga, 2010; Parcianello & Felin, 2008; Redondeiro, 2003).

1.2- Vivências do processo de hospitalização pediátrica: a ótica da família/Pais

1.2.1- Impacto nos pais e no núcleo familiar

Numa perspetiva sistémica, a família é um sistema complexo e dinâmico, em constante mudança, evolução e complexificação. Tratando-se de um sistema aberto, cada um dos seus membros - com individualidades e vivências diferentes, mas interagindo entre si - participa em diversos sistemas e subsistemas, influenciando e sendo influenciados pelos mesmos. Nestes, cada um dos membros da família assume, em simultâneo, vários papéis, os quais implicam outros tantos estatutos, funções e tipos de interação, em vários graus de autonomia e importância (Alarcão, 2002; Bronfenbrenner, 1987; Palacios & Rodrigo, 2008; Redondeiro, 2003; Reis, 2007; Sprinthall & Collins, 2003). Neste processo, cada um dos elementos da família transforma-se e gera transformações nas dinâmicas e processos familiares ao longo de todo o seu ciclo de vida. Assim, as mudanças individuais, decorrentes de exigências internas ou externas a cada um dos seus membros, afetam todos os seus membros e a família na sua globalidade (Alarcão, 2002; Bronfenbrenner, 1987; López, 2008; Palacios & Rodrigo, 2008), uma vez que funciona como um *todo*.

No caso específico da doença e/ou hospitalização de um dos seus membros mais jovens (filhos), ao olharmos a família como este *todo*, e considerando as exigências e mudanças colocadas pela doença e hospitalização, a família e suas dinâmicas poderão ser afetadas (Alcatara, 2007; Reis, 2007; Wong, 1989; cit. por Reis, 2007). Nalgumas situações, a família adoece também, podendo originar a desestruturação do grupo familiar e/ou uma situação de “*crise*” (Alcatara, 2007; Wong, 1989; cit. por Reis, 2007). A estes fenómenos associam-se, por vezes, perturbações psicossociais, não só na criança hospitalizada, mas, também entre os pais ou entre outros membros da família, designadamente os outros filhos (Redondeiro, 2003). Por exemplo, quando um dos filhos é hospitalizado, os seus irmãos sentem a focalização da atenção dos pais no irmão doente, podendo surgir entre estes comportamentos de isolamento, ciúmes, depressão, ansiedade e/ou somatização (Alcatara, 2007; Reis, 2007).

No que se refere especificamente à figura dos pais, a hospitalização de um filho representa, geralmente, um acontecimento particularmente stressante. Neste sentido, a ansiedade, o medo do desconhecido, depressão, confusão, alterações do sono e diminuição do rendimento surgem entre algumas das dificuldades mais comumente vivenciadas pelos pais, e que poderão contribuir para uma vulnerabilidade aumentada (Hopia *et al.*, 2005; Quiles & Carrillo, 2000; cit. por Redondeiro, 2003; Reis, 2007).

Entre alguns dos fatores descritos na literatura como estando associados ao stresse e ansiedade dos pais, surgem: a separação do filho/a; a perceção da sua dor, sofrimento; o sentimento de impotência para os fazer minorar; o sentimento de culpa relativamente ao seu atual estado de saúde; ou, o medo e as preocupações associados à sua sobrevivência e ao impacto da doença no seu futuro e no da família (Redondeiro, 2003; Reis, 2007; Tavares, 2008). No caso específico da cirurgia, os procedimentos cirúrgicos e anestésicos, bem como a dor e os tratamentos do pós-operatório e da hospitalização, são também potenciadores da ansiedade dos pais (Fernandes & Arriaga, 2010; Reis, 2007; Redondeiro, 2003, Valverde, 2011).

Adicionalmente, as alterações sofridas, aquando da hospitalização do filho/a, nas rotinas familiares, nas suas funções de cuidado, na educação, escolaridade e socialização do filho/a, as despesas acrescidas (e.g. deslocações, exames, medicação,

tratamentos) ou a gestão com a sua vida familiar (cônjuge, outros filhos, se existentes) e a sua vida profissional são também elas motivo de ansiedade e stresse parental (Caires *et al.*, no prelo; Reis, 2007). O próprio facto de algumas destas funções (cuidado, assistência, acompanhamento) passarem a ter que ser assumidas e/ou partilhadas com profissionais de saúde ou outros prestadores de cuidados poderá ser, também ele, gerador de mau estar entre os pais (Reis, 2007).

A intensidade destes processos parece associar-se a inúmeros fatores, designadamente, a gravidade da condição clínica do filho/a, o apoio provido no contexto hospitalar (e.g., informação fornecida; qualidade da relação com os profissionais de saúde; possibilidade de acompanhar criança/adolescente 24 horas por dia; condições físicas do hospital), as estratégias de *coping* dos pais para fazer face às exigências colocadas pela hospitalização e condição clínica do filho/a, ou, por exemplo, as experiências anteriormente vivenciadas em contextos/acontecimentos semelhantes (Barros, 2003; Fernandes & Arriaga, 2010; Hart & Walton, 2010; Redondeiro, 2003; Relvas, 2000). Fatores como o nível cultural/instrucional dos pais, o número de filhos que ficam em casa, e as condições sócio-económicas da família são igualmente salientados como mediadores deste processo (Alcatara, 2007; Alexander *et al.*, 2000; cit. por Redondeiro, 2003). Também a capacidade dos pais conseguirem pedir apoio aos familiares, amigos e vizinhos pode ser determinante na minimização das dificuldades inerentes a este processo (Alcatara, 2007; Reis, 2007).

A hospitalização de um filho é também, nalguns casos, capaz de desencadear uma situação de crise pessoal: os pais podem considerar que falharam no exercício do seu papel e nas expetativas que colocaram a si próprios enquanto pais; o que poderá prejudicar o seu funcionamento e as capacidades de apoio e resposta às necessidades do filho/a hospitalizado e aos restantes membros do núcleo familiar (Subtil, 1995; cit. por Cardoso, 2010). Também Reis (2007) refere que a negação da realidade da doença da criança pode acarretar problemas adicionais, gerando entre estes pais angústia e ansiedade, conduzindo-os a uma procura incessante de opiniões médicas, com o objetivo de obter uma resposta contraditória ao primeiro diagnóstico. Segundo Gonzalez (2000; cit. por Redondeiro, 2003), uma atitude positiva, compreensiva, comunicativa são elementos chave no processo de recuperação da criança e no equilíbrio dos pais e núcleo familiar.

1.3- Vivências em contexto hospitalar: a ótica dos profissionais de saúde

O exercício profissional assume uma importância fundamental na vida de cada pessoa e, por isso mesmo, nos últimos anos tem-se dado uma importância crescente ao impacto do trabalho na saúde física e mental dos indivíduos. Muito embora assumida como desempenhando um importante papel no desenvolvimento humano, evidências revelam que à dimensão profissional não se associam meramente aspectos positivos, tendo vindo a ser referenciados alguns aspectos negativos associados a esta dimensão. Insatisfação, problemas de realização, desinteresse e desmotivação, exaustão física e emocional são apontados como estando presentes nesta área e como sendo, no seu conjunto, responsáveis por vários problemas e dificuldades colocados ao nível individual e institucional (Lima *et al.*, 2007; Ribeiro, Gomes & Silva, 2010).

No contexto específico da saúde, as dificuldades associadas ao exercício profissional têm revelado um crescendo significativo. Evidências nesta área têm dado a conhecer a experientiação, pelos profissionais de saúde, de elevados níveis de stresse no seu quotidiano laboral e, nalguns casos, situações de *burnout* ou esgotamento físico, psíquico e/ou emocional (Fogaça *et al.*, 2008; McGray, Cronholm, Bogner, Gallo, & Neill, 2008; Melo, Gomes & Cruz, 1997; Ribeiro, Gomes & Silva, 2010). A título ilustrativo, num estudo realizado por Ribeiro e colaboradores (2010), abarcando 286 enfermeiros de hospitais portugueses, verificou-se que 30% referiram experienciar significativos níveis de stresse e 15% relatando problemas de exaustão emocional. Por sua vez, Malagris e Fiorito (2006), num estudo realizado no Brasil, verificaram que 82,3% de 34 participantes, afirmaram que se encontravam stressados.

Colhendo este fenómeno particular interesse da parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) – que define o stresse ocupacional como um conjunto de fenómenos que se apresentam no contexto laboral e que pode afetar a saúde do profissional – vários estudos se têm realizado no sentido de identificar os principais fatores de stresse presentes no contexto laboral, entre os quais o contexto hospitalar. Inúmeros desses estudos referem como principais fontes do stresse experienciado

pelos enfermeiros: o trabalho por turnos, o cansaço emocional, a falta de realização pessoal, bem como o sentimento de incapacidade e de ausência de controlo face às decisões dos médicos (Jiménez & Puente, 1999 cit. por Pereira, 2009). Descamp e Thomas (1993; cit. por Greenglass, Burke & Fiksenbaum, 2001) ou Siegrist e colaboradores (2010) salientam, por seu lado, a sobrecarga de trabalho, uma preparação inadequada para satisfazer as necessidades emocionais dos doentes e sua família e, a exposição à morte. Aspectos como a natureza dos serviços que prestam, a diversidade de cenários, interlocutores, instrumentação e situações clínicas com que lidam, bem como as dimensões mais diretamente associadas ao cuidado do paciente parecem também concorrer para os elevados índices de stresse registados. São igualmente apontados como stressores, o ter que lidar com o sofrimento alheio; o sentimento de impotência por vezes associado ao sofrimento e doença do paciente; o impacto decisivo das suas decisões e intervenção na saúde e bem estar dos pacientes, podendo a opção por um procedimento de tratamento errado acarretar consequências nefastas como o piorar o estado do paciente ou, em casos limite, levar à sua morte (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Malagris & Fiorito, 2006). A estes acrescem, a falta de adesão ao tratamento por parte de alguns doentes e os problemas de comunicação com o paciente, sua família e/ou com os demais profissionais de saúde (Malagris & Fiorito, 2006). O elevado controlo emocional exigido no confronto com estas situações, as acentuadas demandas emocionais associadas à gestão da relação com os doentes e suas famílias e/ou com pacientes mais “difíceis” são também salientadas (Fogaça *et al.*, 2008; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Santamaria, 2000).

Segundo Ribeiro e colaboradores (2010), os índices de stresse poderão ser mais acentuados entre os enfermeiros (quando comparativamente com outros grupos de profissionais a trabalhar em contexto hospitalar), dado o seu maior envolvimento com o paciente, expondo-o a um contacto mais direto, intenso e prolongado com o sofrimento do outro, com a sua dor, desespero, irritabilidade e demais reações.

As variáveis de ordem mais “macro” - essencialmente ligadas à organização dos hospitais, à sua administração, natureza e organização do trabalho, a precariedade dos vínculos profissionais e à própria qualidade das relações humanas que aí se estabelecem – têm vindo também a ser salientadas por alguns autores

(Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009; Pereira, 2009). No que se refere especificamente à sobrecarga de trabalho, Greenglass e colaboradores (2001) citam vários estudos onde esta questão surge como um dos stressores mais significativos nos enfermeiros, tanto dos serviços de cuidados intensivos, como da cirurgia ou dos serviços gerais. Num estudo desenvolvido com enfermeiros de hospitais durante um período de reestruturação e redução de pessoal, os autores concluíram que a sobrecarga de trabalho estava positivamente correlacionada com a exaustão emocional e a somatização, e inversamente correlacionada com a eficácia profissional.

No que se refere às consequências do stresse, este provoca alterações hormonais que desencadeiam no corpo notáveis modificações físicas e emocionais tão interligadas que, frequentemente, o que é de origem psicológica se manifesta no corpo, ou vice-versa. Emocionalmente, o stresse é capaz de produzir uma série de sintomas, tais como apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade, raiva, ira, irritabilidade e ansiedade, não sendo, pois, os profissionais de saúde “imunes” ao mesmo (Lipp & Novaes, 1996; cit. por Malagris & Fiorito, 2006; Ribeiro *et al.*, 2010).

CAPITULO II – HUMANIZAÇÃO, HUMOR E ALEGRIA NO HOSPITAL

2.1 – A Humanização dos serviços de saúde em contexto pediátrico

Tal como inicialmente referido, com o passar dos anos, e no decurso das mudanças ocorridas nas políticas de saúde, muitos projetos de humanização surgiram na arena hospitalar. Neste contexto, temas como a qualidade e a integralidade da assistência, o trabalho em equipa, o acolhimento e a “humanização” das práticas de saúde foram assumindo uma posição cada vez mais central na agenda das discussões (Sá, 2009). Implicando a transformação do paradigma existente – assente no modelo médico -, as mudanças desenhadas almejavam a promoção de relações mais humanas no ambiente hospitalar, através da valorização da subjetividade do paciente, de um contacto mais afetivo (e efetivo) entre os profissionais, pacientes e sua família, bem como o recurso a métodos e técnicas que permitissem resignificar a vida e o adoecer, rumo ao evidenciar e promover da dimensão positiva e saudável do paciente, e dos processos que protagoniza (Melo, 2007).

Neste novo movimento - alicerçado nas relações interpessoais, numa atitude ética e na qualidade dos cuidados -, a valorização dos trabalhadores e o reconhecimento dos direitos dos utentes/beneficiários foram-se assumindo entre alguns dos valores chave. No contexto específico da pediatria, e com o objetivo de melhorar a assistência ao paciente pediátrico, em 1988 emergiu a “*Carta Europeia dos Direitos da Criança Hospitalizada*”. Esta Carta foi preparada por várias associações europeias, sendo sujeita à votação do Parlamento de Estrasburgo, bem como à do Conselho da Europa e à Organização Mundial de Saúde. Este documento - representando um desafio à mudança de estruturas políticas e sociais, à transformação das instituições de saúde e à renovação cultural (Sarmiento & Cerisara, 2004) - resume e reafirma os Direitos das crianças hospitalizadas e proclama vinte e três direitos, uns diretamente relacionados com a criança, e outros associados às

responsabilidades e necessidades dos pais. O artigo 24, n.º1 afirma que as crianças têm o direito à vida, à saúde, a crescer e a viver harmoniosamente, com um padrão de vida razoável, devendo, assim, usufruir da assistência médica necessária ao seu processo de crescimento e desenvolvimento. Deste modo “os Estados Partes zelam pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços”. De entre esses serviços, deverão prevalecer “valores” como o respeito pela sua intimidade, a sua segurança, apoio escolar e cuidados de educação, bem como a estimulação física e psíquica, a prestar por pessoal qualificado (Fernandes, 2009; Sarmiento & Cerisara, 2004) com vista à redução das dificuldades associadas ao internamento pediátrico, à promoção do bem estar da criança e daqueles que lhe prestam cuidados, ou, à própria diminuição do tempo de internamento (Barros, 2003; Vieira & Lima, 2002).

Em termos práticos, a concretização destes valores – inscritos na matriz do movimento da humanização hospitalar - traduzem-se em melhorias na estrutura física dos serviços de saúde; na presença dos acompanhantes nas consultas e no internamento; na capacitação/formação dos profissionais de saúde para a prestação de cuidados; na contratação de maior número de profissionais; e, na promoção da qualidade dos processos comunicacionais, aqui entendidos como a base de um cuidado onde os diferentes intervenientes se possam reconhecer e implicar (Deslandes & Mitre, 2009; Herkert *et al.*, 2009).

Assim, atualmente, em vários hospitais, assiste-se a uma mudança de enfoque. É crescente a consciência do impacto psicossocial que a experiência de internamento pode ter no paciente pediátrico e sua família, procurando-se, gradualmente, reconhecer a importância dos aspetos emocionais (indissociáveis dos aspetos físicos) do internamento e, entre outros, focar o olhar na criança enferma (e sua família) e não na doença/situação clínica de que é portadora (Mazur *et al.*, 2005; cit por Parcianello & Felin, 2008). Além disso, o hospital passa gradualmente a ser encarado não necessariamente (ou apenas) como um ambiente de dor e sofrimento, e a hospitalização como não devendo estar dissociada do processo de desenvolvimento do paciente pediátrico (Whaley & Wong, 1999; cit. por Tavares, 2008).

Defensores destas ideias, Schmitz e colaboradores (2003) assumem que a criança hospitalizada requer para garantir o seu desenvolvimento e crescimento - ser protegida do sofrimento de origem corporal; sentir-se amada; estar num ambiente de harmonia; confiar nos adultos de que depende para o atendimento das necessidades que ainda não pode satisfazer por si mesma; ter confiança em si, ter um atendimento em torno de si mesma que, por um lado, respeite as etapas evolutivas e marcos do seu desenvolvimento, e, por outro, promova experiências que rentabilizem e/ou potenciem o seu desenvolvimento; a satisfação das suas necessidades (e curiosidades); bem como, a real concretização das suas capacidades e “vocações” (Oliveira *et al.*, 2009).

Complementarmente, Sanchez e colaboradores (2009) propõem a promoção, junto do paciente pediátrico, de estratégias efetivas que o ajudem a enfrentar os múltiplos stressores associados a este processo. Entre elas surgem, por exemplo, a participação mais ativa da criança nas tomadas de decisão relativamente à doença e à própria hospitalização (Redondeiro, 2003); ou, a oferta de um ambiente mais acolhedor no qual a criança se sinta motivada e estimulada a participar, a explorar e/ou brincar de forma mais ativa (Lima *et al.*, 2007; Motta & Enumo, 2009). Na senda destas ideias, e conhecidos que são os benefícios que aportam para a criança e seus cuidadores (e.g. menor stresse, maior sentido de controlo, estratégias de *coping* mais adequadas), a arte, a recreação, o lazer e o brinquedo passam, gradualmente, a constar entre as propostas de intervenção a disponibilizar no contexto da assistência ao paciente pediátrico (Barros, 1998; Mota, Martins & Verás, 2006). Assim, mais recentemente têm sido criadas ludotecas/brinquedotecas (Oliveira, Gabarra, Marcon, Silva & Macchiaverni, 2009), programas de contadores de histórias (Mussa & Malerbi, 2008), mágicos (Hart & Walton, 2010), palhaços de hospital (Fernandes & Arriaga, 2010; Masetti, 2003), ou, a instalação de redes informáticas (juventude.gov.pt, 2011).

2.2. A importância da atividade lúdica e do brincar em contexto Hospitalar

A importância do brincar é reconhecida mundialmente, sendo considerado o 7º princípio defendido pela Declaração Universal dos Direitos da Criança. De acordo com Melo (2007), brincar é um meio de expressão e de integração no ambiente circundante. Segundo o autor, é através da brincadeira que a criança obtém conhecimento acerca do mundo e de como se movimentar dentro dele; através do brincar a criança aprende a lidar com os seus próprios sentimentos e emoções, e as das outras pessoas. Brincar ajuda, também, a estabelecer relações entre o imaginário e a realidade, e constrói uma ponte entre o seu próprio ser e o mundo de significados e objetos (Cibeiros & Oliveira, 2001; Hockenberry, 2006; cit. por Tavares, 2008). Assim, a partir do brincar, a criança torna-se criativa, aprende acerca de si mesma, dos outros e do meio que a envolve; assimila valores, adquire comportamentos, desenvolve áreas de conhecimento; exercita-se fisicamente e desenvolve habilidades nesta área. Pelas diferentes razões anteriormente enunciadas, vários autores assumem o brincar como a atividade mais importante da criança: este é essencial para o seu desenvolvimento psicomotor, emocional, mental e social (e.g. Hockenberry, 2006; Joaquim, 2007; cit. por Tavares, 2008; Masetti, 2003; Mitre & Gomes, 2003; Redondeiro, 2003; Schmitz *et al.*, 2003; Tavares, 2008; Winnicot, 1975).

Salientando a dimensão expressiva do brincar, Martins e colaboradores (2001; cit. por Tavares, 2008), assumem-no como a forma que a criança adota para expressar os seus medos, ansiedades e frustrações, exprimindo de forma simbólica as suas fantasias, desejos e experiências vividas. Segundo estes autores, brincar, por vezes, é o único meio de expressão da criança. Nesta linha de ideias, Favero e colaboradores (2007) defendem que, quando a criança brinca, ela envolve-se no que está a fazer, encontrando, por vezes, possíveis e mais confortáveis soluções para lidar com situações difíceis. De acordo com estes autores, o brincar permite à criança criar um mundo que pode dominar; reviver alguma situação; e/ou dar o desfecho que considere melhor, expondo as suas emoções e conflitos. Assim, o modo como a criança brinca é indicador de como ela *está* e como ela *é*, sendo que, por meio das atividades lúdicas (brinquedos, jogos, brincadeiras), esta tem a oportunidade de

raciocinar, descobrir, persistir e preservar. Na senda destas ideias, Mitre e Gomes (2003), salientam que o brincar dá a possibilidade de “disfarçar” o dia a dia do hospital, produzindo uma realidade única, alternando entre o imaginário e o mundo real, em que a criança transpõe a barreira da doença, bem como os limites do tempo e do espaço.

Para além disso, Favero e colaboradores (2007), sublinham que, através das atividades lúdicas, a criança é capaz de aprender a perder, percebendo que haverá novas oportunidades para ganhar; aprende a esforçar-se e a ter paciência e a não desistir de enfrentar os problemas encontrados. Assim, para estes autores, toda a aprendizagem decorrente da atividade lúdica é fundamental para a formação da criança nas várias etapas e circunstâncias da sua vida, designadamente aquela que vive em contexto de saúde (ou ausência dela).

De entre as várias funções descritas, salienta-se o valor terapêutico implícito na brincadeira. Ou seja, quando a criança brinca, esta adquire os meios para libertar o stress e a tensão gerados pelas suas vivências em interação com o ambiente (Tavares, 2008). O mesmo autor afirma que este aspeto tem um importante valor na criança saudável, mas, que assume a sua plenitude na criança que se encontra hospitalizada, pois é uma excelente forma de a auxiliar a libertar o stress e medo inerentes à doença, hospitalização e tratamentos.

Neste contexto – o brincar -, os espaços e os tempos que não estão a ser utilizados para o tratamento, encerram, de acordo com Redondeiro (2003), um grande potencial em termos da facilitação dos processos de ajustamento do paciente pediátrico ao contexto hospitalar, ao internamento e à sua condição clínica e tratamentos associados. Redondeiro (2003) assume-os, por excelência, como um tempo social que cumpre (i) *funções de recuperação* - que libertam a fadiga; (ii) *funções de divertimento* - que libertam o tédio e (iii) *funções de desenvolvimento* - que podem resgatar as forças criativas dos estereótipos e das rotinas impostas pelo quotidiano. Poderá, também, assumir-se como um tempo/espaço privilegiado para a promoção de (iv) transformações nos numerosos processos sociais e comunicacionais protagonizados pelo paciente pediátrico, estimulando a interação e o

desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao “outro” (e.g. as outras crianças, pais/família, profissionais de saúde) (Masetti, 2003; Tavares, 2008).

A Redondeiro (2003) associam-se outros autores anteriormente referidos que, a par das funções já salientadas, assumem o brincar em contexto hospitalar como: (i) ajudando a criança a sentir-se mais segura no ambiente que para ela é estranho, possibilitando uma mediação entre o mundo familiar e situações novas e ameaçadoras; a elaboração de experiências desconhecidas e desagradáveis; (ii) minimizando a ansiedade de separação dos pais/família e as saudades de casa e amigos; (iii) aliviando a tensão, e possibilitando a oportunidade de expressar as suas experiências, sentimentos, medos e preocupações; (iv) promovendo uma maior aceitação dos cuidados de saúde; (v) colocando a criança numa posição ativa, oferecendo-lhe a possibilidade de fazer escolhas e de se sentir “no comando” (Masetti, 2003; Melo, 2007; Mitre & Gomes, 2003; Motta & Enumo, 2009; Schmitz *et al.*, 2003; Tavares, 2008; Oliveira & Oliveira, 2008).

