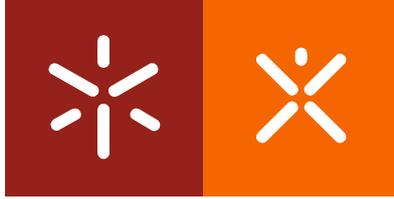




Universidade do Minho
Instituto de Educação

Denise Martins Rocha

Contributo das atividades artísticas no bem-estar e qualidade de vida de crianças em tratamento oncológico: um estudo no IPO do Porto e no GACC da Bahia



Universidade do Minho

Instituto de Educação

Denise Martins Rocha

Contributo das atividades artísticas no bem-estar e qualidade de vida de crianças em tratamento oncológico: um estudo no IPO do Porto e no GACC da Bahia

Tese de Doutoramento

Doutoramento em Estudos da Criança

Especialidade em Saúde Infantil

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Maria da Graça F. Simões de Carvalho

DECLARAÇÃO

Nome: Denise Martins Rocha

Endereço eletrónico: denise.educarts@gmail.com

Título da Tese: Contributo das atividades artísticas no bem-estar e qualidade de vida de crianças em tratamento oncológico: um estudo no IPO do Porto e no GACC da Bahia

Orientadora: Professora Doutora Maria da Graça F. Simões de Carvalho

Ano de conclusão: 2015

Doutoramento em Estudos da Criança

Especialidade em Saúde Infantil

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 28 de Janeiro de 2016

Assinatura:

Denise Martins Rocha

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente tese. Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou a qualquer forma de falsificação de resultados.

Mais declaro que tomei conhecimento integral do Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 28 de Janeiro de 2016.

Nome completo: Denise Martins Rocha

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Natanael B. da Rocha

In memoriam

AGRADECIMENTOS PESSOAIS

A realização deste trabalho só se tornou possível através da generosidade de pessoas que caminharam comigo durante este longo percurso, as quais devo a minha eterna e sincera gratidão.

A primeira delas, à minha orientadora, Professora Doutora Graça Simões de Carvalho, agradeço por ter acolhido este projeto com entusiasmo e por toda a orientação concedida nas diretrizes para a construção desta tese, sempre com disponibilidade dinâmica, a conceder confiança, incentivo, e por comigo partilhar a sua sabedoria, perspicácia e competência científica, que muito me ensinaram neste singelo passo como pesquisadora e na criação de mais um elo entre saúde e arte. Agradeço-lhe ainda pela resolução das questões administrativas (através das cartas, pareceres e relatórios enviados às instituições envolvidas); pela infinita paciência e pelos agradáveis momentos amigos de convívio ao longo deste percurso, marcados pela boa disposição e alegria contagiantes.

À equipa pedagógica do Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-P), nas pessoas das educadoras Filomena Maia, Nazaré, das professoras Cristina e Filomena, e à equipa de assistência à criança do Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC) de Salvador, nas pessoas da terapeuta ocupacional Cynthia Coelho, da brinquedista e enfermeira Aline Ribeiro e do professor de música Alaim Lopes (cujas aulas sempre me emocionavam) pela receção sempre carinhosa, pela disponibilidade, experiências partilhadas e por me integrarem junto às crianças, pais e demais membros da equipa de assistência à criança.

Aos médicos, enfermeiros e assistentes técnicos do IPO-P; à psicóloga e bibliotecária do GACC; e aos voluntários de ambas as instituições que, gentilmente, dedicaram parte do seu tempo para responderem às questões desta investigação.

Às crianças e jovens de ambas as instituições, heróis e heroínas, de força extraordinária, de ternura inabalável e exemplos de resiliência, pela generosidade de interagirem comigo em suas fases adversas de tratamento, pelas ricas partilhas de expressão visual e sonhos futuros, e porque no sorriso de cada um deles eu vi o amor e aprendi mais sobre humanidade.