Num estudo realizado com crianças hospitalizadas, Oliveira (2009) verificou que, em situações em que as crianças estavam muito apáticas ou extremamente agitadas, revelavam-se mais calmas e relaxadas depois de implicadas em atividades lúdicas, manifestando prazer e desejo de continuar a brincar. Neste mesmo estudo, Oliveira constatou que tanto a família como os profissionais de saúde valorizaram a brincadeira e a utilizavam como recurso para se aproximar da criança e criar ou estreitar vínculos.

Em síntese, e enfatizando o potencial desenvolvimental e terapêutico do lúdico, Pereira (1993; cit. por Redondeiro, 2003) e Dumazedier (1994; cit. por Redondeiro, 2003), assumem-no como capaz de promover não só a continuidade do desenvolvimento infantil, como também a possibilidade de a criança aceitar e vivenciar de uma forma mais positiva o momento em que vive. Segundo Fridman (1996 cit. por Motta & Enumo, 2009), brincar é uma experiência reestruturante que supera o sofrimento de um internamento, ou seja; se a criança brincar durante o período de permanência no hospital, esta tem maior probabilidade de superar os potenciais traumas gerados pelo processo de hospitalização, favorecendo o seu

restabelecimento físico e emocional. Na sua ótica, brincar torna o ambiente hospitalar menos traumatizante e mais alegre, proporcionando momentos de higiene mental e, entre outros, a manutenção de uma relação estável entre a criança, sua família e a equipa de saúde. Assim, brincar no hospital humaniza o atendimento, estimula o contínuo e adequado desenvolvimento neuropsicomotor da criança e faz prevenção ao nível da saúde mental dos seus diferentes intervenientes (Lima *et al.*, 2007; Masseti, 2003; Motta & Enumo, 2009; Oliveira, 2009; Redondeiro, 2003). Brincar é, pois, uma atividade séria (Motta & Enumo, 2009).

No entanto, para que o brincar seja efetivamente exercitado e cumpra seus objetivos no ambiente hospitalar, é fundamental que toda a equipa entenda o seu significado para a criança. Mitre e Gomes (2003) realizaram um estudo (entrevistas) com profissionais de saúde visando explorar o significado da promoção do brincar no hospital. Os resultados deste estudo evidenciaram que, na ótica dos profissionais, o brincar pode ser uma ferramenta significativa para que se lidem com questões como a integralidade da atenção, adesão ao tratamento, o estabelecimento de canais facilitadores da comunicação entre criança-profissionais de saúde-acompanhantes; a manutenção dos direitos da criança e a (re) significação da doença.

2.3- O Humor e a Alegria no Hospital: sua influência na saúde física e mental dos pacientes

Usar o humor para diminuir o stresse, para diminuir a dor, melhorar a qualidade de vida e até o funcionamento do sistema imunológico tornou-se um tema popular para leigos e profissionais (Bennett & Lengacher, 2006).

Para Sanchez e colaboradores (2009), o humor é um fenómeno de alta complexidade, que envolve elementos sensoriais, cognitivos, emocionais e expressivos intimamente relacionados entre si (Bennett & Lengacher, 2006; Fry, 1992; cit. por Sanchez *et al.*, 2009). De uma perspetiva psicológica, o humor envolve aspetos cognitivos, emocionais, fisiológicos e psicossociais (Martin, 2001; cit. por Bennett & Lengacher, 2006).

Zúñiga (2005) refere que o humor é algo mais fácil de compreender do que definir. Para este autor, podemos falar da “*capacidade de criar humor*”, que pode ser entendida como a aptidão para criar ligações entre pessoas, objetos ou ideias de uma maneira original que, transformada em palavras ou gestos, faz rir ou sorrir aquele a quem é comunicada. O humor está também ligado à “*capacidade de o apreciar*”, ou seja; à capacidade de compreender e desfrutar do que está a ser dito ou comunicado, assim como a uma resposta ou a uma tendência natural para rir ou sorrir. Assim, diversos autores sugerem que os elementos básicos do processo de humor são: o estímulo; a resposta emocional e o comportamento resultante (Bennett & Lengacher, 2006; Zúñiga, 2005).

A influência dos afetos sobre o organismo foi formalmente incorporada pela medicina, no início do século XII, em que o humor era assumido como um dos quatro principais fluídos do corpo, considerado determinante da condição física e mental do indivíduo (Masetti, 2003).

Várias evidências empíricas apontam o humor como um contributo para reforçar o sistema imunitário dos indivíduos. Berk e colaboradores (2001; cit. por Sanchez *et al.*, 2009), por exemplo, demonstraram que a experiência de humor fomenta a atividade imunológica celular, ou seja, promove a atividade dos linfócitos assim como os níveis de imunoglobulinas (glicoproteínas sintetizadas e excretadas por células plasmáticas derivadas dos linfócitos, os plasmócitos, presentes no plasma, tecidos e secreções que atacam proteínas estranhas ao corpo, chamadas de antígenos, assegurando, deste modo, a defesa do organismo).

O humor e conseqüente ato de rir produzem, também, uma série de benefícios ao nível sistémico, entre as quais se destacam: o relaxamento muscular, o aumento de oxigénio no sangue, a redução da glicémia, a maior mobilização das secreções respiratórias (Aquino *et al.*, 2004; Fry, 1992; Taber, K., Redden, M. & Hurley, 2007 cit. por Sanchez *et al.*, 2009). Deste modo, segundo Masetti (2003), a recuperação do corpo resulta de uma conduta ativa do organismo, que produz as substâncias necessárias a essa recuperação, sendo um sistema único onde corpo e mente estão intimamente ligados.

No que se refere às patologias junto das quais a terapia pelo humor e pelo riso parecem ter efeitos benéficos, Sanchez e colaboradores (2009) ou Hassed (2001; cit.

por MacDonald, 2004) salientam: as patologias odontológicas, a artrite reumatóide, o alzheimer, problemas renais, problemas do foro mental, o cancro, doenças inflamatórias, asma e doença cardíaca, reduzindo a resposta de stresse fisiológico, sendo este um fator de agravamento reconhecido nessas e noutras condições. O humor pode também ser encarado como uma estratégia coadjuvante para trabalhar a dor (Hassed,2001; cit.por MacDonald, 2004). Este último autor identificou, também, vários dos efeitos psicológicos do humor, entre os quais a redução do stresse e da ansiedade, a melhoria do humor, da autoestima e da capacidade para fazer face à doença.

2.4- O brincar, o humor e os Palhaços de Hospital

O atual processo de humanização nos hospitais, e no caso particular da pediatria, tem envolvido os profissionais de saúde, as direções e gestão dos hospitais, e as várias associações e atores cuja intervenção visa a promoção do bem estar e recuperação do paciente pediátrico. Esta nova forma de conceber o espaço hospitalar e os cuidados de saúde tem favorecido uma multiplicidade de enfoques e alternativas para a compreensão de aspetos que envolvam um atendimento sensível às necessidades coletivas, criando novas iniciativas e estabelecendo uma cultura de respeito e de valorização do outro. Segundo Masetti (2003) a essência do conceito de humanização está ligada à qualidade das relações desenvolvidas entre a equipa de cuidados e os pacientes. Nesta ótica, a intervenção dos Palhaços de Hospital enquadra-se neste conceito porque, tal como afirma a autora, “...o palhaço só se concretiza na relação com o outro” (p.41).

Quando falamos de palhaços, é impossível excluirmos, na nossa consciência, o ato de rir e de potenciar o riso. Rir (ou o sorrir), tal como diz Masetti (2003), pode ser “um lugar de ação”. Segundo a autora, um aspeto importante da recuperação física do paciente está relacionado com a energia despendida para lidar emocionalmente com a doença e com a hospitalização. No contexto da doença, o humor aparece como um recurso importante, pois permite ao indivíduo “*explorar factos que, por obstáculos pessoais, não poderiam se revelar de forma aberta e*

consciente” (Masetti, 2003, p.46). Assim, o acesso a tais factos permite a libertação da energia investida no problema, que pode então ser utilizada noutros aspetos importantes da recuperação física do paciente.

De acordo com Klein (1993; cit. por Wuo, 1999), o palhaço de hospital, através do humor e da brincadeira com a criança, pode servir simbolicamente como um intermediário entre a criança e a doença. No seu estudo ligado ao brincar, Klein assume que o intenso prazer experienciado pelas crianças nas suas brincadeiras com os palhaços decorre não simplesmente do prazer de brincar, mas, também, do facto de, ao brincar, encontrarem um meio para dominar a sua angústia, servindo esta como uma catarse e um elemento de relevo no seu equilíbrio emocional (Wuo, 1999). Assim, Wuo afirma que os traumas causados por um internamento podem ser aliviados com a presença desse elemento que transforma alguns elementos negativos da doença e da hospitalização em elementos (ou momentos) positivos, representando a transição da angústia para a alegria.

Neste processo, o lúdico surge, pois, como ferramenta privilegiada, constituindo-se um canal privilegiado para o estabelecimento de “pontes” com o outro: a criança, os profissionais de saúde e os pais/acompanhantes. Segundo Masetti (2003) uma das convicções dos Palhaços de Hospital é a de que, independentemente do quadro clínico da criança, existe ali uma “essência” que deseja brincar, sendo arte do palhaço desenvolver uma brincadeira que faz emergir o seu lado saudável. Deste modo, pretende-se transformar a realidade, na forma como ela se apresenta, e, através do ato criativo e do encontro entre o palhaço e a criança (e entre todos os outros atores que acompanham o paciente pediátrico), criar novas perceções e possibilidades. No capítulo III, o poder deste “encontro” é explorado mais a fundo.

CAPITULO III – A INTERVENÇÃO DE PALHAÇOS EM CONTEXTO HOSPITALAR

3.1- A Arte *clown* no contexto Hospitalar

Segundo Wuo (1999), ao falarmos da arte *clown* no hospital, partimos do termo *transformação*. A arte *clown* é um canal privilegiado de “trânsito” de elementos necessários a um processo contínuo de transformação, em que a técnica artística, aliada à criatividade e à imaginação, são as ferramentas utilizadas para introduzir o lúdico nas diversas situações inesperadas no hospital. Segundo esta autora “*o paciente pode dançar, rir, correr, representar personagens e jogar, em que o corpo doente transforma-se durante a atividade de lazer num corpo vivo, alegre, expressivo e criativo e, nesse aspeto, o corpo está procurando a sua recuperação*” (p.40).

Masetti (2003) defende que a arte no contexto hospitalar assume um papel fundamental, uma vez que gera a capacidade de explicar as nossas experiências, e percecioná-las de outra forma. Neste contexto, a arte opera por meio do *fazer* e transporta para a ação, o olhar, o falar, para que se aceite a experiência da relação humana. Nesta mesma linha, Melo (2007) afirma que a arte não é mero entretenimento, mas, sim, uma forma de linguagem que permite a comunicação com os outros, e que cria a possibilidade de organizar perceções, sentimentos e sensações. Desse modo, e no caso concreto da criança, possibilita não só a liberdade de expressão, mas, também, sustenta a sua autonomia criativa, ampliando o seu conhecimento sobre o mundo e proporcionando o seu desenvolvimento, tanto emocional como social.

Segundo Valladares e Carvalho (2006), este é um excelente meio para canalizar, de maneira positiva, as variáveis do desenvolvimento da criança hospitalizada e neutralizar os fatores negativos de ordem afetiva que naturalmente

surtem com o adoecer e com a hospitalização. De acordo com estes autores, a arte age preventivamente no sentido de se evitar o emergir e/ou instalação de algumas disfunções que possam comprometer o seu normal desenvolvimento.

3.1.1 – *Palhaços de Hospital: Aspectos históricos*

Nos últimos anos, os grupos de Palhaços de Hospital (PH) têm-se expandido à escala internacional e a sua importância tem vindo a ser reconhecida pela sociedade, especialmente por aqueles que têm a possibilidade de testemunhar diretamente o seu trabalho.

Estes profissionais, com formação de base nas artes do espetáculo, complementada com formação especializada sobre o espaço hospitalar e o desenvolvimento infantil, trabalham em estreita colaboração com os profissionais de saúde. Através da arte *clown*, procuram otimizar esforços que têm como fim último atenuar situações, minimizar o mal estar psicológico do paciente pediátrico bem como o dos seus cuidadores (Joaquim, 2007; Kingsnorth, Blain & McKeever, 2010; cit. por Tavares, 2008; Lima, Azevedo, Nascimento & Rocha, 2009; Masetti, 2003; Meisel *et al*, 2009).

No que se refere à origem da figura do PH, esta reporta-se aos anos 60, através de Hunter Patch Adams (Gontijo, 2006). Clínico geral norte-americano, defensor da humanização da relação médico-paciente como meio de tratamento e cura de algumas doenças, utilizava a arte do palhaço para animar os pacientes e reduzir o seu sofrimento. A sua intervenção começou em 1967, quando ainda estudante de medicina. Na sua exploração das diferentes técnicas para o cuidado do paciente, interessou-se particularmente pela “arte do cuidar”. Alguns anos mais tarde, juntamente com os alguns colegas da universidade, transformou uma casa de seis dormitórios num hospital público, tendo esta experiência durado 12 anos e culminado na criação da *Fundação Gesundheit* (“saúde” em alemão), que ainda hoje prevalece (EUA). Patch Adams alargou esta prática, tendo treinado mais de 1.600 médicos para serem PH. O seu trabalho também serviu de inspiração para o aparecimento de vários grupos de PH por todo o mundo, formados por artistas

profissionais, como é o caso da *Clown Care Unit*, do *Big Apple Circus* (EUA), da qual é fundador Michael Christensen (1987). A particularidade desta última é a de que a figura do palhaço é “vestida” por artistas de circo.

Mais tarde no Brasil, Wellington Nogueira funda os *Doutores da Alegria* e assume a sua direção artística. Projetos análogos começaram a surgir em França e na Alemanha e, posteriormente, em vários outros países europeus.

Em Portugal, a primeira associação de PH surge em 2002 - a Operação Nariz Vermelho (ONV) – tendo mais recentemente surgido outras associações/grupos de palhaços de hospital, a exemplo: “Remédios do Riso”; “Dr. Palhaço”; “Dr. Doidoi”; “Associação Doutores Palhaços”; “Hospalhacitos”; “Curativos do Humor” e existem ainda dois palhaços (“Anacleto” e “Kaki”) associados à *Acreditar*. De referir o facto de para além de a ONV ser a associação como a de maior longevidade em Portugal é também a única que atua de forma contínua nos hospitais com que colabora.

3.1.2 - Palhaços de Hospital: Objetivos, características e contornos das suas práticas

O PH tem como principal objetivo estimular, através do lúdico e do humor, o lado saudável da criança doente (Masetti, 2003; Melo, 2007; Moreira, 2005). Neste contexto surge como símbolo de alegria, ingenuidade e ternura, utilizando como “código” de apresentação o nariz vermelho, que sinaliza a chegada de alguém diferente que deseja brincar. Além dos trejeitos, roupas coloridas, nariz vermelho e alguma maquilhagem no rosto, a figura do PH é caracterizada por acessórios e indumentária que lembram o uniforme de um médico ou enfermeiro (bata, estetoscópio...).

As visitas são, em norma, feitas por uma dupla de palhaços e ocorrem de modo regular e continuado nos serviços de pediatria dos hospitais anfitriões. Em geral ocorrem uma ou duas vezes por semana, salvo situações em que os PH estão em permanência no hospital, situação muito rara entre os diferentes grupos de PH à escala internacional. Outros casos existem em que as visitas dos PH ocorrem de forma mais pontual, habitualmente associadas a alguns eventos festivos (e.g. Natal,

Dia da Criança). Segundo Masetti (2003), no caso de internamentos mais prolongados, assegurar uma regularidade das visitas do PH é particularmente importante. Esta parece gerar na criança a expectativa em relação à próxima visita, despertando, assim, o seu interesse, ativando um compasso de espera e criando pequenas metas que a ajudam a “lutar” contra a doença e a melhor tolerar o internamento. São várias as evidências que, em concordância, referem a expressão, pela criança, da expectativa e vontade de que os PH voltem a visitá-la (Moreira, 2005; Masetti, 1998, 2003).

Fazer com que a criança se sinta especial e única faz também parte da missão dos PH. Uma vez que visitam, geralmente, as crianças uma a uma, no seu leito, os PH conseguem criar laços individuais. A sua atuação é, segundo Masetti (2003), movida pela curiosidade que suscita nos outros, caracterizando-se pela flexibilidade e pela capacidade de aceitar os erros e transformá-los em recursos. Assim, o PH procura enobrecer a atitude do outro por mais absurda que ela seja ao olhar racional (Masetti, 2003), podendo esta repercutir-se (entre outros) na autoestima da criança ou dos outros à sua volta.

Segundo a autora, o PH cria novas relações entre as situações e quebra a lógica da previsibilidade ao propor soluções incomuns para uma determinada situação. A sua presença e atuação no hospital abrem a possibilidade de (não só a criança mas os adultos à sua volta) perceber os acontecimentos através de novas perspetivas, ampliando a perceção da realidade habitualmente construída. Na mesma linha, Moreira (2005) refere que a criança hospitalizada, quando vê a sua realidade pelos olhos do PH, descobre o divertimento nos aparelhos médicos e constrói um novo olhar sobre a doença, a hospitalização e muito do que envolve esta nova (e indesejada) realidade. Por exemplo: o tubo do soro transforma-se numa grande palhinha e o soro é batido de chocolate; os eletrocardiogramas passam a ser televisões; a desinfeção das salas é feita também com bolas de sabão; as cadeiras de rodas servem para fazer corridas; e os aparelhos de radioterapia são transformados em rádios com música para dançar. Com isto, pretende-se que os procedimentos médicos sejam desconstruídos e reconstruídos ao ritmo da imaginação de cada criança (Moreira, 2005).

Importa, no entanto, salientar que, no contexto da intervenção dos PH, a realidade é desconstruída, mas, não encoberta ou escondida: as brincadeiras estão quase sempre relacionadas com as doenças e com os processos de tratamento. Nestas brincadeiras, a criança tem a oportunidade de ver o tratamento e a doença de outra maneira e de, também ela (criança), ministrar de forma lúdica os tratamentos de que é alvo (Moreira, 2005). Neste caso, é geralmente o PH a “vítima” dos mesmos. Esta abordagem poderá ter particular utilidade, por exemplo, nas situações de preparação da criança para uma cirurgia, uma vez que permite a antecipação de alguns dos procedimentos de que será alvo, bem como da dor e limitações que poderão estar presentes no período pós-operatório (Fernandes & Arriaga, 2010). Neste âmbito, importa salientar que estas brincadeiras não diminuem de forma direta as dores e o sofrimento da criança, mas, o medo face aos procedimentos responsáveis por eles, aumentando, assim, a sua predisposição para se sujeitar aos mesmos, tornando-os, geralmente, menos penosos, dolorosos e/ou traumáticos.

Refira-se, adicionalmente, que, tal como os profissionais de saúde que asseguram os cuidados médicos da criança, os PH conhecem alguns elementos essenciais do quadro clínico e da realidade de cada uma delas (fornecidos pelos profissionais de saúde pouco antes de o PH iniciar a sua intervenção). A partir dessa informação, procuram ajustar a sua atuação ao “cenário” de cada criança, tal como ilustra o testemunho relativo ao trabalho dos PH da equipa dos “Doutores da Alegria” (a mais antiga – de entre cerca de 400 – das associações de PH no Brasil): *“os palhaços utilizam como recurso de interação com os pacientes a maçaneta da porta, aquele espaço onde se sai dos corredores do hospital mas ainda não se entrou no quarto. Para eles, esse é um espaço de percepção. Ali permanecem, física e mentalmente, para criar a oportunidade de olhar e compreender a realidade da criança e de outras pessoas que lá estejam. A partir daí, propõem uma interação que venha de encontro às necessidades da criança (...)”* (Masetti, 1998, p.38).

No trabalho dos “Doutores Palhaços”, a comunicação é sempre persuasiva. Mesmo a brincar, os palhaços têm o objetivo específico de direcionar a atenção da criança e de conduzir as suas atitudes num determinado sentido, normalmente rumo à aceitação dos tratamentos. Assim, se por um lado o humor ajuda a “não-pensar”,

conseguindo os PH fazer com que a criança se abstraia da sua realidade, por outro lado, o humor ajuda a criança a enfrentar a realidade, afastando o medo quer do tratamento quer da morte (Moreira, 2005).

3.2. A intervenção dos PH em contexto português: História e Missão da ONV

Inscrita numa matriz muito aproximada da anteriormente descrita, em termos da conceção e implementação da intervenção dos palhaços em contexto hospitalar, a ONV surge, tal como já referido, como a mais antiga e estruturada associação de PH em Portugal. Trata-se de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos e sem vinculações políticas ou religiosas, oficialmente constituída no dia 4 de junho de 2002. À semelhança de várias outras associações nesta área, tem como grande objetivo levar alegria à criança hospitalizada e seus familiares, aos profissionais de saúde e à instituição hospitalar no seu todo.

Atualmente intervém, ao longo de 43 semanas por ano, nos serviços pediátricos de 12 hospitais parceiros, em serviços tão diversificados como as Consultas Externas; os Serviços de Urgência; o Hospital de Dia e, nalguns hospitais, a Neonatologia. Em 2010, o número de crianças visitadas foi de aproximadamente 40.000, tendo este número vindo a crescer ao longo dos seus 9 anos de atuação em contexto hospitalar, decorrente de um gradual alargamento de parcerias com estas instituições de saúde. A mais recente parceria foi celebrada com os Serviços de Pediatria do Hospital de Braga (SPHB), iniciada em outubro de 2010.

Atualmente, são 24 os artistas profissionais - “Doutores Palhaços” (DP) - que integram esta equipa (de entre os quais 4 estagiários), incorporando as suas atuações a arte *clown*, a música, a dança, o teatro e outras técnicas artísticas. Cada artista é criador da sua personagem, com características e competências próprias, mas, simultaneamente, ligada às características de todos os outros DP, e com uma consistência que aumenta com o desenvolvimento do trabalho do artista. Assim, todos os DP têm um nome que começa por “doutor/a” ou “enfermeiro/a” e uma especialidade. Por norma trabalham em dupla, sendo todas as visitas aos hospitais feitas “a dois”.

A sua formação inicial (com duração de um ano) e contínua são da responsabilidade da ONV, abrangendo conteúdos associados não só à música e artes do espetáculo mas a outras áreas de relevo à sua intervenção no contexto específico do hospital. A saber: (i) *estrutura hospitalar* (regras e procedimentos em contexto pediátrico; equipa de cuidados; equipamento hospitalar); (ii) *higiene hospitalar* (responsabilidades ao nível da higiene pessoal, da saúde pessoal, da contaminação, dos seus hábitos e costumes e dos materiais que utilizam; enfermarias de isolamento; tipos de isolamento; regras e procedimentos nas situações de isolamento; normas de conduta referentes às precauções a ter relativamente à higiene das mãos, das batas, luvas e máscaras); (iii) *crianças, adolescentes e suas famílias* (conteúdos relativos ao desenvolvimento físico e psicológico da criança e adolescente; os direitos da criança e da família; o papel da família, dos irmãos; as mudanças na família quando uma criança está hospitalizada; as diferenças religiosas, culturais e étnicas); (iv) a *criança doente* (reações psicológicas à doença e ao internamento; direitos das crianças hospitalizadas; a escola no hospital); (v) *doença, dor e morte* (doenças mortais; definição da dor física e psicológica, expressão do sofrimento, causas e tratamento; entendimento da morte por parte da crianças e sua família; impacto psicológico e social na criança e sua família); e, finalmente, (v) *formação na área específica de intervenção dos Doutores Palhaços*: objetivos da intervenção; organização das visitas; o relacionamento com os profissionais de saúde; sigilo profissional, entre outros.

Nas suas visitas, os DP aplicam as suas competências através do improviso e do entretenimento, tentando envolver o máximo possível a criança, bem como a família e profissionais de saúde, estes últimos assumidos não como meros espetadores mas participantes ativos nos jogos e brincadeiras a ter lugar durante a ronda hospitalar.

Refira-se, adicionalmente, que, ao longo do período de treino e formação, todos os DP são avaliados em relação às suas motivações para trabalharem como artistas no contexto hospitalar e com o público pediátrico; aos conhecimentos adquiridos em torno do meio hospitalar; às suas habilidades artísticas; bem como à sua ligação com os valores do projeto ONV. A sua sensibilidade, maturidade

emocional, capacidade de ouvir e estabelecer relações empáticas vão sendo também avaliadas ao longo do seu percurso.

Tais aspetos são tanto ou mais importantes quando, no âmbito dos valores nucleares da ONV (e de outros grupos à escala internacional) -, o DP é entendido não como um terapeuta nem como um palhaço comum. Trata-se, segundo Masetti (2003), de um artista que tem de ter uma profunda capacidade de perceber o outro e o seu ambiente e improvisar a partir daí. Entendendo a autora o trabalho dos PH como estando relacionado com “*o esforço (...) de se entregar à única condição possível de existência: a da relação humana. Este, conecta-nos com (...) o fascinante universo (...) por onde circulam afetos e desejos impressos no corpo de cada um*” (p.12). Na senda destas ideias, Masetti defende que quando o PH intervém não existe espetáculo, não existe o grande público, mas, sim, uma conexão humana, um momento e um paciente de cada vez. É nesta linha que é entendido o trabalho dos DP no seio daquela que é a matriz de valores da ONV no que toca à conceção do papel e “missão” do palhaço de hospital.

Refira-se adicionalmente, e a título de esclarecimento, que o trabalho destes profissionais é remunerado, e os seus serviços são oferecidos aos hospitais pela associação. Esta última angaria os fundos necessários à sustentação da sua atividade, junto de empresas, sócios individuais e campanhas angariação de . Uma outra fonte de financiamento mais recente é a *Bolsa de Valores Sociais* (BVS). Esta facilita o encontro entre organizações da Sociedade Civil criteriosamente selecionadas - com trabalhos relevantes e resultados comprovados na área da Educação e do Empreendedorismo - e os investidores sociais (doadores) dispostos a apoiar essas organizações. Tal apoio é feito através da compra das suas ações sociais. Seguindo o exemplo do que ocorre no mercado de capitais, a BVS é o espaço que promove esse ponto de encontro e que zela pela transparência da relação entre a organização e o investidor social (www.bvs.org.pt).

CAPITULO IV – METODOLOGIA E CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

4.1. Enquadramento do Estudo

O estudo intitulado “*Expetativas e percepções dos profissionais dos Serviços de Pediatria do Hospital de Braga relativamente ao trabalho dos Doutores Palhaços*” surge no âmbito de um projeto de investigação mais amplo - “*Rir é o melhor remédio?*” –, decorrente de um protocolo de colaboração entre a associação “ONV” (ONV) e o Gabinete de Interação com a Sociedade, do Instituto de Educação da Universidade do Minho. A presente colaboração surge cerca de oito anos após a criação da ONV. Face ao seu franco crescimento, ao gradual reconhecimento social que foi conquistando, e à necessidade de refletir sobre e melhorar as suas práticas, a ONV colocou entre um dos seus desafios: (i) uma análise mais sistemática e aprofundada da formação dos seus artistas, bem como (ii) a avaliação do impacto (físico, emocional, psicossocial e organizacional) da intervenção destes profissionais junto dos seus alvos de intervenção: as crianças/adolescentes, seus familiares/acompanhantes, profissionais de saúde, e, as próprias instituições de acolhimento. Tendo como fins últimos analisar e legitimar as suas práticas, e alargar e consolidar o seu crescente reconhecimento junto da Sociedade Civil, Mundo Empresarial (seu principal financiador) e da Comunidade Hospitalar, a ONV rentabilizou o facto de, em outubro de 2010, iniciar uma nova parceria com mais um hospital - o Hospital de Braga (HB) – para levar a cabo este projeto. O facto de se tratar de uma nova parceria permitiria, assim, a possibilidade de acompanhar, desde o início, o trabalho desenvolvido pelos seus artistas neste contexto.

Nesse sentido, dada a proximidade geográfica da Universidade do Minho em relação ao Hospital de Braga, e o facto desta instituição académica ter duas escolas

ligadas à Psicologia, aos Estudos da Criança e à Educação Artística, julgou-se existirem as condições necessárias à viabilização deste projeto. Assim, em finais de 2009, a ONV apresentou, junto da Universidade do Minho, um pedido de colaboração, no sentido de, em parceria, se levar a cabo o projeto de investigação que na altura designou de “Rir é o melhor remédio?”. Em abril de 2010, formalizou-se o protocolo de cooperação entre estas duas instituições: a ONV e o Gabinete de Interação com a Sociedade, do Instituto de Educação da Universidade do Minho (GIS-IEUM).

É, pois, no âmbito deste projeto que se enquadra o presente estudo. Este representa, aliás, o primeiro investimento realizado no âmbito do “Rir é o melhor remédio?”, marcando o início de um processo que se prevê com uma longevidade de (pelo menos) 3 anos e abarcando vários estudos, em várias áreas do conhecimento e considerando diferentes alvos (e.g. paciente pediátrico, pais, profissionais de saúde, artistas profissionais), contextos (e.g. oncologia, neonatologia, internamento infantil e adolescente) e fenómenos (processos de formação dos DP, impacto físico, emocional e/ou institucional da intervenção dos DP).

Nesta lógica, a equipa que constitui o “Rir é o melhor remédio?”, integra elementos da Psicologia, Educação Artística, Medicina, Educação de Infância e Serviço Social, oriundos de diferentes instituições, designadamente da Universidade do Minho, Hospital de Braga, Universidade de Évora e Instituto Politécnico do Porto. Entre os diferentes estudos em curso (ou em fase de aprovação pelas comissões de ética dos hospitais onde irão decorrer), vários deles surgem enquadrados no âmbito de uma dissertação de mestrado ou doutoramento, a realizar no Instituto da Educação da Universidade do Minho, e, nalgumas delas, em co-orientação com pares académicos de outras instituições de Ensino Superior (e.g. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, do Instituto Universitário de Lisboa).

4.2. Principais características do estudo

Pretendendo avaliar as representações e expectativas dos profissionais de saúde dos SPHB relativamente à entrada dos DP no seu contexto de trabalho, considera-se o presente estudo como:

- Humanista-interpretativo, uma vez que parte da perspectiva dos sujeitos, explorando as suas expectativas, representações e significados. Segundo Almeida e Freire (2008), nesta perspectiva, a realidade é percebida como mais dinâmica, fenomenológica e associada à história individual e aos contextos, sendo que: “ *o seu estudo não poderá ser feito sem recurso à própria perspectiva dos sujeitos implicados nas situações*” (p.25);
- Estudo de campo – decorre no “terreno”, neste caso nos SPHB;
- Empírico - decorrendo os dados diretamente da perspectiva dos participantes;
- Indutivo – uma vez que procura compreender uma nova realidade; é heurístico, exploratório);
- Interpretativo - pois dá primazia às experiências subjetivas, ao estudo dos fenómenos a partir da perspectiva dos participantes, respeitando os seus marcos de referência e o interesse em conhecer a forma como os indivíduos experienciam e interpretam o mundo social (Almeida & Freire, 2008).

4.3. Design do estudo

O estudo das “Expectativas e perceções dos profissionais dos Serviços de Pediatria do Hospital de Braga relativamente ao trabalho dos Doutores Palhaços” contempla duas etapas, decorridas no espaço de dois anos. Uma primeira etapa (momento I) comporta o estudo que dá corpo à componente empírica desta tese, a segunda etapa (momento II) terá lugar aproximadamente em outubro de 2012, dois anos após o início da colaboração dos DP com os SPHB.

O momento I - prévio à entrada dos DP nos SPHB -, teve lugar cerca de um mês antes da entrada dos DP nos SPHB (agosto/setembro de 2010). Neste

estudoforam exploradas as representações dos profissionais dos SPHB acerca da associação ONV e dos seus artistas, bem como as expetativas dos profissionais dos SPHB relativamente ao impacto da intervenção deste novo parceiro no seu contexto de trabalho. No quadro mais amplo deste estudo bi-etápico, pretende-se o confronto das expetativas iniciais dos profissionais dos SPHB que participaram no momento I com as representações entretanto construídas acerca do trabalho dos DP, em resultado de dois anos de convívio, observação e colaboração com as suas práticas (momento II).

4.4. Objetivos e questões do estudo

Tal como anteriormente referido, o estudo intitulado“ *Representações e expetativas dos profissionais dos Serviços de Pediatria do Hospital de Braga relativamente ao trabalho dos Doutores Palhaços*”, assume como objetivos: (i) avaliar as representações dos profissionais dos SPHB relativamente à ONV e seus artistas; (ii) avaliar as expectativas destes profissionais relativamente ao potencial impacto da intervenção dos Doutores Palhaços no seu contexto de trabalho.

Foram tomadas como questões centrais do presente estudo (Momento 1):

- Quais as representações dos profissionais dos SPHB acerca da ONV? (e.g., seus contextos de atuação? Formação dos seus profissionais? Trabalho voluntário ou remunerado?)
- Quais as mais valias/vantagens antecipadas pelos profissionais dos SPHB em consequência da presença dos DP junto de: (i) Paciente pediátrico; (ii) Pais/acompanhantes; (iii) Profissionais de saúde; (iv) Instituição - Hospital de Braga.
- Quais as maiores dificuldades que os profissionais dos SPHB antecipam poder decorrer da presença dos DP junto de: (i) Paciente pediátrico; (ii) Pais/acompanhantes; (iii) Profissionais de saúde; (iv) Instituição - Hospital de Braga.

- Como antevêm estes profissionais a articulação do seu trabalho com os DP (Viável? Profícua? Facilitadora de alguns processos)?
- O que esperam aprender com a presença dos DP (por intermédio da observação das suas práticas e/ou da colaboração com os mesmos)?
- Em que medida faz sentido, para estes profissionais (numa escala 1 a 10), assumir os DP como mais um elemento da equipa de cuidados dos SPHB?
- Que funções/papéis julgam estes profissionais que deverão ser assumidas pelos DP nos SPHB?;
- Que mudanças mais significativas esperam encontrar, ao fim dos dois anos de intervenção dos DP, nos SPHB? (Em que áreas/dimensões?; Junto de que alvos?).

4.5. Metodologia

4.5.1- *Instrumento*

A exploração das representações e expetativas dos participantes foi realizada com base numa entrevista semiestruturada (anexo I), com uma duração média de 30 minutos. Todos os elementos da equipa de investigação tiveram treino na condução das entrevistas no sentido de assegurar o rigor e a uniformização dos procedimentos de recolha.

4.5.2. - *Participantes*

Participaram no estudo, elementos de cada um dos subgrupos de profissionais dos SPHB e das suas diferentes unidades de cuidado. Assim, numa tentativa de ter cada um dos subgrupos devidamente representados foram incluídos médicos, enfermeiros, assistentes operacionais (auxiliares de enfermagem), vigilantes, e pessoal administrativo de todas as unidades onde os DP iriam passar a intervir, a saber: (i) Serviço de Internamento Pediátrico: Unidade infantil e Unidade de Adolescentes; (ii) Serviço de Consultas Externas de Pediatria, (iii) Serviço de Urgência Pediátrica; e (iv) Neonatologia. Desta forma pretendia-se recolher

diferentes “olhares” em função da sua área profissional, da especificidade das suas funções, bem como do seu contexto de atuação.

De referir que, muito embora os dois últimos subgrupos de profissionais (vigilantes e administrativos) não integrem a equipa de cuidados, considerou-se que a sua inclusão no estudo poderia trazer elementos de relevo acrescido. Antecipou-se, pois, que, pelo facto de exercerem a sua atividade profissional nos SPHB, de integrarem o grupo de atores permanentes neste contexto, e de interagirem e/ou testemunharem a intervenção dos DP, os seus depoimentos poderiam ampliar, aprofundar e enriquecer o presente estudo.

Foram 34 os profissionais que participaram, tendo a sua seleção sido realizada com base num método de amostragem por conveniência. Assim, a sua seleção foi feita mediante a sua atividade profissional, os serviços em que trabalhavam, e a sua disponibilidade para participar nas entrevistas. A maioria dos participantes são do sexo feminino (85,3% mulheres – n=29; e 14,7% homens – n=5). A média dos seus anos de serviço no HB é de 15 anos. Relativamente à atividade profissional, 6 participantes pertencem ao quadro médico (17,6%); 15 à Equipa de Enfermagem (44,1%); 9 são Assistentes Operacionais (26,5%); 2 Administrativos/Secretárias de Unidade (5,9%) e 2 Vigilantes/Seguranças (5,9%). Refira-se que, no que respeita às Secretárias de Unidade, as duas profissionais entrevistadas correspondem ao universo da amostra.

Paralelamente, entrevistaram-se os impulsionadores da colaboração ONV-SPHB (a Chefe dos SPHB e o Técnico de Serviço Social) numa tentativa de averiguar os motivos que conduziram ao pedido de colaboração junto da ONV (há cerca de 6 anos atrás); o acolhimento/recetividade percebida por parte da administração aquando da apresentação da proposta, bem como as suas expetativas em relação a esta parceria. Dado o seu envolvimento no processo inicial e o seu conhecimento mais aprofundado sobre a ONV, optou-se por não incluí-los no presente estudo.

No que toca à unidade dos SPHB onde exercem a sua atividade profissional, 5 dos profissionais trabalham na Unidade de Neonatologia (14,7%), 4 no

Internamento de Crianças (11,8%), 7 no internamento de Adolescentes (20,6%), 5 no Serviço de Urgência Pediátrica (14,7%), 7 no Serviço de Consultas Externas (20,6%) e 2 vigilantes que trabalham em todo o Hospital (5,9%). Refira-se que 4 dos participantes (enfermeiros) trabalham em simultâneo no Internamento de Crianças e Adolescentes (11,8%).

4.5.3- Procedimentos

O primeiro passo para a realização do estudo passou pela solicitação de autorização para a sua concretização, junto da Comissão de Ética do Hospital de Braga. Após a aprovação por parte deste órgão, a equipa de investigação teve acesso à grelha de distribuição de serviço dos profissionais dos SPHB e, em parceria com a chefe dos SPHB, agendou as entrevistas com os profissionais.

As entrevistas foram realizadas num local indicado pela chefe dos SPHB, com as condições reunidas para assegurar a privacidade dos participantes e a não interrupção do processo de recolha de dados. Junto de cada participante foram previamente clarificados os objetivos e o carácter voluntário do estudo. As entrevistas foram gravadas mediante a assinatura de consentimento informado (anexo II).

De modo a assegurar a não identificação dos participantes, e estando presente a necessidade de cruzar os protocolos de entrevista do momento I para o II (estudo bi-etápico), recorreu-se à utilização de um código individual (de 8 caracteres, misto - dígitos e/ou letras), criado por cada participante. Este código foi guardado em envelope fechado, posteriormente selado e arquivado pela equipa de investigação. A este só terão novamente acesso o próprio participante e os investigadores da equipa. Após a sua segunda utilização este será destruído ou devolvido a cada participante, caso o solicitem.

4.5.5. Tratamento dos dados

Após a realização das entrevistas, procedeu-se à sua transcrição, seguida pela análise de conteúdos. A par de uma análise de cariz qualitativo, procedeu-se a uma abordagem quantitativa dos resultados, através da categorização das respostas dadas e cálculo da sua frequência.

A categorização das respostas, através da análise de conteúdo, foi realizada, num primeiro momento, pelos diferentes investigadores envolvidos na recolha das entrevistas (cinco), tendo-se posteriormente procedido à classificação das respostas dos participantes, por dois avaliadores independentes. Um terceiro avaliador surgiu numa segunda etapa da classificação das respostas com vista à resolução de pontuais discordâncias verificadas na classificação realizada por cada um dos avaliadores anteriores.

Após o acordo na categorização das respostas, foram introduzidos os dados numa base *IBM SPSS statistics 19*, por forma a proceder à análise das diferentes categorias emergidas no discurso dos profissionais entrevistados. Dada a natureza dos dados recolhidos, a sua análise far-se-á com recurso exclusivo à estatística descritiva, dando-se a conhecer a frequência e percentagem com que determinadas categorias de resposta emergiram no discurso dos participantes.

CAPITULO V - RESULTADOS

Ao longo deste capítulo, são apresentados os resultados do estudo realizado, tomando como ponto de partida as questões que sustentam a parte empírica deste trabalho. Assim, analisar-se-ão, num primeiro momento, as representações dos profissionais dos SPHB acerca da ONV, seguidas pela análise dos dados referentes às mais-valias/vantagens e dificuldades que estes profissionais anteveem em resultado da presença dos DP nos SPHB. Posteriormente analisam-se os dados que remetem para as funções/papéis que estes profissionais julgam dever ser assumidas pelos DP nos SPHB, as suas expectativas relativamente a uma potencial articulação do seu trabalho com os DP, e, o que esperam aprender em resultado da colaboração e observação das práticas dos DP no seu contexto de trabalho. Finalmente, os resultados apresentados incidirão sobre as mudanças mais significativas que estes profissionais esperam encontrar, ao fim dos dois anos, em resultado da intervenção dos DP nos SPHB.

5.1. Representações dos profissionais dos SPHB acerca da ONV

A primeira questão da entrevista semi estruturada pretende perceber através de que meios é que os profissionais tiveram acesso à informação de que a ONV, em breve, passaria a colaborar com os SPHB. No quadro I dá-se a conhecer a distribuição das respostas dos participantes pelas diferentes categorias de resposta emergidas.

Quadro I – Meios através dos quais os profissionais tiveram conhecimento de que a ONV iria colaborar com os SPHB

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS	N	%
Chefe dos SPHB	12	35,3
Colegas do serviço	3	8,8
Chefe responsável dos enfermeiros	3	8,8
E-mail interno	1	2,9
Sem qualquer informação sobre o assunto	12	35,3
Outros	3	8,8
TOTAL	34	100

De entre os resultados destaca-se que cerca de 1/3 (35,3%) dos entrevistados não detinha qualquer informação sobre esta colaboração, ignorando que os DP, em breve iriam iniciar sua intervenção nos SPBH. Por outro lado, 32,4% tiveram conhecimento desta colaboração através da chefe dos SPHB; em 8,8% dos casos (n=3 em cada uma das situações) esta informação surgiu dos colegas e o do chefe dos enfermeiros da sua unidade; sendo que o e-mail interno surgiu como fonte de informação para apenas 1 dos inquiridos. Refira-se que 3 dos participantes deram respostas que, pelo seu carácter vago, ou por não responderem à questão colocada, foram codificados como “outros”.

Num segundo momento, os profissionais foram questionados relativamente à sua reação aquando do primeiro contacto com a informação de que os DP iriam colaborar com os SPHB (“*Como acolheu essa ideia?*”). No gráfico 1 explicitam-se as suas respostas em função da sua percentagem.

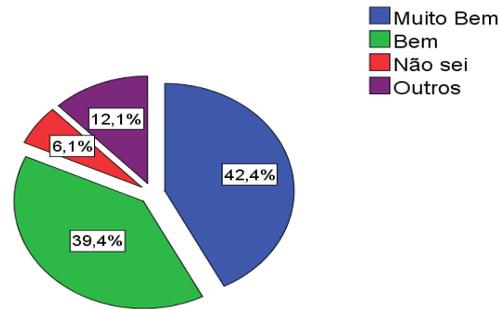


Gráfico 1- Distribuição das respostas dos participantes à questão: “*Como acolheu inicialmente a ideia de que a ONV iria intervir nos SPHB?*”

No Gráfico 1 verifica-se que 42,4% dos inquiridos dizem ter acolhido muito bem esta ideia, logo seguida por 39,4% que revelaram um entusiasmo moderado (“bem”). Dois participantes (6,1%) referiram não terem ainda uma opinião formada: um por que não sabia do que se tratava e um outro, por que ainda não tinha refletido sobre o assunto (“não sei”). Refira-se que vários destes participantes haviam acedido a esta informação pouco tempo antes de participarem nas entrevistas, mais concretamente no momento em que haviam sido contactados pela diretora dos SPHB no sentido de se disponibilizarem para participar no estudo. Por último, as respostas de 4 dos participantes (12,1%) foram integradas na categoria “outros” uma vez não responderem diretamente à pergunta.

Pelos resultados obtidos, verifica-se que, em termos globais, a grande parte dos profissionais entrevistados reagiu positivamente à ideia de que, em breve, a colaboração da ONV-SPHB teria início. Saliente-se, ainda, a ausência de indiferença e/ou desconfiança ou ceticismo destes profissionais relativamente à mesma. Mesmo de entre as respostas classificadas na categoria “outros”, esse ceticismo e/ou indiferença não aparece no discurso dos entrevistados, traduzindo algumas delas, inclusive, alguma curiosidade/expetativa relativamente a esta colaboração.

No que concerne à questão se “*Conhece o trabalho desenvolvido pela ONV ou pelos DP?*”, cerca de 85% do grupo entrevistado tinha alguma informação a este propósito. No quadro II dá-se a conhecer a distribuição das suas respostas (conhece/não conhece) e a discriminação das fontes por intermédio das quais acederam a informação sobre a ONV/trabalho dos DP.

Quadro II- Fonte (s) através da qual os participantes conhecem a ONV/DP

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS	N	%
Não conhece	5	14,7
Conhece através de:		
Comunicação Social	21	61,8
Congressos	1	2,9
Amigos com experiência de hospitalização filhos	1	2,9
Site ONV/ Facebook	1	2,9
Observação da sua atuação noutra Hospital	5	14,7
TOTAL	34	100

Os dados anteriores revelam que 5 profissionais (14,7%) desconheciam a associação e o trabalho dos DP. De entre os restantes (n= 29), 21 (61,8%) revelaram conhecer a ONV/DP através da comunicação social (e.g. jornais, documentários/reportagens, campanhas publicitárias); seguida por uma percentagem significativamente menor (14,7%; n=5) daqueles que já tinham tido a oportunidade de ver os DP a atuar noutra Hospital. Um dos profissionais inquiridos ouviu falar da ONV num congresso; um outro conhece a ONV através de amigos com experiência de hospitalização dos filhos, e um outro através do *site* da ONV e do *facebook*.

Realce-se, ainda, o facto de 5 destes profissionais não conhecer o trabalho desenvolvido pela ONV, o que, logo à partida, torna mais difícil a resposta às questões abarcadas pela restante entrevista.

Na questão onde se averiguaram as suas representações/conhecimentos acerca da formação de base dos DP, o leque de respostas dividiu-se em 4 categorias principais, tal como se pode observar no quadro III. As respostas tomadas

consideram apenas as situações em que os participantes explicitaram as suas representações sobre o tipo de formação dos DP e do carácter voluntário ou remunerado do seu trabalho, correspondendo a respostas de apenas 15 participantes (44,2% do grupo total).

Quadro III – Representações/conhecimento sobre a formação dos DP

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS	N	%
Profissionais de várias áreas	2	5,9
Artistas	3	8,8
Voluntários	4	11,8
Profissionais remunerados	4	11,8
Outros	2	5,9
TOTAL	15	44,2

A leitura do quadro III permite-nos verificar que as representações dos participantes em torno destas questões são algo difusas/”nebulosas”. Assim, constata-se que poucos são os participantes que têm conhecimento sobre a formação de base dos DP (“são artistas disfarçados de médicos”, n=3), 2 dos profissionais responderam que poderiam ser vários profissionais mas que não sabiam a formação dos mesmos (5,9 %). No que se refere ao carácter voluntário *versus* remunerado deste trabalho, 4 profissionais assumiram os DP como voluntários, tendo outros 4 assumido o seu trabalho como remunerado.