Aos pais destas crianças, homens e mulheres corajosos, de esperança e amor infinitos, incansáveis, pela atenção dispensada, por amorosamente dedicarem um pouco do tempo precioso nos cuidados com os filhos para responderem às questões desta investigação, pela confiança dos desabafos e abraços sinceros.

À Professora Doutora Judite Zamith Cruz, pela disponibilidade em auxiliar na análise e interpretação os desenhos.

Ao Doutor Arthur Gonçalves, por me ter indicado os passos básicos para o uso do Software SPSS para análise dos dados da pesquisa.

Aos colegas do ‘nosso’ grupo de investigação, pelo convívio construtivo e feliz, nos quais trocamos ideias e partilhamos experiências dos trabalhos que vamos desenvolvendo e pelo carinhoso interesse demonstrado nesta investigação.

Aos amigos de sempre, Amparadores, que estão presentes em todos os momentos, pelo apoio, suporte, incentivo e fraternidade.

E à minha querida Mãe, em especial, pelo incentivo constante através de atitudes e palavras positivas, pela sua doçura e força sempre presentes, e pelo seu amor incondicional.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À Universidade do Minho (UM), no seu todo.

Ao Instituto de Educação (IE), nas pessoas dos professores com quem fui aprendendo no convívio e nas conferências assistidas ao longo deste tempo, e nas pessoas dos seus colaboradores que fazem com que tudo siga em frente.

Ao Centro de Investigação em Estudos da Criança (CIEC), na pessoa da Professora Doutora Graça Simões de Carvalho por todas as oportunidades de colaboração em pesquisa, investigação e na divulgação dos trabalhos.

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), essencial neste processo, que financiou este projeto por quatro anos e ainda proporcionou a divulgação do mesmo na participação de congressos em Portugal, Brasil e Turquia.

Ao Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-P), nas pessoas do Dr. Laranja Pontes, então diretor do hospital, Dr^a Lucília e Dr. Armando, diretores dos serviços de pediatria durante este tempo, e ao conselho de ética, os quais, gentilmente, me concederam permissão para desenvolver a pesquisa.

E ao Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC), de Salvador da Bahia, nas pessoas do Dr. Roberto, Diretor da Instituição, Márcia Lafene e Mariza Delamare Xará, Coordenadoras, pelas autorizações concedidas para a realização da pesquisa, pela abertura e receção sempre calorosa.

**CONTRIBUTO DAS ATIVIDADES ARTÍSTICAS NO BEM-ESTAR E
QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO:
UM ESTUDO NO IPO DO PORTO E GACC DA BAHIA**

RESUMO

A criança hospitalizada, em particular a criança em tratamento oncológico, está sujeita a um elevado grau de stresse, desde o diagnóstico da doença até às diferentes etapas do tratamento que, através de procedimentos por vezes severos, longos ou curtos, são perturbadores do seu bem-estar. Assim sendo, é de fundamental importância o acompanhamento destas crianças de modo a amenizar estes efeitos que desequilibram o seu desenvolvimento e quotidiano. A educação artística tem vindo a desempenhar um importante papel neste contexto de apoio pedagógico na oncologia pediátrica.

O objetivo deste estudo foi conhecer os parâmetros e os contributos da prática das atividades artísticas (AA) na melhoria do bem-estar das crianças com cancro enquanto em fase de tratamento. Realizou-se um estudo de caso em duas instituições, uma em Portugal (Instituto Português de Oncologia do Porto – IPO-P) e outra no Brasil (Grupo de Apoio à Criança com Câncer – GACC) em Salvador da Bahia. Para tal, foram aplicados cinco instrumentos de recolha de dados:

- i) Observação não participante, a qual se centrou em examinar como os sujeitos de assistência à criança e cuidadores principais interagem com as crianças, como desenvolviam as atividades com elas, como se articulava a interação dos grupos com o espaço, e como as próprias crianças desenvolviam as AA;
- ii) Entrevistas a elementos chave das instituições relacionando com as características dos serviços, para identificação de aspetos gerais de funcionamento;
- iii) Questionário de sondagem, com perguntas gerais a respeito das AA realizadas pelas crianças durante o tratamento no IPO-P, aplicado a 32 inquiridos de três grupos (crianças, pais e equipa de assistência à criança) com o intuito de obter um conhecimento inicial da situação;
- iv) Questionário AACTO (Atividades Artísticas Aplicadas às Crianças em Tratamento Oncológico), baseado no anterior e nas entrevistas, com 46 itens divididos em 5 partes, com questões mais específicas sobre as AA e no intuito de conhecer, compreender e comparar as práticas de AA nas duas instituições e de reconhecer a importância do papel da educação artística na melhoria da qualidade de vida da criança com cancro em tratamento hospitalar. Foi aplicado a um total de 150 sujeitos, (75 do IPO-P e 75 do GACC) distribuídos por três grupos (crianças, pais e equipa de assistência à criança);
- v) Desenhos sobre três temas (retrato, família e medo) de crianças e jovens em tratamento oncológico, em que se procurou identificar e interpretar a simbologia imagética da expressão visual, num total de 40 amostras: 20 desenhos de 12 crianças do IPO-P e 20 desenhos de 9 crianças do GACC.

No conjunto dos principais resultados obtidos dos instrumentos utilizados na recolha de dados foram observadas semelhanças e diferenças entre as práticas das duas instituições, mas o efeito das AA foram sempre consideradas positivas por todos os grupos questionados (crianças, pais e equipa de assistência). Em síntese, verificou-se que as

crianças e jovens preferem estar na *Sala de Brincar* (IPO-P) e na *Brinquedoteca* (GACC), e revelou-se que as atividades artísticas no âmbito de tratamento oncológico pediátrico promovem:

- i) A integração social das crianças quando estão com o próprio grupo e com outros indivíduos, mantendo-se ativas e próximas da normalidade da vida quotidiana;
- ii) A melhoria da autoestima quando se sentem valorizadas ao verem os resultados dos seus próprios trabalhos;
- iii) A melhoria do bem-estar e do comportamento demonstrados em boa disposição e extroversão na realização das atividades;
- iv) O auxílio na aprendizagem de outras disciplinas, na superação emocional e física durante esta prática mesmo nas situações mais complexas, como a recaída da doença, pós-quimioterapia e tristeza;
- v) Na evasão à própria doença e do local em que a criança está inserida para tratamento;
- vi) Na expressão e comunicação das emoções principalmente através dos desenhos, mas também noutras modalidades de expressão, como a pintura e a música.

A partir da experiência e das conclusões obtidas, será constituído um guião que poderá ser aplicável no âmbito da pediatria de instituições, públicas e privadas, de caráter hospitalar ou de serviço social. Espera-se ainda que este trabalho seja aprofundado em estudos posteriores, pois o efeito das atividades artísticas no bem-estar das crianças em tratamento oncológico revelou-se ser de fundamental importância para a sua saúde e bem-estar.

**THE CONTRIBUTIONS OF ARTISTIC ACTIVITIES TO THE WELLBEING
AND QUALITY OF LIFE OF CHILDREN UNDERGOING CANCER
TREATMENT: A STUDY IN THE IPO, PORTO AND GACC, BAHIA**

ABSTRACT

Hospitalized children, particularly children in oncological treatment, is a matter of high stress, since the diagnosis through the various stages of treatment, which processes, long or short, are often severe and disturbing of their wellbeing. Therefore, it is extremely important to follow up these children in order to mitigate these effects that disrupt their development and daily life. Arts education has been playing an important role in this context of pedagogical support in pediatric oncology.