Num terceiro momento, os participantes foram questionados sobre a sua opinião atual relativamente à intervenção dos DP no seu contexto de trabalho. As respostas foram bastante diversificadas, consoante se pode observar no quadro IV:

Quadro IV – Recetividade dos profissionais à intervenção dos DP nos SPHB

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS	N	%
Muito Bom	7	20,6
Bom	20	58,8
Alguma ambivalência	1	2,9
Aceitação contextualizada	4	11,8
Outros	1	2,9
TOTAL	33	97,1

De entre as respostas dos participantes destaca-se a recetividade de grande parte dos profissionais à intervenção dos DP no contexto específico do seu serviço. Assim, 58,8% (n=20) viam com “bons olhos” a entrada dos DP (“Boa”); seguidos por 20,6% (n=7) que viam com grande entusiasmo a sua presença (“Muito boa”). De referir que 4 profissionais (11, 8%) achavam que a presença dos DP poderia fazer mais sentido numas áreas do que noutras, sendo portanto a sua aceitação mais contextualizada (e.g. *“acho que tem um aspeto muito positivo, mais ligado ao IPO e mais no internamento do que na consulta”*...). Relativamente aos 2 restantes participantes, 1 demonstrou alguma ambivalência em relação a esta presença: *“(…) se calhar não podem até tirar o proveito ideal que este tipo de iniciativas podem trazer (…)”*; e um outro revelou curiosidade e expectativa face à intervenção dos DP sem que estas se traduzissem a sua aprovação da mesma.

5.2-Mais-valias/Vantagens da Presença dos DP nos SPHB

Explorando de modo mais aprofundado as expectativas dos participantes relativamente à intervenção dos DP, o foco das questões seguintes centrou-se na antecipação, pelos profissionais, das mais-valias inerentes à presença dos DP no contexto dos SPHB, mais especificamente junto (i) das crianças/adolescentes; (ii) dos

seus pais/acompanhantes; (iii) profissionais de saúde; e (v) do HB, de forma mais global.

5.2.1- Junto das Crianças/Adolescentes:

As respostas dos participantes deram lugar à identificação de quatro grandes categorias, cada qual com pelo menos uma subcategoria, a saber: (i) *Amenização do internamento*; (ii) *Amenização do tratamento*, com três subcategorias: “Abstração/atenuar da dor e/ou nos tratamentos intrusivos”; “Desmistificação do tratamento e/ou dos profissionais de saúde”; “Facilitação do processo/Maior colaboração nos tratamentos”); (iii) *Amenização do impacto emocional negativo*, com três subcategorias: “Ventilação emocional/ catarse”; “Diminuição da tristeza/Depressão”; “Redução do medo e ansiedade”); (iv) *Recreação/Lúdico* (com duas categorias: “O alegrar da criança” e “Redução do tempo de espera”).

No quadro V dão-se a conhecer as vantagens enumeradas pelos profissionais nas quatro categorias emergidas. Refira-se que os valores apresentados dizem respeito ao número de vezes que cada uma das subcategorias foi assinalada pelos participantes. Cada participante apontou, em média, 2,29 mais-valias, oscilando as suas respostas na sinalização de entre uma e cinco vantagens. No que se refere às percentagens apresentadas em cada resposta, estas foram estimadas em função do número total de participantes no estudo.

Quadro V- *Vantagens/Mais-valias da intervenção dos DP junto das crianças/ adolescentes*

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS		N	%
Amenização do internamento		12	35,3%
Amenização do tratamento	Abstração/atenuar da dor aquando da aplicação de tratamentos invasivos	5	14,7%
	Desmistificação do tratamento e/ou dos Profissionais de Saúde	9	26,5%
	Facilitação do processo/Maior colaboração nos tratamentos	6	17,6%

Amenização do impacto emocional negativo	Ventilação emocional; catarse	3	8,8%
	Diminuição da tristeza/depressão	7	20,6%
	Redução do medo e da ansiedade	5	14,7%
Recreação/Lúdico	O alegrar da criança	14	41,2%
	Redução do tempo de espera/ “enfado”	13	38,2%

De entre as respostas dos participantes, salientam-se as vantagens alusivas às funções de entretenimento dos DP junto da criança (n= 27), onde a intervenção recreativa, o brincar, a promoção de momentos de maior alegria, a introdução de uma maior carga lúdica no quotidiano da criança hospitalizada são evocadas (41,2%). Refira-se, igualmente, o impacto positivo esperado ao nível da redução do ”enfado” associado aos tempos de espera e aos muitos “tempos mortos” que marcam a experiência de hospitalização (38,2%).

No que se refere à categoria “amenização do tratamento”, foram também vários os profissionais que fizeram alusão às vantagens que a presença dos DP poderia trazer (n=20, 58,8%). De entre os maiores contributos antecipados, a desmistificação do tratamento e/ou dos profissionais de saúde, a diminuição do medo e evitamento em relação às “batas” e aos cuidados por estes prestados surgiu como a subcategoria mais referida (n=9, 26,5%). Delas são exemplo verbalizações como:

“A maior parte deles não nos aceitam, porque estão com medo das picas, da...olham para tudo, ficam com medo não é...e que eles tenham algum contacto antes com matérias e com algumas brincadeiras, talvez nos ajude (...)”(Entrevista:10.E.CE);

“Além delas [as crianças] terem uma perspetiva diferente do que é um médico, um enfermeiro, um profissional do hospital, para que tenham uma perceção diferente de nós ... as crianças têm aquela figura de quem veste uma bata branca ser uma pessoa que dá picas e que faz mal (...) fazerem mudar um bocadinho essa opinião, ter uma perceção diferente daquilo que nós somos, do que fazemos, que não somos só aqueles que dão picas e que dão remédios, mas que também somos aqueles que estamos ali para os ajudar quando eles têm mau-estar“ (Entrevista: 29.E.IA).

Ainda nesta categoria, foi salientado o provável contributo da presença dos DP para a maior colaboração da criança/adolescente nos tratamentos (n=6; 17,6%) tal como ilustram os seguintes exemplos:

“(...) por um lado podem ser muito positivos e temos a experiência de que se fizermos algumas palhaçadas, com bonecos e falarmos com eles quando estão ser intervencionados, eles toleram muito melhor, são mais cooperantes...”; (Entrevista: 2.M.IC);

“E nós tentamos que seja mais fácil para eles de lidar e conseguir uma melhor ligação connosco, para nós trabalharmos melhor e para eles se torne melhor e mais tolerado”; (Entrevista: 24.E.URG).

Com menor frequência (n=5) surgiram, nesta categoria, as alusões feitas aos contributos dos DP para a diminuição das dores associadas à condição clínica da criança/adolescente ou, aquando da aplicação de tratamentos invasivos. Nestes casos, a menor dor experienciada parece prender-se com o facto da criança/adolescente conseguir uma maior abstração dos tratamentos a que está a ser sujeita, uma vez que “focada” na sua interação com os DP. Nesta subcategoria, os profissionais realçaram ideias como:

“(...) distrair a criança com dor” (Entrevista: 8.E.IC);

“(...) ajuda um bocadinho a esquecer, se não for uma dor muito intensa, ajuda também a aliviar” (Entrevista: 4.M.IA).

O destaque foi também dado por estes profissionais ao carácter mais positivo, menos desagradável e/ou “traumático” que a presença dos DP poderia imprimir à experiência de hospitalização da criança/adolescente (n=12, 35,3%), amenizando, inclusive, a representação do hospital, pelo paciente pediátrico, como sendo este um ambiente hostil. Eis alguns exemplos de respostas emergidas nesta categoria:

“vêm alterar um bocadinho o ambiente pesado, digamos, da pediatria e do que implica para as crianças” (Entrevista: 19.E.IA);

[Ajuda os pacientes] *“A verem o outro lado do hospital – o lado mais positivo (...)”* (Entrevista: 36.E.NEO).

Igualmente frequentes foram as mais-valias assinaladas pelos profissionais dos SPHB relativamente ao impacto emocional positivo que a intervenção dos DP poderá ter sobre a criança/adolescente (categoria “amenização do impacto emocional

negativo”, n=15). Segundo as respostas de 7 destes profissionais (20,6% do grupo total), a presença dos DP poderá contribuir para a diminuição da tristeza (e nalguns casos depressão) despoletada pela sua situação clínica, hospitalização ou outras experiências de adversidade vivenciadas neste processo. Eis alguns exemplos:

“(...) acaba por melhorar a parte psíquica da criança que está internada, que está um bocadinho fragilizada...” (Entrevista: 4.M.IA);

“...as crianças não ficam tão deprimidas” (Entrevista: 31.E.CE).

O papel de relevo dos DP ao nível da diminuição dos medos e ansiedade experienciados foi também antecipado por 5 destes profissionais (14,7%):

“Ajudam a desmistificar, e a deixar de ter aqueles medos e aqueles terrores (...)” (Entrevista: 7.E.IA.IC);

“(...) ajuda à desdramatização da situação da criança, ajudam a atenuar os efeitos da sua separação da família (...)”(Entrevista: 15.M.IA);

Ajudam a reduzir *“a angústia, o nervosismo de estarem naquela sala fechada”* (Entrevista: 24.E.URG) e a tensão *“porque os miúdos chegam aqui muito tensos, chorosos...”* (Entrevista: 10.E.CE).

A presença dos DP foi igualmente apontada como potenciadora de processos de catarse/ventilação emocional (n=3; 8,8%). Eis alguns exemplos dados relativamente aos contributos dos DP nesta subcategoria:

“(...) a criança pode estar deprimida e, então, se entrar um palhaço, a criança pode-se libertar de muita coisa de que naquele momento não está a conseguir” (Entrevista: 35.AO.URG);

“...os palhaços são os psicólogos das crianças; a eles, elas dizem coisas que não dizem a nós” (Entrevista: 15.M.IA).

5.2.2- Vantagens junto dos Pais/Acompanhantes

Ao nível das vantagens apontadas pela presença dos DP nos SPHB ao nível dos pais/accompanhantes, os profissionais identificaram quatro grandes áreas: vantagens na (i) *Gestão e ocupação do tempo dos pais* (com duas subcategorias: “Entretenimento /Recreação dos pais” e “Libertação dos pais para a resolução de

outras questões”); na (ii) *Gestão emocional* (com duas subcategorias: “Alheamento momentâneo da doença” e “Alívio do stresse/pressão; ventilação emocional/catarse”); na (iii) *Promoção da qualidade da vivência hospitalar e da doença do filho/a* (com duas subcategorias: “Amenizar a experiência de hospitalização dos pais” e “Perceções mais positivas dos cuidados/menor satisfação com o desempenho dos profissionais e a qualidade dos serviços” e, por último, no (iv) *Aumento do bem-estar do filho/a* (com duas subcategorias: “Crianças felizes-Pais mais felizes” e “Mais fácil ajudar o filho a lidar com o internamento/idas ao hospital”). Refira-se que o número de vantagens apontadas por cada participante oscilou entre uma e três, situando-se a média em 1,8.

No quadro VI dá-se a conhecer a distribuição das respostas dos profissionais pelas 4 categorias emergidas. À semelhança do quadro anterior, também aqui os resultados são apresentados em termos da frequência com que cada uma das categorias/subcategorias foram evocadas, bem como a sua percentagem relativa ao número total de participantes.

Quadro VI - Vantagens/Mais-valias da presença dos DP junto dos pais/acompanhantes

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS		N	%
Gestão e ocupação do tempo	Entretenimento /Recreação dos pais	9	26,5
	“Liberta” os pais; dá-lhes mais tempo para resolver outras questões	6	17,6
Gestão emocional	Alheamento momentâneo da doença/Mais fácil lidar com a doença do filho	13	38,2
	Alívio do stresse/pressão; ventilação emocional/catarse	6	17,6
Promoção da qualidade da vivência hospitalar e da doença do filho/a	Amenizar a experiência de hospitalização	9	26,5
	Perceções mais positivas dos cuidados; maior satisfação com o desempenho dos profissionais/qualidade dos serviços	3	8,8

	Crianças felizes- Pais mais felizes	13	38,2
Aumento do bem-estar dos filhos	Mais fácil ajudar o filho a lidar com o internamento, idas ao Hospital	1	2,9
Outros	“Não classificados”	2	5,9

Tal como podemos verificar pela leitura do quadro VI, a categoria de respostas mais frequentemente evocadas alude às vantagens da presença dos DP ao nível da gestão emocional dos pais (n=19, 55,8%). De entre estas surge como o mais frequente o contributo dos DP para aliviar o stresse/pressão experienciado, permitindo que, por momentos, estes pais consigam alhear-se da doença do filho/a e lidar com a doença de forma menos “pesada”. Eis dois exemplos:

“Pô-lo mais feliz; não estar tão triste, porque o pai está ali, só está a pensar na doença do filho, e pelo menos há aqui aqueles minutos que, pronto, que uma brincadeira alivia um bocadinho o stresse...” (Entrevista: 27.AO.NEO);

“(...) vai ser menos stressante para eles, visto que, mesmo lidando com a própria doença dos filhos, vai ser mais fácil” (Entrevista: 24.E.URG).

A partilha e ventilação emocional/catarse que a presença dos DP pode propiciar foi evocada 6 vezes, de entre as quais surgiram os seguintes testemunhos:

“(...) os pais estão também a precisar de um bocadinho de carinho, de apoio...” (Entrevista: 26.SU.IC.IA);

“(...) é importante dessa forma, da forma psicológica, levantar o ego (...) também lhes toca a eles [pais] que passam aqui a maior parte do tempo e é importante haver este tipo de estratégia emocional” (Entrevista 18.AO.IC.IA).

A categoria “Gestão e ocupação do tempo” surge, em segundo lugar, entre as vantagens mais referenciadas (n=15). Na subcategoria “entretenimento/recreação dos pais” (n=9), uma das mais apontadas por estes profissionais, são exemplo do discurso destes profissionais:

“(…) vai distrair os pais; estes não vão dar pelo tempo passar” (Entrevista: 38.v.todoHospital);

“(…) os pais também se sentem um bocadinho mais alegres” (Entrevista: 31.E.CE).

Nesta mesma categoria, seis das respostas destes profissionais apontam para facto de a intervenção dos DP poder libertar os pais, dando-lhes mais tempo para resolver outras questões, porque ocupa/distrai os filhos. Como exemplo citamos:

“*De facto pode ser um alívio, se as crianças se puderem distrair, escusam muitas vezes de estar a pressioná-los como muitas vezes pressionam*” (Entrevista: 7.E.IA.IC);

“(…) se o pai souber que durante aquela hora vai ter lá outra pessoa, ele até vai aproveitar para ir à rua porque às vezes têm medo de deixar a criança sozinha(…)” (Entrevista: 9.E.IA).

Na categoria ligada à promoção, junto dos pais, da qualidade da vivência hospitalar e da doença do filho/a (n=12), 9 dos profissionais apontaram a melhoria da forma como os pais vivenciam este processo, como podendo resultar da presença dos DP, a exemplo:

“(…) não vai ser [para os pais] *aquele ambiente tão desconfortável*” (Entrevista: 24.E.URG);

“(…) *cortar aquela atmosfera e toda aquela carga negativa inerente a este tipo de serviços (…)*” (Entrevista: 21.E.URG).

A promoção de perceções mais positivas acerca dos cuidados prestados ao seu filho/a foram também apontadas, mas, por um menor número de profissionais (n=3). Eis um exemplo: “*Acho que os pais que percebem que o hospital está a perceber e a preocupar-se com os filhos deles, não só a nível médico e da parte da saúde, mas, também, da parte do bem estar social, psicológico (…)*” (Entrevista: 1.M.IC).

Nas vantagens apontadas ao aumento do bem estar dos filhos, foram 13 os profissionais que aludiram ao “contágio” positivo de que são alvo estes pais, quando os DP estão capazes de gerar alguns momentos de alegria e bem estar ao seu filho/a:

“(…) *Os pais sofrem quando a criança sofre, se a criança menos sofrer ou quanto melhor estiver, os pais também estão (…)*” (Entrevista:10.E.CE);

“(…) *estando as crianças bem, só pode ser gratificante para os pais…*”; (Entrevista: 38.v.todoHospital).

Adicionalmente, um profissional apontou como vantagem o facto de, para os pais, a presença dos DP poder funcionar como um facilitador do processo de internamento do seu filho.

5.2.3- Mais-valias/Vantagens junto dos Profissionais de Saúde

No quadro VII apresentam-se, sucintamente, as categorias de resposta emergidas no discurso dos profissionais entrevistados quando questionados acerca das potenciais vantagens dos DP junto dos profissionais de saúde. Foram 3 as grandes categorias emergidas (i) *Melhoria da qualidade da vivência hospitalar* (com duas subcategorias: “Mediação da relação profissionais-pais/acompanhantes” e “Amenizar do ambiente hospitalar”); (ii) *Auxílio à prática dos profissionais* (com 4 subcategorias: “Libertar a sobrecarga dos profissionais de saúde”; “Auxílio nos tratamentos/facilitação da intervenção”; “Ampliação do leque das estratégias para lidar com crianças”; e, “Desmistificação do tratamento e dos profissionais de saúde”); e (iii) *Gestão emocional* (com duas subcategorias: “Criança a rir, o profissional fica melhor” e “Diminuição do stresse profissional”). O número de vantagens apontadas por cada participante oscilou entre as 0 e as 4, situando-se a média em 1,7. No quadro VII dá-se a conhecer o número de vezes que as respostas emergem em cada uma das categorias/subcategorias enunciadas, bem como a sua frequência relativa ao total de participantes:

Quadro VII - Vantagens/Mais-valias dos DP junto dos profissionais de saúde

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS		N	%
Melhoria das vivências e das relações hospitalares	Mediação da relação profissional e pais/acompanhantes	4	11,8
	Amenizar do ambiente hospitalar	11	32,4
Auxílio à sua prática profissional	Libertar a sobrecarga dos Profissionais de Saúde	5	14,7
	Auxílio nos tratamentos/ facilitação da intervenção	16	47,1
	Ampliação do leque das estratégias para lidar com crianças	3	8,8
	Desmistificação do tratamento e dos profissionais de saúde	7	20,6
Gestão emocional	Criança a rir, o profissional fica melhor	7	20,6
	Diminuição do stresse profissional/descompressão	4	11,8

Tal como é possível observar no quadro VII, de entre as potenciais vantagens da presença dos DP junto dos profissionais de saúde, o auxílio à sua prática emerge como a categoria mais evocada (n=31). Nesta, a subcategoria referente ao auxílio que os DP poderão dar na aplicação dos tratamentos e na facilitação da intervenção foi claramente o mais evocado. Eis alguns exemplos das suas respostas:

“ (...) a nossa forma de trabalhar torna-se muito mais fácil, porque trabalhar com uma criança bem disposta é muito diferente do que trabalhar com uma criança mal-humorada (...)” (Entrevista: 11.E.IA.IC);

“(...) uma criança que esteja feliz, alegre, está mais recetiva ao que lhe pode estar a acontecer, a intervenção é mais rápida é melhor” (Entrevista: 5.E.NEO).

Uma segunda vantagem, salientada por 7 profissionais, prende-se com os contributos dados pelos DP em relação à desmistificação do tratamento e/ou dos profissionais de saúde, um aspeto já referenciado aquando da antecipação das vantagens da intervenção dos DP nas crianças. Eis alguns exemplos:

“(...) se eles vierem cá e brincarem com uma criança e até brincarem às injeções e sei lá “isso não dói nada...”, e depois, põem um pensinho bonito e a coisa passa (...) (Entrevista: 11.E.IA.IC);

“(...) porque é o medo de agulhas é o medo do profissional um pouco duro, e agora vão ver com outros olhos” (Entrevista: 24.E.URG).

A libertação destes profissionais da sobrecarga de trabalho foi também referenciada na categoria “Auxílio à sua prática profissional”, sendo exemplos das 3 vezes que foram evocadas:

“ Vão deixar de sobrecarregar os profissionais, porque uma criança estando chata, começa a implicar com tudo, começa a chamar várias vezes o mesmo assistente e o assistente não pode estar muito tempo de volta daquela criança” (Entrevista: 38.V.todosHospital);

“ (...) imagine a enfermeira que está ali na consulta a prestar cuidados e sabe que a mãe e a criança estão entretidas, fica muito mais disponível para outras atividades porque sabe que ali está tudo a correr bem(...)”(Entrevista: 3.E.CE).

Por último, nesta categoria, 3 participantes apontam como vantagem a ampliação do leque de estratégias dos profissionais de saúde para lidar com as crianças, como por exemplo:

“ (...) perceber a maneira de lidar com as crianças; como se põem face aos problemas” (Entrevista: 36.E.NEO);

“Podemos explorar um pouco mais a brincadeira (...)” (Entrevista: 29.E.IA).

A categoria de respostas alusiva ao contributo dos DP ao nível da melhoria da qualidade das relações e da vivência hospitalar (n=15), abarca, por um lado, a amenização do ambiente hospitalar, referido por 32,4% dos entrevistados (n=11):

“ (...)mais alegria, andarmos menos com aquela cara baixa, o olhar triste (...)” (Entrevista: 27.AO.NEO);

“(...) pessoalmente também é interessante para nós porque o ambiente fica um bocadinho mais leve” (Entrevista: 12.M.IA).

Adicionalmente, a mediação, pelos DP, da relação dos profissionais com os pais ou os acompanhantes da criança foi também uma vantagem apontada por 4 profissionais (11,8%), tendo salientado argumentos como:

“(...)se calhar isso pode ajudar um bocadinho a ficarmos mais próximos dos pais (...) Nós temos uma carga muito pesada, e quando vamos falar com os pais temos receio e medo que eles não percebam; se calhar ... vem aligeirar esse ambiente.” (Entrevista: 12.M.IA);

“(...) há pais muito fechados, há famílias muito fechadas e uma brincadeira até pode ajudar ali numa interação ótima, quem sabe?” (Entrevista: 6.E.NEO).

Das vantagens ligadas à terceira categoria de respostas - Gestão emocional, salientada por 11 profissionais - 7 destacaram que o bem estar da criança era, por si só, uma mais valia para os profissionais (“Criança a rir, o profissional fica melhor”). São exemplos desta subcategoria de respostas:

“Basta pôr a criança bem-disposta e fazê-la rir que, para nós, o profissional já fica melhor (...)” (Entrevista: 7.E.IA.IC);

“E portanto, nós trabalhamos para elas, para o bem estar delas; as crianças vão estar melhor, e é evidente que nós profissionais vamos estar melhor (...)” (Entrevista: 28.E.URG).

Adicionalmente, 4 dos profissionais apontam a diminuição do stresse experienciado no seu dia a dia profissional como uma das mais-valias do trabalho dos DP, a exemplo:

“... as equipas, às vezes, vivem momentos de grande stresse: há doença, momentos difíceis (...) e a vinda de alguém que entra sempre com um sorriso, é o pegar ao colo dos profissionais, nem que seja por uns curtos momentos (...)” (Entrevista: 6.E.NEO);

“(…) *Se calhar vamos divertir-nos todos, vamos ter uns tempos engraçados mesmo a trabalhar, podemos trabalhar igual, sermos profissionais e divertirmo-nos*” (Entrevista: 35.AO.URG).

5.2.4 - Vantagens junto do Hospital

Neste apartado, foi solicitado um olhar mais “amplo” dos profissionais em termos do potencial impacto dos DP na instituição hospitalar, i.é; para além dos próprios SPHB. As suas respostas - em termos de frequência e percentagem - são dadas a conhecer no quadro VIII. Refira-se que nem todos os profissionais identificaram vantagens nesta área. Foi também a área onde o número de vantagens identificadas, na totalidade, e por participante, foi menor: entre 0 e 2 vantagens salientadas por participante, com uma média situada em 1,02.

Quadro VIII - Vantagens/Mais-valias da presença dos DP no HB

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS	N	%
Melhoria da imagem externa do Hospital	10	29,4
Diminuição dos custos	1	2,9
Melhoria da “imagem interna”	4	11,8
Amenizar do ambiente hospitalar	11	32,4
Não há vantagens/ No momento, não ocorre nenhuma mais-valia	4	11,8
Outros	5	20,6

Conforme é possível verificar no quadro VIII, das vantagens percebidas para o HB, um maior número de profissionais (32,4%, n=11) referiu (uma vez mais), o contributo dado em termos da amenização do ambiente hospitalar. Delas são exemplos:

“(…) *em termos globais, obviamente que a instituição vai ganhar: melhores cuidados de saúde, humanização dos seus serviços, no atendimento...*” (Entrevista: 3.E.CE);

“ (...) *Será um ambiente diferente, mais acolhedor, mais familiar*” (Entrevista: 24.E.URG).

Seguidamente, 10 profissionais apontaram a melhoria da imagem externa do HB como uma das mais-valias associadas à presença dos DP, tal como ilustram as respostas seguintes:

“ (...) *transpõe para o exterior que é um serviço de qualidade, um atendimento humanizado. Se a instituição proporciona isso para o exterior já é uma boa imagem para a instituição: que é credível; que tem qualidade (...)*” (Entrevista: 3.E.CE);

“ (...) *vai dar um ar diferente do hospital; de que está interessado nas pessoas, nas crianças, nos pais*” (Entrevista: 37.SU.CE).

Refiram-se, também os dois casos onde a melhoria da imagem interna foi salientada:

“(...) *valorizar cada vez mais os nossos cuidados dentro do hospital, acho muito importante*” (Entrevista: 28.E.URG);

“ (...) *acho que sim; ia ser uma mais valia no serviço em que fosse [implementando] (...)*” (Entrevista: 31.E.CE).

Um mesmo número de participantes (n=2) explicitou não vislumbrar quaisquer vantagens a um nível mais “macro”. Por fim, um dos profissionais fez alusão a uma potencial diminuição dos custos hospitalares, fundamentada da seguinte forma: “(...) *a nível da profilaxia da dor, a criança que estiver mais tempo entretida, ocupada, se calhar a dor vai passar a ser moderada, se tiver de ser administrada uma medicação de x em x horas, reduzimos esse tempo. Podemos ter menos gastos*” (Entrevista: 8.E.CE).

5.3. Dificuldades que antevêm em resultado da presença dos “Doutores Palhaços”

Neste apartado da entrevista, o foco surge em torno das desvantagens ou dificuldades que a presença dos DP nos SPHB poderão trazer acrescidas junto: (i) do paciente pediátrico; (ii) dos pais/acompanhantes; (iii) dos profissionais de saúde; e (iv) do Hospital.

5.3.1. Dificuldades junto das crianças e adolescentes

A análise das desvantagens apontadas, neste ponto, pelos profissionais fez emergir quatro categorias: uma primeira onde é apontada a (i) *Ausência de dificuldades*; uma segunda alude ao impacto mais específico sobre (ii) a *criança* (duas subcategorias; “Medo/Pânico do palhaço” e “Pouca recetividade por estar em sofrimento”); sobre (iii) o *adolescente*; e, finalmente, a alusão a alguns (iv) *fatores de ordem externa* ao paciente pediátrico.

No quadro IX a incidência das suas respostas por categoria/subcategoria são sintetizadas. Refira-se que o número de desvantagens oscilou entre 0 e 3 por participante, registando-se uma média por sujeito inferior à unidade ($M=0.73$). No quadro IX dão-se a conhecer a frequência com que as respostas emergem em cada uma das categorias/subcategorias enunciadas.

Quadro IX – *Dificuldades associadas à presença dos DP junto das Crianças/adolescentes*

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS		N	%
Nenhumas	Não antecipam dificuldades	14	41,2
Crianças	Medo/pânico do Palhaço	12	35,3
	Pouca recetividade por estarem em sofrimento	5	14,7
Adolescentes	Pouca recetividade/infantilidade	3	8,8
Dificuldades Extrínsecas	Pacientes com doenças infetocontagioso	4	11,8

Olhando o quadro IX, verifica-se que 50% dos participantes apontam desvantagens associadas à criança, salientando-se, em particular, as situações de medo ou pânico em relação à figura do palhaço (35,3%, $n=12$). Outros 14,7% ($n=5$) apontam a resistência da criança à presença dos DP pelo facto de se encontrarem em sofrimento:

“Depende do momento; por exemplo: se for num pós-operatório imediato, naquela altura pode estar com mais dores, se calhar não estão com tanta vontade de estarem ali a rir, porque estão em sofrimento” (Entrevista: 4.M.IA);

“Às vezes as crianças estão mais debilitadas com os tratamentos e estão menos recetivas (...)”(Entrevista: 18.AO.IA.IC).

No que se refere aos adolescentes, as desvantagens foram apontadas ao facto de estes poderem encarar a figura e as brincadeiras dos DP com uma “criancice” (n=3). Quatro dos participantes salientaram, ainda, alguns fatores alheios ao próprio paciente, e mais associados à sua doença/condição clínica. Dela é exemplo uma doença infetocontagiosa, que poderá impedir a presença dos DP ou fazer perigar a saúde do paciente, dada a sua maior exposição a agentes nocivos. Por exemplo:

“ (...) só se for aqueles meninos que estão com doenças infetocontagiosas que, se calhar, quanto menos pessoas forem ao pé deles melhor...” (Entrevista: 26.SU.IC.IA);

“Tem que se respeitar a patologia do doente. No caso, por exemplo, de uma doença infetocontagiosa, temos que respeitar estas limitações, a desinfeção; e a própria estrutura física vai ter limitações (...)”(Entrevista: 12.M.IA).

Por último refira-se que uma elevada percentagem dos profissionais entrevistados (41,2%), explicitam não antecipar quaisquer dificuldades associadas à presença dos DP nos SPHB.

5.3.2 Dificuldades junto dos pais/acompanhantes

De entre o discurso dos profissionais em torno das desvantagens da presença dos DP face aos pais, foram 4 as categorias emergidas: uma primeira onde é referida a (i) *Ausência de dificuldades*; uma segunda relacionada com (ii) a *antipatia/resistência dos pais em relação à figura do palhaço*; a (iii) *perceção, pelos pais, da presença dos DP como uma falta de respeito/desconsideração pela situação de doença e sofrimento do seu filho*; e, finalmente, (iv) o *temperamento dos pais*. No quadro X dão-se a conhecer a incidências das suas respostas por categoria. O número

de desvantagens assinaladas oscilou entre 0 e 2 por participante, com uma média uma vez mais inferior à unidade ($M= 0.63$).

Quadro X – Desvantagens da presença dos DP junto dos pais

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS	N	%
Nenhumas	17	50
Antipatia/resistência à figura do Palhaço	4	11,8
Perceção de falta de respeito/desconsideração pela situação de doença	6	17,6
Temperamento dos pais	5	14,7
Sem opinião	6	17,6

Uma vez mais se verifica que metade do grupo entrevistado explicita não antecipar quaisquer desvantagens ou dificuldades que a presença dos DP possa trazer acrescidas; neste caso junto dos pais. De entre as mais referidas (por 6 participantes - 17,6%) surge a provável perceção, pelos pais, de que a presença e brincadeiras dos DP podem representar uma falta de respeito/desconsideração pela situação de doença vivida pelo seu filho/a. Exemplo:

“Poderá haver pais que recusem a entrada dos palhaços nos quartos dos filhos por acharem que pode atrapalhar os tratamentos ou o descanso/repouso dos filhos doentes (...)” (Entrevista: 25.AO.IC);

“(...) os pais podem não achar muita piada. Invadir a privacidade do tratamento do filho, do diagnóstico...” (Entrevista: 8.E.IC).

Logo em seguida, o temperamento dos pais é salientado ($n= 5, 14,7\%$), aludindo, essencialmente, estas respostas aos casos de pais que, pelo seu “feito”, poderão não estar tão recetivos às brincadeiras dos DP. Por último, a resposta de 6 participantes foram integradas na categoria “sem opinião”, correspondendo a situações em que os profissionais não souberam responder ou que não ponderaram esta questão até ao momento não tendo, por essa razão, uma opinião formada.

5.3.3 – Dificuldades junto dos profissionais de saúde

Foram 4 as categorias de resposta emergidas em resultado da análise das respostas dos profissionais de saúde na identificação das desvantagens que a presença dos DP poderá acarretar para os próprios: uma primeira aponta a (i) *não antecipação de dificuldades*; uma segunda prende-se com (ii) as *dificuldades na articulação/aceitação de papéis e intervenção* (com três subcategorias: intrusão de papéis; pouca cooperação DP- Profissionais por falta de abertura; Pouca articulação DP-Profissionais por falta de tempo); uma terceira alude aos obstáculos que a presença dos DP poderá criar ao (iii) *Desenvolvimento do seu exercício profissional* (duas subcategorias: “Interferência nas rotinas dos SPHB”; “Intervenção intrusiva”); e, finalmente, as dificuldades antecipadas ao (iv) *nível da instituição hospitalar* (com duas subcategorias: “Limitações dos espaços físicos” e “Desrespeito pelas normas de higiene e segurança”). O quadro XI sintetiza a distribuição das respostas dos profissionais pelas categorias/subcategorias referidas. Quanto ao número de desvantagens salientadas, este variou entre as 0 e as 3, tendo situando-se, em média, nas 0.79 desvantagens.

Quadro XI – Dificuldades associadas à intervenção dos DP para os profissionais de saúde

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS		N	%
Nenhumas	Não antecipam dificuldades	16	47,1
Dificuldades na articulação/aceitação de papéis e intervenção	Intrusão de papéis	2	5,9
	Pouca articulação DP-Profissionais por falta de abertura	7	20,6
	Pouca cooperação DP- Profissionais por falta de tempo	3	8,8
Obstrução ao exercício profissional	Interferência nas rotinas	10	29,4
	Intervenção intrusiva/perturbadora	3	8,8
Ao nível da Instituição	Limitações dos espaços físicos	2	5,9
Outros	“Não classificados”	3	8,8

Realçam-se, logo à partida, os 16 profissionais que explicitaram não antecipar quaisquer dificuldades associadas à presença dos DP, neste caso específico relativamente às suas práticas, correspondendo a quase metade do grupo total. Como dificuldades anteciparam-se as possíveis “obstruções” à sua prática profissional, destacada por 13 participantes, sendo as das rotinas dos SPHB mais frequentemente apontadas como as que com maior probabilidade poderão ser afetadas (n=10). Eis dois exemplos:

“Vai mexer com o dia a dia dos médicos e dos enfermeiros (...) no início vai mexer com o dia a dia” (Entrevista: 1.M.CE);

“(...) a questão dos horários, das rotinas ... Por exemplo, a parte da manhã é sempre um bocadinho mais complicada: temos muitas colheitas, muitos exames fora. É sempre mais difícil nós nos querermos movimentar para prestar cuidados... Pode interferir um bocadinho nos cuidados (...)” (Entrevista: 11.E.IA.C).

Outros 3 profissionais, dentro desta categoria, apontaram a possibilidade de a intervenção dos DP poder ser perturbadora/intrusiva, referindo algumas questões como o barulho e a interrupção, pelos DP, de alguma interação que estariam a ter no momento.

Na área que diz respeito às dificuldades na articulação/aceitação de papéis e na intervenção, importa salientar os 7 profissionais (20,6%) que anteciparam a parca articulação entre DP e profissionais dos SPHB, decorrente da resistência/falta de abertura de alguns profissionais relativamente à presença ou ao trabalho desenvolvido pelos artistas. Três outros profissionais atribuíram as dificuldades de articulação a questões de falta de tempo para se envolverem noutras coisas que não as ligadas às suas funções específicas.

Quanto à intrusão de papéis apontadas por 2 destes profissionais, um deles refere que: *“pode haver uma certa colisão de interesses”* (Entrevista: 1.M.CE).

Ao nível das interferências antecipadas à escala hospitalar, 2 profissionais salientaram as limitações de espaço (nos corredores, nas salas de espera...) com que se confrontam na sua prática diária, podendo a presença dos DP contribuir para o seu agravamento e/ou conduzindo à sua sobrelotação ou a dificuldades ao nível da circulação e/ou à prestação de cuidados adequados às necessidades dos pacientes.

5.3.4- Dificuldades ao nível do Hospital

As dificuldades decorrentes da presença dos DP a um nível mais macro foram também equacionadas pelos profissionais de saúde entrevistados, tendo das suas respostas emergido 5 categorias: (i) “Nenhumas dificuldades antecipadas”; (ii) “Sobrelotação dos espaços”; (iii) “Ruído/Confusão”; (iv) “Alteração das rotinas do Hospital”; e (v) “Riscos na segurança”. Tal como se pode constatar, várias das respostas entre estes profissionais no tópico agora explorado coincidem com algumas das dificuldades que já haviam antecipado para a sua prática profissional. Assim, as respostas dos profissionais de saúde parecem antecipar que as dificuldades que mais diretamente interferem com o seu trabalho nos SPHB poderão estar também presentes à escala institucional. No quadro XII as categorias de resposta emergidas aparecem sistematizadas, dando-se a conhecer a sua frequência e percentagem relativa ao número total de participantes no estudo. O número de desvantagens assinaladas nesta área oscilou entre as 0 e as 2, tendo, no total, sido apenas antecipadas 12 desvantagens, distribuídas pelas 6 categorias emergidas (inclusive a “outros”/”não classificados”).

Quadro XII – Dificuldades antecipadas na Instituição Hospitalar pela presença dos DP

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS	N	%
Nenhumas	17	50
Sobrelotação dos espaços físicos	4	11,8
Ruído/confusão	2	5,9
Alteração das rotinas	1	2,9
Riscos ao nível da segurança	1	2,9
Outros	4	11,8

Tal como se pode constatar, metade do grupo de participantes explicitou não antecipar quaisquer dificuldades a um nível mais “macro”, decorrentes da presença

dos DP. Porém, 4 evocaram o contributo dos DP para o agravar das já existentes dificuldades ao nível da gestão dos espaços que, porque pequenos, antecipam que a presença dos DP possam ajudar a agravar, sobrelotando-os. Sublinhe-se que muito provavelmente, nas suas mais recentes instalações, estas mesmas dificuldades poderão não se colocar, dada a maior amplitude dos espaços (enfermarias, corredores, elevadores, salas de espera...).

Dois profissionais salientaram, ainda, o ruído e confusão acrescidos que os DP poderão trazer ao hospital aquando da sua passagem. Menor expressão tiveram as dificuldades antecipadas ao nível da segurança (n=1, antecipada pelo chefe dos vigilantes), e da alteração das rotinas do hospital (n=1). As restantes 4 respostas, pela sua ambiguidade ou carácter vago não foram passíveis de classificação, tendo sido remetidas para a categoria “outros”.

5.4 - Funções dos Doutores Palhaços

As expectativas dos profissionais dos SPHB relativamente às funções a assumir pelos DP no âmbito do seu contexto de trabalho foram exploradas neste apartado. No quadro XIII dão-se a conhecer as 8 categorias de resposta emergidas no discurso dos participantes. Uma vez mais os resultados são apresentados em termos da frequência das respostas por categoria e sua percentagem em relação ao total de participantes no estudo.

Quadro XIII – *Expectativas dos profissionais dos SPHB relativamente às funções a assumir pelos DP*

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS	N	%
Funções recreativas	16	47,1
Apoio à intervenção dos Profissionais de Saúde	11	32,4
Desmistificação do tratamento, dos Profissionais e dos contextos de saúde	8	23,5
Amenizar o ambiente hospitalar	8	23,5
Apoio emocional	6	17,6

Humanizar os cuidados	3	8,8
Promover laços	3	8,8
Auxílio aos pais	6	17,6
Outros	3	8,8

Tal como se pode constatar no quadro XIII, as funções recreativas emergem como as mais frequentes no discurso dos participantes, tendo sido apontadas por cerca de metade dos mesmos. Na ótica destes profissionais, as funções recreativas, abrangem o lúdico, o entretenimento, o brincar e o divertir tal como algumas das suas respostas ilustram:

“(...) Desde pequenos jogos (...)” (Entrevista: 3.E.CE);

“(...) a estar um bocadinho com eles, a distraí-los através de atividades (...)” (Entrevista: 5.E.NEO).

“(...) introduzir uma maior carga lúdica e de entretenimento a fim de aligeirar o ânimo das crianças(...)” (Entrevista: 15.M.IA).

Em segundo lugar (32,4% dos profissionais) surgem as funções de apoio, pelos DP, à intervenção dos profissionais de saúde:

“(...) facilitar a vida à criança e, no fundo, facilita-nos a nós, profissionais (...)” (Entrevista: 5.E.NEO);

“(...) a acalmar aquela criança, até em determinadas intervenções de enfermagem: imagine uma criança a tirar sangue que tem um certo medo, se o palhaço está a distraí-lo com qualquer coisa, a enfermeira está a picar com mais segurança” (Entrevista: 3.E.CE);

“(...) de uma forma a brincar que os vai ajudar a encarar a situação, a participar nos cuidados (...)” (Entrevista: 28.E.URG).

Constata-se, igualmente que, para 8 destes profissionais (23,5%), as funções dos DP passam pela desmistificação do tratamento, dos profissionais e dos contextos de saúde, tal como exemplificam os seguintes testemunhos:

“(...) olho para eles com um papel pedagógico importante, exatamente na desmistificação de aspetos negativos do internamento, na aceitação da doença, na adesão ao tratamento e todas essas coisas (...)” (Entrevista: 21.E.URG);

“ (...)... tirar medos, fobias relacionados com médicos e enfermeiros e tratamentos dolorosos e terão outra aceitação em relação a nós” (Entrevista: 11.E.IA.IC);

“ A criança sentir... Gostar de estar cá, não é? Não achar que isto é assim tão mau; que tem coisas boas” (Entrevista: 7.AO.IA).

Um igual número de profissionais (n=8) salientou o importante papel dos DP ao nível da amenização do ambiente da pediatria. Das suas respostas são exemplo:

“De animação e de amenizar o ambiente hostil, que isto no fundo é um ambiente hostil (...)” (Entrevista: 7.E.IA.IC);

“ (...) eu penso que, sem dúvida, eles nos irão ajudar a dinamizar, a tornar a nossa unidade mais fresquinha, mais agradável, não é? (...)” (Entrevista: 19.E.IA).

As funções de apoio emocional e o auxílio aos pais foram ambas salientadas por 6 profissionais (17,6% cada). No que se refere ao apoio emocional, o seguinte exemplo ilustra como os DP poderão intervir nesta área:

“(...) facilitadores de uma comunicação, essencialmente...sentimentos; às vezes numa brincadeira consegue-se exteriorizar sentimentos” (Entrevista: 6.E.NEO).

No que se refere ao auxílio aos pais, os DP poderão:

“ (...) ajudar os pais a compreenderem alguma coisa, porque às vezes os pais bloqueiam e não ouvem o que lhes está a ser dito na hora e depois se calhar o Palhaço consegue esclarecer algumas dúvidas(...)” (Entrevista: 31.E.CE);

“...que ajudem não só o médico e enfermeiro como a própria mãe (...)” (Entrevista: 3.E.CE).

Outra função apontada prende-se com a humanização dos cuidados, salientada por 3 participantes:

“A nível de serviço em geral, acho que se pode notar, pode haver fotografias deles, coisas decorativas espalhadas pelo serviço todo, de forma a torná-lo mais harmonioso e bonito para as crianças” (Entrevista: 11.E.IA.IC);

Adicionalmente, um profissional salientou a função dos DP na promoção de laços: “*criar um laço familiar... que seja diferente*” (Entrevista: 24.E.URG).

5.5- Articulação do trabalho DP-Profissionais SPHB

Em relação à questão: “*Como espera que seja a articulação do seu trabalho com o dos “Doutores Palhaços?”*”, as respostas dos participantes oscilaram entre a antecipação de uma articulação reduzida e elevada, tal como o quadro XIV dá a conhecer. Neste estão representados os quatro níveis de colaboração antecipada pelos participantes, em termos da sua frequência e percentagem por referência ao grupo todo.

Quadro XIV– Articulação trabalho DP-Profissionais SPHB

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS	N	%
Reduzida	1	2,9
Mediana	9	26,5
Média-Alta	13	38,2
Elevada	5	14,7
Outros	1	2,9

Tal como se pode constatar, a generalidade dos participantes antecipa de forma positiva a articulação entre o seu trabalho e o dos DP (n=37). Para 38,2%, essa articulação poderá situar-se num nível médio-alto. A este subgrupo junta-se, um outro, um pouco menos otimista (26,5%) que esperam uma articulação mediana. Entre os mais otimistas (em menor número, n=5), essa colaboração poderá ser elevada. Refira-se que apenas um inquirido espera uma articulação reduzida.

5.5.1- Situações em que a articulação DP-Profissionais SPHB poderá ocorrer:

Quanto aos momentos/situações em que a articulação é desejável ou poderá ter “espaço” para ocorrer, as respostas dos profissionais são diversas, quer em termos do seu carácter contínuo *versus* pontual, quer, em função do estado da criança/adolescente aquando da intervenção coordenada. O quadro XV ilustra essa diversidade.

Quadro XV – Situações de potencial articulação entre DP-Profissionais SPHB

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS	N	%
Auxílio na intervenção em momentos críticos (adjuvante)	12	35,3
“Preencher” as ausências dos profissionais de saúde	3	8,8
Mediação da relação - profissionais de saúde e pais/acompanhantes	2	5,9
Só quando a criança está bem/estabilizada	1	2,9
Apoio nas rotinas diárias	3	8,8
Outros	3	8,8

Mais de 1/3 do grupo de profissionais assume os DP como um adjuvante em momentos críticos de intervenção. Deles são exemplo:

“ (...) em momentos em que temos tratamentos mais dolorosos (...); se eles nos puderem acompanhar e, em simultâneo, tentar distraí-los enquanto fazemos a parte mais complicada (...)” (Entrevista: 11.E.IA.IC);

“Pode ser uma boa maneira, por exemplo, quando se está a recolher sangue ou dando as medicações (...)” (Entrevista: 37.SU.CE);

“ (...) naquelas situações em que identificamos alguma situação mais problemática, em que nós não conseguimos chegar até à criança” (Entrevista: 5.E.NEO).

Em número bastante mais reduzido (n=3) surgem as situações onde os DP se articulam com os profissionais de saúde mas de forma não simultânea, sendo o apoio

por este prestado visto no sentido de “preencher” as ausências dos profissionais de saúde. Aqui cabem as situações em que a colaboração dos DP passa por entreter, distrair a criança nos “tempos mortos” ou quando profissionais têm de se ausentar.

Em igual número (n=3) surgem as situações em que a articulação poderá surgir na execução das rotinas diárias, como por exemplo, o banho e a hora da refeição.

Adicionalmente, 2 profissionais salientaram a articulação em termos da mediação, pelos DP, da relação profissionais de saúde e pais/acompanhantes, numa tentativa de minorar o impacto negativo que muitas destas intervenções poderão ter nos últimos. Exemplo:

“(…) às vezes os pais, quando estamos a intervir numa criança, as enfermeiras querem que funcione à primeira, não têm prazer nenhum estar 3 ou 4 vezes, estamos ansiosos e muitas vezes os pais “coitadinho” acabam por criar uma maior ansiedade e por isso é que eles não querem, muitas vezes (...)” (Entrevista: 2.M.IC).

Por último, um profissional cingiu a articulação DP-Profissionais de saúde às situações em que a criança/adolescente está bem ou estabilizada, contrariando, de algum modo, a abertura que outros profissionais revelaram em relação à intervenção dos DP em momentos mais “críticos”.

5.6- Aprendizagens que esperam ocorrer em consequência da observação e trabalho em parceria com os DP

Relativamente à questão *“O que espera aprender com a presença dos DP”*, foram 3 as categorias de resposta emergidas (estratégias para lidar com crianças; estratégias para lidar com pais; competências interpessoais), tal como observável no quadro XVI. Neste, uma vez mais, dão-se a conhecer a frequência e percentagem das suas respostas, esta última por referência ao total de participantes no estudo.

Quadro XVI – *O que os profissionais dos SPHB esperam aprender com os “Doutores Palhaços”*

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS	N	%
Estratégias para lidar com Crianças	29	85,2
Estratégias para lidar com pais	8	23,5
Competências interpessoais	10	29,4
Outros	10	29,4

Claramente, a aprendizagem de estratégias para lidar com a criança/adolescente surge como a categoria mais evocada (85%). De entre as 3 subcategorias emergidas, as aprendizagens de estratégias no sentido de cativar, estabelecer uma relação de cumplicidade e facilitar a comunicação criança-profissionais de saúde aparece como a mais referida: 61,8%. Entre as estratégias evocadas surgem alguns testemunhos como:

“ (...) *algumas técnicas para os captar [as crianças] (...)*” (Entrevista: 31.E.CE);

“ (...) *a lidar melhor com as crianças, a desenvolver estratégias no contacto (...) [desenvolver a] parte mais lúdica e conversar com eles e dar alegria.*” (Entrevista:17.AO.IA).

Numa segunda subcategoria, 7 profissionais evocam estratégias para promover a cooperação do paciente pediátrico, sendo delas exemplo:

“(...) *entrar numa de brincar com a criança e ela aceitar isso de uma forma mais positiva (...)*”(Entrevista: 28.E.URG);

“ (...) *interagir melhor com as crianças, de maneira a que elas aceitem aquilo que vou fazer (...)*” (Entrevista: 2.M.IC).

No que se refere à questão dos tratamentos, 2 profissionais aludem a possíveis aprendizagens que poderão fazer com os DP no sentido de estratégias potencialmente promotoras de uma maior compreensão, pela criança, das intervenções (tratamentos, observação, exames) que lhe são feitas, ou, do próprio processo de internamento:

“(…) pode ser uma questão de estarem a dizer qualquer coisa ao menino e o palhaço ajudar a explicar, a transmitir (…)” (Entrevista: 30.AO.IC);

“(…) como eles conseguem explicar que têm que estar aqui num Hospital” (Entrevista: 5.E.NEO).

Refiram-se, ainda, os 8 profissionais (23,5%) que esperam aprender algumas estratégias que lhes permitam uma comunicação e abordagem mais fácil aos pais. A exemplo:

“ temos de aprender a gerir as dificuldades dos pais, dos adultos e avaliar certas atitudes e comportamentos dos pais (…)” (Entrevista: 3.E.CE);

“ E mesmo para lidar com os pais, não é? Não podemos esquecer que quando há uma criança internada, o pai ou a mãe também é internada...” (Entrevista: 5.E.NEO).

Por último, cerca de 1/3 destes profissionais espera desenvolver algumas competências comunicacionais com os DP. Delas são exemplo:

“(…) criar um ambiente mais agradável” (Entrevista: 24.E.URG);

“(…) aprendermos a sermos mais comunicativos, mais alegres” (Entrevista: 27.AO.NEO).

5.7- Integração dos DP na equipa de cuidados pediátricos

Na presente entrevista foi igualmente averiguado em que medida é que, para estes profissionais, poderia fazer sentido assumir a figura dos DP como mais um elemento da equipa que presta cuidados à criança. Foi solicitado aos participantes que respondesse afirmativa ou negativamente a esta questão e, em caso afirmativo, que cotassem de entre 1- “Não faz nenhum sentido” e 10 - “Faz todo o sentido”, o quão concordantes estariam com essa possibilidade. Tal como se pode observar no gráfico 2, 38,2% responderam com a cotação máxima (nível 10), correspondendo à total concordância com esta hipótese. Outros 6 profissionais (17,6%) atribuíram o valor 8; sendo que 5 (11,8%) ficaram no valor intermédio da escala (nível 5). O menor nível de concordância surgiu no nível 6 e em apenas um dos profissionais. Em termos do grupo global, a média das respostas dos participantes situou-se no nível 8,1. O gráfico seguinte evidencia a respostas numéricas dadas pelos participantes:

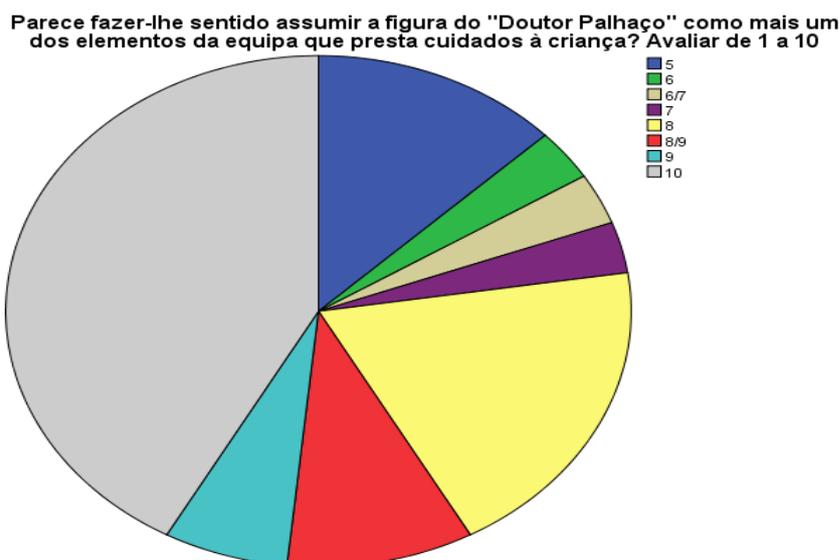


Gráfico 2: Nível de concordância dos profissionais dos SPHB relativamente à possibilidade da integração formal dos DP na equipa de cuidados pediátricos

5.8- Mudanças esperadas nos próximos 2 anos em resultado da intervenção dos DP

Neste ponto, o objetivo foi explorar que mudanças antecipavam estes profissionais dois anos após o início da colaboração dos DP. Explorou-se, por um lado, este impacto no contexto específico dos SPHB – alvo privilegiado da intervenção dos DP - e, em termos mais amplos, no HB no seu todo.

5.8.1 - Mudanças previstas nos SPHB nos próximos 2 anos em consequência da presença dos DP

Quadro XVII – Mudanças esperadas nos SPHB dois anos após o início da intervenção dos DP

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS	N	%
Melhoria da qualidade do ambiente dos SPHB	11	32,4
“Cuidar a brincar”	4	11,8
Promoção da imagem dos Serviços de Pediatria no exterior do Hospital	3	8,8
Experiências mais positivas no contacto com os SPHB	16	47,1
Humanização dos serviços prestados	6	17,6
Outros	6	17,6

No que se refere às mudanças que esperam encontrar em resultado da intervenção dos DP no contexto específico dos SPHB, 47,1% dos profissionais esperam experiências mais positivas por parte das crianças/adolescentes e suas famílias, experienciando um maior bem estar e uma maior aceitação em relação ao seu atual internamento e “encontros” futuros com o mesmo. Seguidamente, 32,4% dos profissionais esperam uma melhoria da qualidade do ambiente hospitalar, defendendo que o ambiente:

“[daqui a 2 anos] *será mais leve, mais descontraído; será um ambiente muito mais de acordo com a criança*” (Entrevista: 28.E.URG);

“(...) *um serviço mais sorridente(...)*” (Entrevista: 2.M.IC).

Neste âmbito, 17,6% esperam encontrar uma maior humanização dos serviços prestados, antecipando-se um “*cuidar melhor das crianças*” (Entrevista: 12.M.IA); (...) *uma maior sensibilização em relação ao bem estar emocional da criança*” (Entrevista: 11.E.IA.IC).

Quatro profissionais apontaram a promoção de práticas onde o recurso ao lúdico na prestação dos cuidados passe a ser uma realidade (o “cuidar a brincar”) a médio prazo, em resultado da presença dos DP nos SPHB. Exemplos:

“ (...) *trazer a brincadeira para o cuidar*” (Entrevista: 28.E.URG);

“(...) *viram que deu resultado [com os palhaços] e tentar brincar com eles [criança] também*” (Entrevista: 31.E.CE).

Três profissionais apontaram, ainda, a promoção da imagem dos SPHB no exterior do Hospital, como por exemplo: “*é toda a imagem, uma imagem que vai ser valorizada da qualidade dos cuidados que se prestam na instituição (...)*” (Entrevista: 3.E.CE);

“... *transmissão da ideia de que o HB, a Pediatria conta com a presença do DP e que as crianças quando estão internadas que ficam felizes realmente por saberem que têm um palhaço lá para as animar e para brincar e que a pediatria não é só choro e dor*” (Entrevista: 19.E.IA).

5.8.2- Mudanças esperadas no HB nos próximos 2 anos, em consequência da presença dos DP

Quadro XVIII – Mudanças no HB em resultado de uma colaboração de 2 anos dos DP

CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS	N	%
Melhor imagem externa do HB	2	5,9
Melhor imagem interna	3	8,8
Humanização dos serviços prestados	6	17,6
Diminuição dos custos	2	5,9
Solicitação da presença dos DP noutros serviços do HB	3	8,8
Melhoria generalizada do ambiente hospitalar	8	23,5
“Não sei/ Não me ocorre”	1	2,9
Outros	4	11,8

Das mudanças esperadas para o HB em geral, 8 profissionais (23,5%) apontaram a melhoria generalizada do ambiente hospitalar, antecipando a existência de um ambiente de maior alegria e boa disposição, como ilustra o testemunho seguinte:

“ vai haver muito mais alegria ” (Entrevista: 27.AO.NEO);

Dois profissionais referiram também uma melhoria da imagem externa do HB, sendo que 3 apontam como uma possível mudança a melhoria da imagem dos SP no próprio interior do HB. Dois profissionais apontaram, também, a diminuição dos custos, salientando algumas questões como:

“ (...) gasta-se menos agulhas, porque de uma picada faz-se logo tudo; gasta-se menos adesivo, porque não é preciso prender tanto a criança (...); gasta-se menos tempo, porque é mais rápido fazer os procedimentos; (...) e se calhar a criança come melhor a comida hospitalar e a mãe não precisa de comprar um iogurtezinho especial; também, se calhar, o antibiótico que tinha de ser mais agressivo porque a criança estava mais deprimida, ou para fazer face a uma infeção,

não precisa de tanto porque estando bem-disposta, a imunidade aumenta e não necessita de fármacos, também é um custo, e por aí fora...” (Entrevista: 3.E.CE);

“Acho que será bom para a instituição até em termos em redução do tempo de internamento (...) uma pessoa que se sente bem mais depressa recupera”(Entrevista: 5.E.NEO).

Outra categoria apontada é a humanização dos serviços prestados, sendo que 6 profissionais (17,6%) apontam um serviço mais atento e “ligado” às pessoas. De referir, ainda, que, dadas as vantagens que a presença dos DP poderá trazer em termos de bem estar e saúde dos seus utentes e cuidadores, 3 profissionais referem que poderá haver alguns pedidos por parte de outros serviços do HB, solicitando a presença dos DP, designadamente na ala geriátrica.

CAPITULO VI – DISCUSSÃO DE DADOS

Após a apresentação dos resultados, passaremos à sua discussão e apreciação crítica, tendo como referência algumas grelhas teóricas apresentadas no início deste trabalho, bem como dados empíricos emergidos noutros estudos da área, no sentido de comparar e/ou complementar com os dados obtidos na presente dissertação.

Por questões de organização, a discussão dos resultados será feita de acordo com a sequência das perguntas que integram o guião da entrevista em que se fundou este estudo. Assim, começar-se-ão por abordar as representações dos profissionais dos SPHB relativamente à ONV e ao trabalho dos DP (sua “missão”, *modus operandis*, formação dos artistas) debruçando-nos, posteriormente, sobre as suas expectativas relativamente a aspetos como as mais-valias/vantagens associadas à presença dos DP junto dos seus diferentes alvos e contextos; as dificuldades e mudanças (a médio prazo) antecipadas com esta presença; as aprendizagens decorrentes da observação e colaboração com o trabalho dos DP; ou, a articulação entre a intervenção dos DP e a dos outros profissionais dos SPHB.

6.1- Representações dos Profissionais dos SPHB relativamente à ONV e intervenção dos DP

Segundo (Moscovici, 1984) e Vala (1997), as representações apresentam-se de formas variadas, mais ou menos complexas, que condensam entre si um conjunto de significados. São também sistemas de referência que nos permitem interpretar o que nos sucede, dar sentido ao inesperado, clarificar as circunstâncias dos fenómenos e dos indivíduos com quem estamos relacionados. São, de acordo com Moscovici (1984), uma forma de interpretar e pensar a nossa realidade quotidiana, podendo servir como base para a perceber e interpretar, bem como para orientar o

comportamento dos indivíduos. Por sua vez, Vala (1997) aponta que as representações exprimem a relação do indivíduo com um objeto, relação essa que implica uma atividade de construção, de modelização e de simbolização; ou seja; uma representação não é um reflexo de um objeto, mas, um produto de um confronto da atividade mental de uma pessoa e das relações complexas que mantém com esse mesmo objeto.

No caso concreto dos profissionais que integraram o presente estudo, as suas representações relativamente à ONV, ao trabalho desenvolvido pelos seus artistas e à futura colaboração desta associação com os SPHB surgem, entre cerca de 1/3 deles, como algo difusas, numa fase inicial da entrevista, dado o facto de vários deles terem tido conhecimento desta colaboração pouco tempo antes da sua participação na mesma. Alguns deles, inclusive, não tiveram acesso a qualquer informação sobre esta colaboração. Apesar de, nestes casos, o total desconhecimento desta situação, da reduzida informação existente a este propósito, e/ou do seu carácter recente, os dados recolhidos junto deste grupo dão a conhecer uma elevada receptividade à entrada dos DP nos SPHB, e um acolhimento caloroso da sua futura presença por grande parte dos profissionais que participaram no estudo. Mais concretamente, 79% dos profissionais acolheu-a “*muito bem*” (n=14) e “*bem*” (n=13). Expressões como: “*Acho uma ótima ideia, tanto para nós como para as crianças que estão cá*” ou “*Muito bem! Os DP vão trazer melhor dinâmica, mais aceitação*” são ilustradoras da clara abertura à colaboração que em breve iria iniciar-se.

A par da elevada “adesão” de uma significativa parte dos profissionais a esta nova parceria, constatou-se a ausência de respostas que denotassem algum tipo de rejeição, indiferença e/ou desconfiança ou ceticismo relativamente à mesma. Mesmo de entre as respostas classificadas como “outros” tais resistências não aparecem no discurso dos entrevistados, traduzindo algumas delas, inclusive, alguma curiosidade/expetativa em relação a esta colaboração (sem traduzir, necessariamente, a aprovação da mesma). Refira-se, no entanto, que para alguns profissionais deste grupo (n=4), a abertura e aceitação relativamente ao trabalho dos DP é contextualizada, ou seja; antecipam a sua intervenção como assumindo uma relevância diferenciada em função dos alvos (e.g. idade, tipo de patologia...) e/ou

das características dos contextos onde essa intervenção tem lugar (e.g. “*acho que tem um aspeto muito positivo, mais ligado ao IPO e mais no internamento do que na consulta*”).

O discurso encontrado entre este pequeno grupo de profissionais replica, de algum modo, a elevada aceitação e reconhecimento que habitualmente os grupos de palhaços de hospital recolhem da parte das instituições hospitalares onde desenvolvem o seu trabalho, “co-habitando” com algumas resistências pontuais, quer por parte de alguns profissionais que genericamente discordam da sua presença - porque a assumem como intrusiva -, quer por aqueles que identificam algumas desvantagens/”ameaças” pontuais, ligadas a questões como as rotinas hospitalares, a aplicação de determinados procedimentos ou a sobrelotação dos espaços (Vagnoli *et al.*, 2005).

A este propósito, autores como Caires e colaboradores (2011) ou Vagnoli e colaboradores (2005), referem que, nos últimos anos, a larga difusão de associações de palhaços de hospital deve-se, em grande parte, ao crescente reconhecimento por daqueles que conhecem mais de perto o seu trabalho (instituições de saúde, seus utentes e profissionais), e da sociedade em geral, em consequência da relevância do trabalho desenvolvido por estes profissionais, não apenas junto do paciente pediátrico, mas, também, da sua família/acompanhantes, profissionais de cuidados e das instituições hospitalares. Os ganhos salientados por alguns estudos nesta área ao nível do bem estar, cooperação com os tratamentos, recuperação, e, entre outros, da qualidade do ambiente hospitalar (Araújo & Oliveira, 2008; Masetti, 2003; Melo, 2007; Vagnoli *et al.*, 2005) parecem também eles contribuir para a elevada e alargada recetividade que, por norma se observa, em relação à intervenção dos palhaços de hospital.

Assim, no caso concreto da ONV, tratando-se de uma associação com uma colaboração com alguma longevidade (e de carácter contínuo) em vários hospitais do Centro e Norte de Portugal; fortemente “acarinhada” pelos meios de comunicação social e por alguns protagonistas do cenário mediático português, depreende-se que a imagem bastante positiva que lhe tem associada poderá contribuir de forma significativa para a expressiva abertura revelada por este grupo de profissionais. Para

além do mais, será importante referir que o presente hospital aguardou 6 anos pelo início desta colaboração, a qual foi pedida pela direção dos SPHB, que ainda hoje se mantém. Mediante esta conjuntura, a relação do indivíduo com um objeto (neste caso, a dos profissionais dos SPHB com a ONV) de que nos fala Vala (1999) é, entre a generalidade dos participantes deste estudo, positiva.

Quando nos reportamos à questão que visa explorar através de que meios é que estes profissionais de saúde conheceram o trabalho desenvolvido pela ONV e seus artistas, verifica-se que os meios de comunicação social, particularmente a televisão, emergem como veículos privilegiados de acesso a esta informação (62% dos participantes). Neste domínio, as reportagens realizadas sobre o assunto, ou algumas campanhas de divulgação das iniciativas desenvolvidas pela ONV (principalmente na época natalícia) destacaram-se como principais fontes. Em menor número, surgiram os testemunhos de profissionais que já haviam contactado diretamente com o trabalho dos DP noutros Hospitais; por intermédio de amigos com experiência de hospitalização dos filhos; em congressos; ou, através das TIC (site da ONV e *facebook*). Realçamos, ainda, o fato de que cinco (14,7%) destes profissionais não conhecia o trabalho desenvolvido pela ONV, o que, logo à partida, poderá ter tornado mais difícil a resposta às questões abarcadas pela restante entrevista.

A exploração realizada junto destes profissionais relativamente à formação dos DP, sua profissão de origem ou estatuto profissional (assalariado/não assalariado) revelou um desconhecimento bastante acentuado nesta área, constatando-se distorções várias nas suas respostas (e.g. alguns DP são médicos, voluntários...), e uma elevada percentagem de abstenção na resposta a estas questões. Ou seja, vários profissionais, pelo facto de nunca terem tido acesso a tais informações, optaram por não responder e/ou declararem a sua “ignorância” em torno destes aspetos. Os resultados encontrados entre este grupo de profissionais parece, de algum modo, replicar um cenário mais amplo, não apenas reportado à comunidade hospitalar mas, também, à população em geral. No seio das mesmas, o desconhecimento ou distorção acerca de quem é o DP (e.g. qual a sua área profissional; que formação detém para trabalhar em contexto hospitalar; qual o carácter do seu trabalho: voluntário/remunerado, amador/profissional...), cerca de

nove anos após o início da sua atividade, e com alguma visibilidade nos meios de comunicação social, parecem-nos ainda bastante acentuados, julgando-se que esta poderá ser uma questão a refletir no seio da associação, em termos de estratégias de comunicação e imagem.

6.2- Expetativas dos profissionais dos SPHB relativamente à entrada dos “Doutores Palhaços”

Arnkoff, Glass e Shapiro (2002; cit. por Baptista, 2010) identificam dois tipos primários de expetativas: as expetativas de papel e as expetativas de resultado. As expetativas de papel referem-se a padrões ou comportamentos vistos como apropriados ou esperados de uma pessoa que ocupa uma posição em particular. A título de exemplo, e reportando-nos ao contexto de saúde: os pacientes têm uma expetativa de papel em relação ao terapeuta (o que cuida, diagnostica, trata...) e a eles próprios (o que é cuidado, que é alvo de tratamento, que segue as orientações médicas...). Relativamente às expetativas de resultado, estas referem-se à eficiência esperada pelo paciente e que pode incluir coisas como: a probabilidade de melhorar, de reduzir os sintomas, a duração da terapia e a duração esperada antes de se começarem a ver melhoras (Baptista, 2010). No presente trabalho, quer a expetativa de papel (e.g. funções do DP nos SPHB, que tipo de articulação poderão estabelecer com os DP, resultado do trabalho desenvolvido pelos DP), quer a expetativa de resultado (e.g. mais-valias/desvantagens/aprendizagens decorrentes da observação ou colaboração com os DP) foram alvo de exploração.

Na segunda parte da entrevista, tal exploração centrou-se na antecipação, pelos profissionais, das mais-valias e desvantagens/riscos inerentes à presença dos DP nos SPHB, junto (i) das crianças/adolescentes; (ii) dos pais/acompanhantes; (iii) profissionais de saúde; e (iv) do HB, de forma mais global. Neste apartado, discutem-se os resultados obtidos no presente estudo em confronto com as evidências recolhidas noutros estudos da área.

No que respeita às *vantagens da intervenção dos DP junto das crianças/adolescentes*, as respostas dos participantes salientaram a dimensão lúdica

da sua intervenção - servindo objetivos como a distração e o “alegrar” do paciente pediátrico (com especial ênfase na criança) -; os contributos da intervenção dos DP para a amenização do internamento pediátrico e dos tratamentos recebidos; bem como, a minoração do impacto emocional negativo que a condição clínica, tratamentos e internamento poderão ter sobre a criança/adolescente.

Uma percentagem considerável destes profissionais (78,6%) sublinhou as vantagens resultantes da presença dos DP ao nível do entretenimento da criança e/ou da intervenção ludico-recreativa. Para estes, a presença dos DP tem como uma das principais mais-valias o distrair, o brincar, o alegrar a criança, bem como criar um espaço de ludicidade, brincadeira, diversão e riso. O fato dos DP brincarem com as crianças, de as distraírem, trazendo alegria, introduzindo uma maior carga lúdica no quotidiano da criança hospitalizada é, pois, apontado como uma das vantagens mais recorrentemente evocadas.

A redução do tempo de espera/”marasmo” no internamento ou nas salas de espera foi também apontado por uma razoável percentagem de profissionais (40%), antecipando estes que a presença dos DP poderá aumentar a tolerância e cooperação dos utentes (paciente pediátrico e seus pais/acompanhantes) nos momentos de espera. Cerca de 1/3 deste grupo (35,3%), destacaram, também, as vantagens desta presença ao nível da amenização do internamento. Em igual número, surgiram os participantes que apontaram a presença dos DP como promotora de experiências mais positivas de hospitalização, tornando-a menos desagradável e/ou “traumática”, e dando lugar a representações, pela criança, do hospital como um ambiente menos hostil. As expectativas manifestadas por este grupo de profissionais vão, de algum modo, ao encontro do trabalho de Wuo (1999), que aponta igualmente para o atenuar, pelos palhaços de hospital, dos traumas potencialmente causados pelo internamento. Neste contexto, a presença dos palhaços pode ser “transformadora”, convertendo alguns elementos negativos da doença e da hospitalização em elementos (ou momentos) positivos, representando, tal como afirma a autora, a transição da angústia para a alegria. A esta poderá somar-se aquilo que Masetti (2003) propõe como sendo a quebra da lógica da previsibilidade e o criar de novas relações entre as situações,

novas perspectivas sobre a realidade vivida, ao propor soluções invulgares para uma determinada situação.

Segundo Moreira (2005), a transformação ocorre por que a criança, ao ver a sua realidade pelos olhos do palhaço, consegue desconstruir e reconstruir as suas representações sobre a mesma, um novo olhar sobre a doença, a hospitalização e muito do que envolve esta realidade. Através do olhar do palhaço, consegue, inclusive, descobrir, por exemplo, o divertimento nos aparelhos e procedimentos médicos. Tal como ilustra a autora, através deste novo olhar, o soro passa a ser batido de chocolate; as cadeiras de rodas passam a ser veículos de corridas; e, os aparelhos de radioterapia, rádios com música para dançar. Assim, tal como referem Valladares e Carvalho (2006), através de uma abordagem lúdica, os palhaços parecem contribuir para a neutralização de alguns dos fatores emocionais negativos associados à doença e à hospitalização, exercendo um efeito preventivo uma vez que ajudam a evitar o emergir e/ou instalação de algumas disfunções, designadamente os “traumas” de que nos fala Wuo (1999). As evidências e leituras propostas pelo trabalho destes autores parecem permitir-nos leituras consonantes no que se refere às expectativas dos profissionais entrevistados.

Uma outra vantagem largamente enunciada (por 58,8% dos participantes) prendeu-se com os contributos da presença dos DP para a “*amenização do tratamento*”, designadamente ao nível da sua desmistificação e da diminuição dos medos e comportamentos de evitamento e baixa cooperação com os profissionais de saúde (as “batas”). Assim, na sua ótica, a presença dos DP poderá contribuir para o atenuar da ideia dos profissionais de saúde como pessoas distantes, que vão magoar a criança, tal como um dos testemunhos anteriormente citados claramente ilustra: “*além das crianças terem uma perspectiva diferente do que é um médico, um enfermeiro, um profissional do hospital, para que elas tenham uma perceção diferente de nós ... de quem veste uma bata branca ser uma pessoa que dá picas e que faz mal, de ter uma forma diferente de ver as coisas (...) o facto de eles [os DP] terem aquela forma divertida de interação com as crianças, de lhes fazerem mudar um bocadinho essa opinião, ter uma perceção diferente daquilo que nós somos, do*

que fazemos, que não somos só aqueles que dão picas e que dão remédios, mas que também somos aqueles que estamos ali para os ajudar quando eles têm mau-estar”.

Assim, tal como também defendem Masetti (2003) ou Melo (2007), a intervenção dos DP parece contribuir para a promoção da melhoria da comunicação e da qualidade das interações estabelecidas, tornando-a mais “fluida” como refere Almeida (2000, apud Braga & Toledo, s/data). Tais melhorias poderão conduzir, segundo evidências destes estudos, a uma mudança positiva no comportamento, a uma maior colaboração com exames e tratamentos, ou uma maior aceitação de determinados procedimentos.

Outro aspeto que se destacou no discurso dos profissionais entrevistados, ao nível da *amenização do tratamento*, foi o contributo dos DP na diminuição das dores associadas à condição clínica do paciente ou à aplicação de tratamentos invasivos (n=5). Nestes casos, a menor dor experienciada parece estar associada ao facto da criança/adolescente conseguir uma maior abstração dos tratamentos a que está a ser sujeito, pelo facto de estar “focada” na sua interação com os DP. Assim, o desvio da sua atenção para outro alvo, neste caso os DP, poderá tornar levar a que tais procedimentos sejam experienciados como menos dolorosos. A mudança de foco de que nos falam Lima e colaboradores (2007), poderá, pois (pelos menos parcialmente), ajudar a explicar os efeitos “amenizadores” que a presença dos palhaços poderá trazer nestes momentos, as quais foram igualmente evidenciadas no estudo realizado por Araújo e Guimarães (2009), com crianças e adolescentes com doença oncológica, ou, no estudo de Bem-Pazi, Cohen, Koyzer-Shapira e Polak (2011) com crianças com paralisia cerebral submetidas a injeções de Botox. No âmbito do estudo de Araújo e Guimarães, o contacto com os palhaços coorelacionou-se com uma maior abstração da dor e a redução de sensações físicas desagradáveis, entre elas as náuseas associadas aos tratamentos. No estudo de Bem-Pazi e colaboradores (2011), a diminuição das dores entre estas crianças foi também evidente.

As mais-valias relativamente ao impacto emocional positivo que a intervenção dos DP poderá ter sobre a criança /adolescente foram também assinaladas (41,1%). Segundo a expectativa destes profissionais, a presença dos DP

poderá contribuir para a diminuição da tristeza (e nalguns casos depressão), medo e/ou ansiedade despoletados pela sua situação clínica, internamento ou outras experiências de adversidade vivenciadas no processo de hospitalização.

A presença dos DP foi igualmente apontada como potenciadora de processos de catarse/ventilação emocional, em que “ *a criança pode libertar-se de muita coisa que naquele momento não está a conseguir*”. Assim, a expectativa destes profissionais parece ser a de que, através de uma abordagem lúdica, onde o rir, o desabafar e o libertar algumas tensões acumuladas encontram lugar se poderá fazer diminuir o impacto emocional negativo da experiência vivida em contexto hospitalar. Nesta mesma linha, Wuo (1999) defende que o intenso prazer experienciado pelas crianças nas suas brincadeiras com os palhaços decorre não simplesmente do prazer de brincar, mas, também, do facto de, ao brincar, encontrarem um meio de catarse e de domínio da sua angústia. Masetti (2003) assume também o riso e o humor como aspetos determinantes na recuperação física e equilíbrio emocional do paciente pediátrico. Segundo a autora, o humor surge como um recurso importante no confronto com a doença, uma vez que permite o acesso a factos que, tal como afirma “...*por obstáculos pessoais, não poderiam se revelar de forma aberta e consciente*” (p.51). O acesso a estes permite a posterior recondução da energia despendida para lidar emocionalmente com a doença para outros aspetos importantes à sua recuperação física. Assim, a presença dos DP, ao permitir que a criança se “liberte” das emoções negativas associadas ao processo em curso, parece torná-la mais “disponível” para a recuperação.

Ao olhar destes autores e dos profissionais que participaram no nosso estudo acrescentam-se as evidências recolhidas por outros investigadores na área, que apontam melhorias decorrentes da presença dos DP ao nível da disposição e atitude do paciente pediátrico (mais calmo, mais feliz, com maior aumento autoestima, mais otimista...); o aumento da expressão de emoções como o riso, alegria e humor, ou; o incremento da perceção de controlo (Fernandes & Arriaga, 2010; Kingsnorth *et al.*, 2010; Masetti, 1998; Melo, 2007), todos eles importantes para a recuperação do paciente pediátrico e para a diminuição das “sequelas emocionais” que os processos

de doença e hospitalização e de todas as experiências associadas (e.g. de dor, medo, angústia, perda de controlo...) potencialmente deixam ficar.

Numa análise global às vantagens apontadas pela presença dos DP junto do paciente pediátrico, verificamos que é (quantitativa e qualitativamente) amplo o leque de expectativas destes profissionais relativamente ao seu contributo. De entre estas, a amenização das experiências (físicas e emocionais) vividas pela criança em contexto hospitalar e do “importar” de uma componente lúdica e recreativa para este cenário, rumo a uma maior humanização dos cuidados pediátricos, merecem particular destaque, indo estas ao encontro de alguns dos objetivos estruturantes da ONV ao nível da intervenção dos seus artistas.

Relativamente às *vantagens junto dos pais/acompanhantes*, as expectativas partilhadas por estes profissionais apresentaram vários elementos próximos ao salientado para o paciente pediátrico, designadamente ao nível do entretenimento/recreação, da promoção da qualidade da vivência hospitalar, e da amenização e apoio à gestão das vivências emocionais associadas à hospitalização e à condição clínica do filho(a). Cerca de 1/3 destes profissionais (38,2%) fizeram referência ao “contágio” positivo de que são alvo estes pais quando os DPs estão capazes de gerar alguns momentos de alegria e bem estar ao seu filho/a.

Assim, de acordo com a sua leitura, estes pais, ao verem os filhos bem dispostos, felizes, tranquilos, acabam por experimentar sensações e emoções semelhantes.

Adicionalmente, os ganhos antecipados para os pais abarcaram, também, os maiores níveis de satisfação relativamente aos cuidados prestados ao seu filho(a), e também, em termos mais práticos, à sua “libertação” para a resolução de questões que exijam a sua ausência por curtos períodos de tempo.

Tal como se pode verificar pelas suas respostas, as expectativas expressas parecem refletir conceções dos DP como agentes cuja intervenção e impacto vão muito além da própria criança. O seu “encontro” é, também, com os pais e encerra uma multiplicidade de mais-valias, à semelhança do que vários outros investigadores têm vindo a evidenciar (e.g. Fernandes & Arriaga, 2010; Golan *et al.*, 2009; Masetti,

2003; Vagnoli *et al.*, 2005). No presente estudo, a intervenção dos DP é antecipada como potencialmente promotora da sanidade mental destes pais – ao proporcionar momentos de descompressão, entretenimento, ventilação emocional, ou, vivência conjunta e a partilha, com o seu filho/a, de momentos emocionalmente significativos, e como facilitadora, mesmo que momentaneamente, da gestão e/ou alheamento, das inúmeras solicitações, tensões e emoções associadas a este processo. A par dos ganhos diretos para os pais, os profissionais deste estudo, já nesta questão (focada nas mais valias para os pais), parecem conseguir antecipar alguns dos ganhos “colaterais” que a presença dos DP poderá ter para os próprios profissionais e para a instituição hospitalar. Assim, na sua ótica, pais mais “bem-dispostos”, menos stressados, mais satisfeitos com os serviços e cuidados prestados poderão contribuir para aumentar o nível da qualidade do ambiente vivido nos SPHB, da comunicação estabelecida, e dos níveis de cooperação existentes entre pais e profissionais de saúde.

Em relação às mais-valias/vantagens diretamente exploradas junto destes profissionais no que se refere a si próprios e ao seu desempenho profissional, a melhoria da qualidade da vivência hospitalar, o auxílio às suas práticas e as vantagens mais ligadas à sua própria gestão emocional emergiram de modo mais recorrente no seu discurso.

De entre as potenciais vantagens identificadas, o auxílio à sua prática emergiu como a categoria mais evocada, com especial destaque para a subcategoria referente ao auxílio que os DP poderão dar no sentido da facilitação da realização de alguns procedimentos e/ou na aplicação de tratamentos mais “críticos”. De referir que 50% dos médicos/as e 80% dos enfermeiros/as entrevistados fizeram alusão a estes aspetos. Nestes casos, os profissionais de cuidados parecem ver na figura do DP “parceiro” e/ou coadjuvante no desempenho das suas funções, funcionado como um facilitador da intervenção. Tais expectativas vão, aliás, ao encontro de evidências recolhidas noutros estudos (e.g. Oliveira & Oliveira, 2008; Masetti, 2003; Goshen, Ruimi, Bikov, Garti, Halevy & Koren, 20011) onde o palhaço aparece como um significativo promotor dos níveis de cooperação da criança.

A libertação destes profissionais da sobrecarga de trabalho foi também referenciada, assim como a ampliação do seu leque de estratégias para lidar com as crianças/adolescentes aquando da sua intervenção junto das mesmas. Destaquem-se, ainda, os esperados contributos, por parte destes profissionais, relativamente à gestão das suas próprias emoções, não só no sentido da diminuição do stresse e pressão vivenciados no seu dia a dia (através de alguns momentos de “boa disposição” ou da promoção da colaboração das crianças e seus pais), mas também, no sentido de lidar com algumas das emoções “dolorosas” associadas ao testemunhar, nalguns momentos, do acentuado sofrimento vivido entre crianças e seus pais/família. A expressão *“criança a rir o profissional fica melhor”* parece traduzir bem as expectativas destes profissionais relativamente ao contributo que os DP poderão dar nesta área.

Por seu lado, a categoria alusiva à melhoria da qualidade da vivência hospitalar abarcou a amenização do ambiente hospital e a mediação, pelos DP, da relação dos profissionais com os pais/acompanhantes da criança. Esta expectativa é consonante com aquilo que outros estudiosos têm vindo a evidenciar nesta área. Por exemplo, Golan e colaboradores (2009), na sua revisão da literatura sobre os efeitos do humor no contexto hospitalar, fazem alusão a algumas evidências que apontam os efeitos mais generalizados e prolongados da intervenção dos PH ao nível da comunicação e da qualidade do ambiente hospitalar. Joaquim (2007) salienta, também, o facto de o humor promover a criação de laços entre as pessoas (crianças-cuidadores, pais-profissionais, e entre os próprios profissionais). Masetti (2003, p.51), a este propósito, afirma também que *“o sorriso, como ponto de encontro entre palhaço e as demais pessoas, transforma-se em lugar de ação porque este processo resulta em uma conduta ativa, de aumento de potência do paciente e das outras pessoas”*, entre eles os pais e os diferentes profissionais que exercem as suas práticas em contexto hospitalar.

Num outro apartado, foi solicitado um olhar mais “amplo” destes profissionais em relação às potenciais *vantagens dos DP na instituição hospitalar*, ou seja, para além dos próprios SPHB. A este nível, a maior percentagem de

profissionais referiu o potencial contributo em termos da amenização do ambiente hospitalar e, seguidamente, a melhoria da imagem externa e interna da instituição.

Tais vantagens são também salientadas por Masetti (2003), que concebe a intervenção dos PH como promotora de novas relações, sendo com isso capaz de alterar a perceção do que ocorre no hospital. Este, por exemplo, quebra a lógica da previsibilidade ao propor novas situações como seja o multar uma maca por excesso de velocidade. A sua presença possibilita a perceção dos factos de uma nova perspectiva e isso amplia a compreensão da realidade construída, diminuindo, muito provavelmente, os sentimentos negativos de insegurança, impotência, perda de controlo frequentemente associadas a estes processos (Fernandes & Arriaga, 2010; Joaquim, 2007; Kingsnorth *et al.*, 2010; Masetti, 1998).

De salientar, ainda, a potencial diminuição dos custos hospitalares em resultado da presença dos DP salientada no testemunho de um destes profissionais: *“(...)a nível da profilaxia da dor, a criança que estiver mais tempo entretida, ocupada, se calhar a dor vai passar a ser moderada, se tiver de ser administrada uma medicação de x em x horas, aumentamos esse intervalo de tempo. Podemos ter menos gastos”*.

Olhando as *dificuldades* antecipadas por estes profissionais em resultado da presença dos DP nos SPHB junto das crianças/adolescentes; pais/acompanhantes da criança; profissionais de saúde; e, da instituição hospitalar em termos mais globais, verifica-se um cenário algo distinto, designadamente em termos da quantidade e diversidade dos seus *inputs*. Ou seja, em termos globais, foi menor o leque de dificuldades antecipadas e, foi também a média de respostas por profissional, tendo, inclusive, alguns explicitando não antever qualquer tipo de dificuldade associada a esta colaboração. O presente cenário espelha, tal como anteriormente referido, a grande abertura habitualmente existente entre a comunidade hospitalar relativamente à presença dos palhaços. Existem, no entanto, alguns obstáculos e/ou resistências, mesmo que pontuais, tal como as encontradas por Vagnoli e colaboradores (2005) entre alguns profissionais de saúde. No presente estudo, as principais dificuldades apontadas surgiram associadas à criança, salientando-se, em particular, as situações de medo ou pânico em relação à figura do palhaço e/ou a resistência à sua presença pelo facto de se encontrar em sofrimento. Por outro lado, no que se refere aos

adolescentes, as desvantagens apontadas prenderam-se com o facto de estes poderem encarar a figura e as brincadeiras dos DP com uma “criancice”. Outros fatores alheios ao próprio paciente pediátrico foram apontados, designadamente o seu quadro clínico que, por exemplo, no caso de uma doença infetocontagiosa poderá impedir a presença dos DP ou fazer perigar a saúde do paciente, dada a sua maior exposição a agentes nocivos.

Relativamente, às *dificuldades antecipadas junto dos pais*, metade do grupo entrevistado não vislumbrou quaisquer desvantagens ou dificuldades nesta área. No entanto, de entre as dificuldades referidas surgiu a perceção, pelos pais, de que a presença e brincadeiras dos DP poderão representar falta de respeito/desconsideração pela situação de doença e/ou sofrimento vivido pelo seu filho/a. Outra dificuldade antecipada prendeu-se com o próprio temperamento dos pais, ou, a antipatia/medo pela figura do palhaço, tornando-os menos recetivos à presença e brincadeiras dos DP.

No que respeita às *dificuldades apontadas junto dos profissionais de saúde*, verificou-se, mais uma vez, que cerca de metade dos profissionais entrevistados não vislumbraram quaisquer dificuldades. O restante grupo apontou dificuldades ao nível das práticas destes profissionais, designadamente à interferência nas rotinas dos SPHB e a perturbação gerada pela sua presença, quer, por exemplo, pelo ruído e excitação causada na criança ou pela interrupção de alguma interação ou procedimento que estaria em curso no momento da entrada/intervenção dos DP.

Adicionalmente, alguns profissionais anteciparam dificuldades na articulação de papéis e intervenções entre estes profissionais e os DP. Em cerca de 1/5 deste grupo, a pouca articulação antecipada foi apontada como podendo decorrer da resistência/falta de abertura de alguns profissionais relativamente à presença ou trabalho desenvolvido pelos DP. Um menor número de profissionais (n=3), antecipou a pouca articulação prevista como decorrendo da falta de tempo dos profissionais para se envolverem noutras coisas que não as ligadas às suas funções específicas. A intrusão de papéis também foi apontada, sendo que um dos médicos refere que: “*pode haver uma certa colisão de interesses*”.

No campo da análise das *dificuldades ao nível do HB*, o cenário anterior manteve-se, ou seja, metade dos entrevistados referiu não antecipar quaisquer dificuldades. A outra metade apontou dificuldades ao nível da sobrelotação dos espaços físicos, sendo que, provavelmente, esta dificuldade não fará sentido nas novas instalações do HB, dada a maior amplitude dos espaços (enfermarias, corredores, elevadores, salas de espera...). Apenas um dos profissionais salientou o ruído e confusão acrescidos que a presença dos DP poderá trazer ao HB, por todos os locais por onde passe, bem como a alteração das rotinas hospitalares. Um dos participantes (vigilante) referiu eventuais ameaças à segurança do hospital dado se tratar de mais um elemento estranho à instituição.

No quadro das *funções atribuídas aos DP* no contexto específico dos SPHB, as recreativas - o entreter, o brincar e o divertir - surgiram com maior ênfase (apontadas por cerca de metade dos profissionais de saúde). O apoio, pelos DP, à intervenção dos profissionais de saúde e em estreita ligação com a desmistificação do tratamento, dos profissionais e dos contextos de saúde foram também salientados entre as funções esperadas, apontando, uma vez mais, os DP como parceiros/adjuvantes nestes processos. O apoio emocional e auxílio aos pais, a facilitação dos processos comunicacionais entre estes e os profissionais de cuidados ou, em termos mais amplos, a amenização do ambiente hospitalar couberam também entre as funções atribuídas por alguns destes profissionais aos DP. Em suma, o perfil de funções conjuntamente desenhado pelos participantes deste estudo parece traduzir o “retrato” de um profissional polivalente (*entertainer*, auxiliar, mediador, “terapeuta”...), com uma intervenção disseminada em vários cenários – nas enfermarias, nos corredores do hospital, nas salas de espera, nas salas de tratamento e/ou exames - e de alcance ampliado aos múltiplos atores que “co-habitam” no contexto hospitalar: crianças, pais, profissionais de saúde e os utentes em geral.

No que concerne, à *articulação esperada com os DP*, a generalidade dos participantes antecipa de forma positiva esta articulação (a um nível médio para 26,5%; a um nível médio-alto para 38,2% e, entre os mais otimistas (n= 5) - 4 dos quais da área de enfermagem -, essa colaboração poderá ser elevada). Refira-se que apenas um dos participantes espera uma articulação reduzida entre o seu trabalho e o

dos DP uma vez não trabalhar diretamente com os DP, dado estar ligado à segurança/vigilância do Hospital.

Quanto aos *momentos/situações em que a articulação é desejável* ou poderá ter “espaço” para ocorrer, destacam-se os mais de 1/3 dos participantes que assumiram os DP como um adjuvante em momentos críticos de intervenção. Em número bastante mais reduzido (n=3 - 8,8%) surgiram as propostas de articulação “não simultânea”. Ou seja; o apoio prestado pelos DP é essencialmente concebido em termos do “preenchimento” das ausências dos profissionais de saúde. Aqui cabem as situações em que a colaboração dos DP passa por entreter, distrair a criança nos “tempos mortos” ou quando profissionais de saúde têm de se ausentar. Contrariamente às dificuldades apontadas anteriormente por alguns destes profissionais - em que a presença dos DP em determinados momentos poderia ser vivida como “ruidosa” para os profissionais de saúde e para o hospital em geral (e.g. alteração das rotinas, maior confusão, barulho, sobrelotação dos espaços...) -, três elementos do grupo entrevistado vislumbraram como positiva (e possível) a articulação com os DP, no sentido do apoio à execução das rotinas diárias (e.g. banhos, hora das refeições).

Por último, refira-se a alusão, por parte de um destes profissionais, à ideia de que a articulação DP-Profissionais de saúde se deveria cingir às situações em que a criança está bem ou estabilizada, contrariando a abertura que outros profissionais revelaram em relação à intervenção dos DP em momentos mais “críticos”.

No que se refere às expectativas *do que poderão aprender com a presença dos DP*, os dados deste estudo mostram que a maioria destes profissionais (85% do grupo) espera aprender estratégias para lidar com a criança e/ou adolescente, no sentido de cativar; estabelecer uma relação de cumplicidade; e, facilitar a comunicação com o paciente pediátrico com vista (entre outros) a promover a sua cooperação.

Num outro registo, 1/3 dos profissionais apontou o desenvolvimento de competências comunicacionais e interpessoais como uma aprendizagem a realizar com os DP, e a transpor para o exercício da sua prática profissional. De entre tais competências, cerca de 1/5 do grupo esperava aprender, especificamente, estratégias para comunicar com os pais - um interlocutor central em termos do processo de

acompanhamento do paciente pediátrico e determinante na qualidade do seu internamento, adesão ao processo terapêutico e recuperação, bem como no bem estar geral da criança. As evidências recolhidas entre estes profissionais vão, de algum modo, ao encontro do estudo realizado por Masetti (2003) – no âmbito do trabalho desenvolvido pelos “Doutores da Alegria”, no Brasil - junto de médicos e enfermeiros que colaboravam de perto com estes artistas profissionais. Segundo a investigadora, com a sua maneira tão peculiar de agir, o PH permite, às equipas de saúde, uma reflexão sobre as suas relações no contexto profissional. No seu estudo, muitos dos profissionais manifestavam o desejo de ter as habilidades do palhaço. Outros reconheciam ter habilidades artísticas e lamentavam não ter a oportunidade de as pôr em prática dentro do hospital. Alguns deles referiam, ainda, que o palhaço, estimulava a sua vontade de realizar estas relações em toda a sua potencialidade.

Articulando o trabalho de Masetti com o desenvolvido por Melo (2007) – também no seio dos “Doutores da Alegria”, Brasil – a intervenção dos PH é tido por este último autor como um exemplo importante de como a arte - nas mãos de pessoas competentes e motivadas - pode contribuir para a promoção da saúde dentro das instituições hospitalares. O recurso à mesma no setor da saúde poderá, segundo este, permitir que cada um dos seus intervenientes possa dar um pouco mais de si para melhorar a qualidade do internamento e dos tratamentos, através de uma assistência mais humanizada, voltada para o contacto, para a comunicação, para a formação de vínculos afetivos (Melo, 2007) os quais, neste contexto, parecem ser um meio privilegiado para o estabelecimento de “pontes” e/ou um amplificador da “potência dos encontros” de que nos fala Morgana Masetti (2003). Na senda destas ideias, alguns programas de intervenção nesta área (e.g. “Boas misturas”, dos Doutores da Alegria, Brasil) têm vindo a levar a arte do *clowning* aos profissionais de saúde, pretendendo com estes não necessariamente formar “médicos palhaços” ou “enfermeiros palhaços”, mas, partilhar uma “ferramenta” que se entende como encerrando inúmeras possibilidades na facilitação dos diversos processos em curso no contexto hospitalar, vários dos quais, aliás, enunciados pelos participantes do nosso estudo ao longo da sua entrevista.

Por último, refira-se a ênfase dada por dois destes profissionais às aprendizagens que poderão fazer com os DP em termos de estratégias potencialmente promotoras de uma maior compreensão, pela criança, das intervenções (tratamentos, observação, exames) que lhe são feitas, ou, do próprio processo de internamento.

Quanto à ascultação dos profissionais dos SPHB relativamente à possibilidade de integrar formalmente a figura dos DP na equipa que presta cuidados à criança, verificou-se uma elevada abertura do grupo, em geral, em relação à mesma. Solicitada a quantificação do seu grau de concordância com esta possibilidade - numa escala de 0 (“não faz nenhum sentido”) a 10 (“faz todo o sentido”) -, os níveis de resposta dos participantes (com uma média rondando os 8 valores) deixam transparecer uma elevada receptividade a essa hipótese. Refira-se que, muito embora a pontuação atribuída seja de algum modo coerente com o discurso dos participantes ao longo de toda a entrevista, questões se colocam ao nível de alguma da desejabilidade social pelo facto de a atribuição deste valor ter sido diretamente recolhida pelo investigador (em voz alta, no decurso da entrevista).

Numa última questão da entrevista exploraram-se as expectativas dos profissionais em relação às *mudanças que esperam encontrar dois anos após o início da colaboração dos DP com o HB*. Os dados obtidos permitiram constatar a presença da expectativa, entre quase metade dos profissionais entrevistados, da promoção, pelos DP, de experiências de hospitalização mais positivas entre as crianças e suas famílias. Em consequência, será de esperar que, com a intervenção continuada dos DP nos SPHB, passem a ser maiores os níveis de bem estar e aceitação da criança (e sua família) em relação ao seu atual internamento e a “encontros” futuros com os contextos de saúde. Uma melhoria da qualidade do ambiente hospitalar (e.g. profissionais e utentes mais bem dispostos, menor tensão “no ar” ...) assumiu particular expressão em 1/3 destes profissionais. Adicionalmente, cerca de 1/5 do grupo vislumbra, a médio-prazo, uma “marca” mais humanizada nos serviços prestados, designadamente em termos de (...) *maior sensibilização em relação ao bem estar emocional da criança*”; a presença de melhores relações entre os diferentes atores deste contexto, e onde o recurso ao lúdico na prestação dos

cuidados (o “cuidar a brincar”) passe a ser uma realidade naquela instituição hospitalar.

Refira-se, ainda, os ganhos esperados, no prazo destes dois anos, ao nível da imagem externa do Hospital junto da comunidade circundante. Tais ganhos antecipam-se como decorrendo do facto de terem os DP entre os seus parceiros, em consonância com os seus esforços de promoção da qualidade e humanização dos serviços prestados. Tratando-se este de um hospital que recentemente mudou o seu modelo de gestão para um registo semiprivado, o veicular desta imagem para o exterior parece, pois, ser visto por alguns destes profissionais, como uma mais valia em termos da estratégia de “marketing” da instituição.

Por último, salienta-se a antecipação, por parte de três profissionais, do emergir de, em face das mais-valias associadas à presença dos DP, vários pedidos por parte de outros serviços do HB ”reclamando” a presença dos DP nesses serviços, designadamente na ala de geriatria.

CAPITULO VII – SÍNTESE E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante as representações e expectativas expressas pelos 34 profissionais que participaram no presente estudo, parece-nos possível concluir a expressiva receptividade (e expectativa/curiosidade) de grande parte destes profissionais relativamente à futura colaboração da ONV com os SPHB. Apesar da relativa difusão do trabalho desenvolvido pela ONV, em particular no seio dos meios de comunicação social, prevalece algum desconhecimento e vários “mitos” em relação ao trabalho desenvolvido por esta associação, acima de tudo no que se refere à área e estatuto profissional destes artistas, e à sua preparação prévia para a intervenção em contexto hospitalar. Trata-se de um dos aspetos que, no seio do presente estudo, nos parece merecer uma atenção especial pela ONV, podendo o *feedback* que estes dados encerram acrescentar valor (julgamos) à reflexão em torno das suas estratégias de comunicação e imagem.

No que concerne às expectativas destes profissionais em torno das vantagens associadas à presença dos DP no contexto específico dos SPHB, as reflexões dos participantes em torno destas questões deu a conhecer um alargado leque de expectativas relativamente àquelas que poderão ser as potencialidades do seu trabalho, quer junto das crianças/adolescentes, quer dos seus pais/acompanhantes, ou dos profissionais de saúde e da instituição hospitalar, no seu sentido mais lato. Entre estas destacam-se os contributos esperados ao nível da amenização da experiência de internamento, não só entre o paciente pediátrico mas, também, junto daqueles que acompanham de perto este processo (por norma os seus pais), no sentido da minoração de algumas das sequelas – essencialmente emocionais – que a hospitalização, doença, sofrimento e vulnerabilidade (em si e no outro) por vezes deixam ficar. Iguais vantagens foram destacadas ao nível da construção de representações mais positivas (pela criança/adolescentes e seus acompanhantes) da

doença, do hospital, dos tratamentos e/ou dos agentes que asseguram a prestação de cuidados.

A humanização das relações, dos serviços e dos cuidados surgem, também eles, entre as expectativas destes profissionais aquando da antecipação da presença dos DP no universo hospitalar. A sua presença é entendida, por alguns, como por si só humanizadora – não só por que, através da brincadeira e do humor, o DP traz o riso, a alegria, quebra “gelos” ou estabelece “pontes” entre os seus diferentes atores – mas, também, porque encerra algumas oportunidades para que, através da colaboração e/ou de processos de observação e modelagem, possa ocorrer a aprendizagem de outros saberes, ferramentas ou estratégias ao nível do “fazer” do “ser” e do “estar” nos cuidados. Para além de facilitadoras das suas práticas, tais aprendizagens são vistas, por alguns destes profissionais, como potenciadoras do bem estar e dos processos de recuperação do paciente pediátrico, bem como da qualidade e sanidade dos contextos e dos agentes responsáveis pelos seus cuidados (designadamente os profissionais de saúde e os pais/acompanhantes). Assim sendo, menor dor, ansiedade, tristeza, resistência aos tratamentos e aos profissionais; melhor e mais rápida recuperação do paciente pediátrico; uma comunicação mais fluída e cooperante entre os diferentes atores destes processos; ou, uma maior satisfação e melhor “qualidade de vida” em contexto hospitalar são antecipados como algumas das mais valias decorrentes da presença dos DP, várias das quais perpassando os diferentes cenários e agentes em foco.

O olhar francamente positivo sobre estes profissionais (DP) e o seu contributo para a qualidade dos processos vividos em contexto de doença e hospitalização parecem abrir algum espaço para o estabelecimento de práticas colaborativas com os DP (em simultâneo ou em “alternância”/complementariedade), bem como para um posicionamento bastante favorável relativamente à possibilidade de integração dos DP na equipa de profissionais de cuidados (em paralelo com os médicos, enfermeiros, educadores, assistentes sociais...).

Já no que respeita às dificuldades antecipadas, o cenário é algo distinto, não tendo vários destes profissionais identificado quaisquer dificuldades. Porém, de entre as mais evocadas, o medo ou pânico por parte da criança em relação à figura do

palhaço destacou-se pela sua maior prevalência, sendo esta uma questão relativamente frequente entre crianças de faixas etárias mais baixas, para quem a figura do palhaço é motivo de alguns sentimentos de desconfiança e ameaça. No que se refere aos adolescentes, as resistências à presença dos DP prendem-se essencialmente com a franca probabilidade de encararem a figura dos palhaços e as suas brincadeiras como desadequadas à sua idade (“uma criancice”). A falta de respeito/desconsideração pela situação de doença vivida, ou, mesmo, risco de vida, é igualmente antecipada como um obstáculo, não só em relação ao bem estar do paciente pediátrico e seus pais, mas também à própria intervenção dos DP, uma vez que interpretada como intrusiva, abusiva e/ou inoportuna. Tais resistências poderão também vir dos próprios profissionais de saúde, ora por não simpatizarem com a figura do palhaço e/ou por a encararem como desadequada ao contexto, ora porque a veem como potencialmente intrusiva/perturbadora das suas práticas e do bem estar e recuperação do paciente (e.g. muito ruído, sobrelotação dos espaços, excitação da criança, alteração das rotinas). Dada alguma da propensão existente para que a presença dos DP possa “ferir” algumas suscetibilidades, pensa-se que deverão ser acrescidos os cuidados na identificação e respeito por estas resistências, de modo a não fazer perigar o bem estar da criança e seus cuidadores.

Por fim, gostaríamos de concluir o presente trabalho com alguma notas de reflexão em torno daquelas que foram as vivências, os processos e alguns dos produtos decorrentes de cerca de um ano de investimento. Por intermédio deste, foi possível explorar mais a fundo uma problemática que há bem pouco tempo nos era deveras distante e envolta de uma série de “mitos” ou representações distorcidas em torno daquele que é, de facto, o trabalho desenvolvido pelos PH, em particular, o dos DP, da ONV. Qual a sua formação de base; o tipo de preparação a que são submetidos estes artistas ainda antes de entrarem no universo hospitalar; o carácter amador ou profissional do seu trabalho; ou, mesmo, questões ligadas ao seu estatuto profissional (se voluntários ou assalariados) representam algumas das questões que integraram a entrevista que deu corpo ao presente estudo e que são também representativas de várias das interrogações por nós detidas aquando do início deste processo (e que julgamos serem partilhadas por uma grande parte daqueles que não conhecem de perto o trabalho desta associação e seus artistas). Assim, o presente

trabalho foi não só uma oportunidade para encontrar resposta ou desmistificar algumas das representações distorcidas acerca deste grupo de trabalho e da associação que tem por detrás (a ONV, a “anfitriã” deste estudo), como, também, “mergulhar a fundo” num terreno “quase virgem”, com inúmeras potencialidades ao nível da promoção do bem estar e da qualidade das vivências daqueles que vivem de perto o contexto hospitalar, e de partilhar alguns dos *insights* que a revisão de alguma da literatura na área, o contacto direto com o trabalho dos DP, com os SPHB e seus atores nos permitiram.

Assim, entre um dos principais objetivos desta dissertação constou a partilha de alguns “saberes” que fomos compilando durante um ano de trabalho, realizado no seio da equipa do projeto de investigação mais amplo “Rir é o melhor remédio?”. Esperamos, pois, que, de algum modo, este investimento contribua para a clarificação, disseminação e reconhecimento mais sustentado do trabalho que é desenvolvido pelos 24 artistas da ONV que trabalham no terreno e os 6 profissionais de diversas áreas que, no “*back office*”, dão suporte à sua atuação. Tratando-se de um trabalho que partiu de um pedido da associação que foi alvo de estudo, esperamos também que este seja um contributo válido para a reflexão sobre algumas das evidências emergidas através do discurso dos profissionais que nele participaram e que pouco tempo depois passaram a ser parceiros e alvos das suas práticas. Por último, é nosso desejo que as representações e expectativas recolhidas por intermédio deste trabalho sejam motor de desafios de crescimento e maturação de uma associação a caminho dos seus 10 anos de existência, e que permita “nutrir” as próximas etapas de um percurso (ao nível da formação e da intervenção, mas também da investigação) que desejamos bem longo e largamente difundido pelos diferentes hospitais do nosso país.

Bibliografia

- Alarcão, M. (2000). *(des) Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Alcatara, E. (2007). Criança Hospitalizada: o impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e de Saúde de Belo Horizonte*, 3(6), 38-55.
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Araújo, T. & Guimarães, T. (2009). Interações entre voluntários e usuários em oncohematologia pediátrica: um estudo sobre os “palhaços-doutores”. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 3, 632-647.
- Baptista, C. (2010). *Expectativas e opinião actual de adolescentes sobre o processo terapêutico*. Tese de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 1(XVI), 11-28.
- Bennett, M. & Lengacher, C. (2006). Humor and laughter may influence health, history and background. *eCAM*, 3(1), 61–63.
- Bolsa de Valores Sociais (2011). Quem somos. In <http://www.bvs.org.pt/viewQuemsomos>, acessado a 4 de junho de 2011.
- Brewer, C., Zayas, L., Kahn, L., & Sienkiewics, M. (2006). nursing recruitment and retention in new york state: a qualitative workforce needs assessment. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(1), 54-63.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecologia del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Caires, S., Esteves, H., Correia, S. & Melo, A. (no prelo). Vivências da hospitalização em contexto pediátrico: breve revisão literária sobre o impacto, factores determinantes e contributos para a qualidade da experiência de internamento.
- Cardoso G. & Gomes, R. (2008). Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde colectiva. *Caderno de Saúde Pública*, 16, 499-506.
- Costa, J., Lima, J. & Almeida, P. (2003). Stress no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola Enfermagem- USP*, 37(3), 63-71.
- Crepaldi, M., Hackbarth, I. (2002). Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. *Temas em Psicologia da SBP*, 10(2), 99-112.

- Deslandes, F.; Mitre, R. (2009). Communicative process and humanization in healthcare. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1), 641-649.
- Fogaça, M., Carvalho, W., Cítero, V., Nogueira-Martins, L. (2008). Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(3), 261-266.
- Golan, G., Tighe, P., Dobija, N., Perel, A., & Keidan, I. (2009). Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. *Pediatric Anesthesia*, 19, 262-266.
- Gorfinkle, K., Sater, J., Bagiell, E., Tager, F. & Labinsky, E. (1998). Child behavioral distress during invasive oncologic procedures and cardiac catheterization with the Big Apple Circus Clown Care Unit. *Pediatric Research*, 43, 12- 20.
- Goshen, Y., Ruimi, S., Bikov, S., Garti, I., Halevy, R. & Koren, A. (2011). Dream Doctors in place of sedation in radionuclide scanning among young children. *Book of abstracts of the Dream Doctors Convention*, p.9.
- Gomes, A., Cruz, J., & Cabanelas, S. (2009). Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.
- Gomes, S. (1999). *A criança e a nova pediatria*. Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gontijo, L. (2006). *O Discurso dos Doutores da Alegria- Análise semiótica das estratégias comunicativas junto ao público infantil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica, São Paulo, Brasil.
- Greenglass, E., Burke, R. & Fiksenbaum, L. (2001). Workload and Burnout in Nurses. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11, 211-215.
- Favero, L., Dyniewicz, A., Spiller, A., Fernandes, L. (2007). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como acção de enfermagem: relato de experiência. *Cogitare Enfermagem*, 12(4), 519-24.
- Fernandes, S. (2008). *Os efeitos da presença de palhaços nos estados emocionais e na redução das preocupações em crianças submetidas a intervenção cirúrgica*. Seminário de Investigação em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Fernandes, N. (2009). *Infância e direitos – representações, práticas e poderes*. Porto: Afrontamento.

- Fernandes, S. & Arriaga, P. (2010). The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. *Jornal Health Psychology, 15*, 405-415.
- Hart, R. & Walton, M. (2010). Magic as a therapeutic intervention to promote coping in hospitalized pediatrics patients. *Continuing Nursing Education, 36(1)*, 11-16.
- Heckert, A., Passos, E., Barros, M. (2009). An instrumental seminar: humanization of the Brazilian Unified Health System (SUS) under discussion. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 13(1)*, 493-502.
- Hopia, H., Tomlinson, P., Paavilainen, E. & Astedt-Kurki, P. (2005). Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing, 14*, 212-222.
- Kumamoto, L.; Barros, R.; Carvalho, T.; Gadelha, E. & Costa, R. (2004). Apoio à criança hospitalizada: proposta de intervenção lúdica. In Anais do 2.º Congresso Brasileiro de Extensão universitária. In www.ufmg.br/congrext/Saude/WORD/Saude23a.doc acedido em julho de 2011.
- Lima, R., Azevedo, E., Nascimento, L., & Rocha, S. (2009). A arte do teatro clown no cuidado às crianças hospitalizadas. *Revista da Escola de Enfermagem-USP, 43(1)*, 186-193.
- Lima, M.; Almeida, M.; Lima, C. (1999). A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem de Porto Alegre, 20*, 130-142.
- Lima, G.; Paranhos, M.; Werlang, B. & Fensterseifer, L. (2009). Fidedignidade entre avaliadores no teste de apercepção familiar. *PSICO, 40 (3)*, 287-293.
- López, F. (2008). La Familia como contexto de desarrollo de los adultos. In J.Palacios & M. J. Rodrigo (org.), *Familia y Desarrollo Humano*, pp.117-138. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- MacDonald, L. (2004). A chuckle a day keeps the doctor away. *Journal of Psychosocial Nursing, 42(3)*, 18-25.
- Malagris, L.; Fiorito, A. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia, 23(4)*, 391-398.
- Masetti, M. (1998). *Soluções de palhaços: Transformações na realidade hospitalar*. São Paulo: Palas Athena.
- Masetti, M. (2003). *Boas misturas*. São Paulo: Palas Athena.

- Meisel, V., Chellew, K., Ponsell, E., Ferreira, A., Bordas, L., García, G. (2009). El efecto de los «payasos de hospital» en el malestar psicológico y las conductas desadaptativas de niños y niñas sometidos a cirugía menor. *Psychothema*, 21(4), 604-609.
- Melo, A. (2007). A terapêutica artística promovendo saúde na instituição hospitalar. *Ibérica: Revista Interdisciplinar de Estudos Ibéricos e Ibero-Americanos*, 3, 159-189.
- Melo, B., Gomes, R. & Cruz, J. (1997). Stress ocupacional em profissionais de saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.
- Minayo, M. C. (1999). O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (org.), *Textos em Representações Sociais*, pp.89-113. Petrópolis: Editora Vozes.
- Mitre, R. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 147-154.
- Moreira, R. (2005). Dissonâncias cognitivas: o impacto do Doutor Palhaço numa enfermaria pediátrica. Operação Nariz Vermelho. Acedido a 21 de Maio, 2011, do <http://www.onv.pt/centrodeestudos>.
- Mota, R.; Martins, C. & Vêras, R. (2006). O papel dos Profissionais de Saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 323-330.
- Motta, A. & Enumo, S. (2009). Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da Hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 19-28.
- Moscovici, S. (1984). *Psicologia social*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Mussa, C. & Malerbi, F. (2008). O impacto da atividade lúdica sobre o bem estar de crianças hospitalizadas. *Psicologia: teoria e prática*, 10(2), 83-93.
- Oliveira L. (2009). A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*, 19(2), 306-312.
- Oliveira, L. & Vieira, M. (2008). “Brincar” como agente promotor de saúde no desenvolvimento infantil. *Revista de Ciências Humanas*, 42(1), 193-215.
- Oliveira, R. & Oliveira, I. (2008). Os Doutores da Alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem*, 12(2), 230 - 236.
- Pereira, A. (2009). *Burnout e o conflito trabalho-família, família-trabalho em profissionais de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Porto: Faculdade de psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

- Parcianello, A. & Felin, R. (2008). *E agora, doutor, onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil*. Barbaroi: Universidade de Santa Cruz do Sul, 147-166. ISSN 0104-6578. In <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/index>, acessado em julho de 2011.
- Redondeiro, M. (2003). *O Quotidiano hospitalar da criança, constrangimentos e possibilidades de desenvolvimento*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- Reis, G. (2007). *Expectativas dos Pais durante a Hospitalização da Criança*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto.
- Ribeiro, L., Gomes, R., Silva, M. (2010). Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia: Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de fevereiro de 2010.
- Rodrigo. M. J. & Palacios, J. (2008). *Familia y desarrollo humano* (7ª ed.). Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Sá, M.C.(2009). On fraternity: a psychosociological view of healthcare and the humanization of healthcare practices. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1), 651-664
- Sánchez J., Gutiérrez J., Santacruz J., Romero C., Ospina J. (2009). El humor como estrategia terapéutica en niños hospitalizados en unidades pediátricas en Pereira(Colombia): Reporte de una experiencia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 38(1), 99-113.
- Sarmiento, M. J. & Cerisara, A. (2004). *crianças e miúdos: perspectivas sociopedagógicas da infância e educação*. Porto: Edições Asa.
- Santamaria, N. (2000). The relationship between nurse's personality and stress levels reported when caring for interpersonality difficult patients Australian. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (2), 33-49.
- Schmitz, S., Piccoli, M. & Vieria, C. (2003). A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2(1), 67-73.
- Siegrist, J.; Shackelton, R., Link, C.; Marceau, L.; Knesebeck, O. & McKinlay, J. (2010). Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health Care systems. *Social Science & Medicine*, 71, 298-304.
- Sprinthall, N. & Collins, A. (2003). *Psicologia do adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Stemler, S. (2004). A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 9 (4). In <http://PAREonline.net/getvn.asp?v=9&n=4>, acessado em outubro de 2011.
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Tavares, P. (2008). *Acolher brincando, a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Vagnoli, L., Caprilli, S., Robiglio, A., Messeri, A., (2005). Clown doctors are a treatment for preoperative anxiety in children: A randomized prospective study. *Paediatrics*, 116, 563-567.
- Vala, J. (1997). Representações sociais – para uma psicologia social do pensamento. In J. Vala & M. B. Monteiro (orgs.), *Psicologia Social*, pp.353-384. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Valladares, A., & Carvalho, A. (2006). A arte e o desenvolvimento do comportamento no contexto da hospitalização. *Revista da Escola de Enfermagem- USP*, 40(3), 350-355.
- Valverde, D. (2010). O suporte psicológico e a criança hospitalizada: o impacto da hospitalização na criança e seus familiares. In <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0229.pdf>, acessado em maio de 2011.
- Vieira, M. & Lima, R. (2002). Crianças e adolescentes com doença crónica: convivendo com mudanças. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, 10(4), 552-560.
- Wooten P. (1996). Humor: an antidote for stress. *Holist Nursing Practice*, 10(2), 49-56.
- Wuo, Ana (1999). *O clown visitador no tratamento de crianças hospitalizadas*. Tese de Mestrado em Educação Física, Área de estudos do lazer. Campinas: Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.
- Zuñiga, S. (2005). (Buen) humor y pediatría. *Revista Chilena de Pediatría*, 76(2), 129-131.

ANEXOS

ANEXO I

EXPLORAÇÃO DAS EXPECTATIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE BRAGA RELATIVAMENTE AO TRABALHO DOS DOUTORES PALHAÇOS

Género:____; Anos serviço: _____; Serviço/local trabalho:_____;

Profissão:_____

CÓDIGO:

--	--	--	--	--	--	--	--

GUIÃO ENTREVISTA

1. Em Outubro de 2010, a Operação Nariz Vermelho (ONV) passará a intervir nos Serviços de Pediatria do Hospital de Braga (SPHB). Tinha conhecimento? Se sim, por que meio teve acesso a essa informação? Como acolheu esta ideia? (satisfação com, como reagiu, o que pensou...)

2. Conhece o trabalho desenvolvido pelos “doutores palhaços”? (Se sim) O que conhece acerca desta associação?

3. Pensando especificamente no seu contexto de trabalho (o HB), como vê a entrada dos “doutores palhaços” nos SP?

4. Quais, em sua opinião, poderão ser as mais valias/vantagens da presença dos “doutores palhaços” nos SPHB?
 - a. Junto das crianças
 - b. Junto dos pais/acompanhantes da criança
 - c. Junto dos profissionais de saúde
 - d. Na vida do HB, em geral

5. Quais, as dificuldades que antecipa poderem estar associadas à presença dos “doutores palhaços” nos SPHB?

- a. Junto das crianças
- b. Junto dos pais/acompanhantes da criança
- c. Junto dos profissionais de saúde
- d. Na vida do HB, em geral

6. Como espera que seja a articulação do seu trabalho com o dos “doutores palhaços”?

7. O que espera aprender com a presença dos “doutores palhaços”? De que forma essa aprendizagem poderá contribuir para o exercício da sua actividade profissional?

8. Parece fazer-lhe sentido assumir a figura do “doutor palhaço” como mais um dos elementos da equipa que presta cuidados à criança? Avaliar de 1 a 10 (1- *Nenhum sentido* a 10 – *Todo o sentido*)

9. Que funções/papéis julga que os “doutores palhaços” deverão assumir nos SPHB?

10. Daqui a dois anos, que mudanças espera encontrar nos SPHB como resultado da presença dos “doutores palhaços”? E no HB, de forma mais global?

ANEXO II

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, autorizo a gravação da entrevista realizada pela equipa de investigação do Instituto de Educação da Universidade do Minho, responsável pelo estudo intitulado “EXPECTATIVAS E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DE BRAGA RELATIVAMENTE AO TRABALHO DOS DOUTORES PALHAÇOS”.

Braga, de _____, de 20

Assinatura