The objective of this study was to understand the parameters and the contributions of the practice of artistic activities (AA) on improving the well-being of children with cancer under treatment. A case study was carried out in two institutions, one in Portugal (Portuguese Oncology Institute of Porto - IPO-P) and another in Brazil (Support Group for Children with Cancer - GACC) in Salvador da Bahia. To this end, five data collection instruments were applied:

- i) Non-participant observation, which focused on examining how child care subjects and primary caregivers interact with children, how they develop activities with them, how the groups interaction fits with space, and how the children themselves develop AA;
- ii) Interviews with key elements of the institutions relating to the characteristics of services, to identify general aspects of organisational work;
- iii) A survey questionnaire with general questions about the AA performed by children under treatment in IPO-P, applied to 32 respondents of three groups (children, parents and child care team) in order to obtain an initial knowledge the situation;
- iv) The questionnaire AAACTO (Artistic Activities Applied to Children in Oncology Treatment), based on previous one and on interviews, with 46 items divided into 5 parts, with more specific questions about the AA and in order to know, understand and compare the AA practices in both institutions and to recognize the important role of arts education in improving the oncological children's quality of life under hospital treatment. It was applied to a total of 150 subjects (75 of IPO-P and 75 of GACC) of three groups (children, parents and child care team);
- v) Drawings on three themes (portrait, family and fear) by children and young people under cancer treatment, were used to identify and interpret the imagery symbolism of visual expression, in a total of 40 samples: 20 drawings by 12 IPO-P children and 20 drawings by 9 GACC children.

From the main results obtained by the instruments used in data collection similarities and differences were observed between the practices of the two institutions, but the effect of AA were always considered positive by all respondents (children, parents and child care team). In brief, it was found that children and young people prefer to be in the

Playroom (IPO-P) and Toyroom (GACC), and it was revealed that the artistic activities in paediatric cancer treatment framework promote:

- i) Children's social integration, when they are with their own group and with others, keeping them active and close to the normality of daily life;
- ii) Improved self-esteem when they feel valued when they see the results of their own work;
- iii) Improvement of the welfare and behaviour demonstrated in a good mood and extroversion while carrying out their activities;
- iv) Assistance in learning other subjects, emotional and physical resilience during this practice even in the most complex situations such as relapse of the disease, post-chemotherapy and sadness;
- v) Evasion from illness and the place where the child is inserted for treatment;
- vi) Expression and communication of emotions mainly through drawings, but also in other forms of expression, such as painting and music.

From the experience and the conclusions obtained from this study, a guidebook shall be constructed to be applicable in the context of paediatric institutions, public or private, of hospital or social service feature. It is also expected that further in deep work will be carried out, since the effect of artistic activities in children undergoing cancer treatment proved to be of fundamental importance to their health and well-being.

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	v
AGRADECIMENTOS PESSOAIS	vii
AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS	ix
RESUMO	xi
ABSTRACT	xiii
ÍNDICE	xv
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xix
LISTA DE FIGURAS	xxi
LISTA DE QUADROS.....	xxiii
LISTA DE TABELA	xxviii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1. Qualidade de vida	5
1.1.1. Qualidade de vida relacionada com a saúde	6
1.1.2. Instrumento de avaliação da qualidade de vida e algumas especificidades.....	7
1.2. Cancro infantil e tratamentos.....	9
1.2.1. Tipos de neoplasia infantil.....	10
1.2.2. Tratamento oncológico pediátrico	15
1.3. Educação Hospitalar	18
1.3.1. Visão global sobre Educação Hospitalar	19
1.3.2. Cooperação interdisciplinar entre os professores e os profissionais de saúde	20

1.3.3. Ensino-aprendizagem no âmbito de acompanhamento pedagógico em cuidados de saúde	21
1.4. Educação pela Arte	24
1.4.1. Arte	24
1.4.2. A importância da educação pela arte	25
1.4.3. Educação pela Arte em Portugal e no Brasil	26
1.4.4. Práticas artísticas na escola.....	28
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.....	43
2.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	43
2.2. INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO	49
2.2.1. Observação não participante.....	49
2.2.2. Entrevistas a elementos chave	49
2.2.3. Questionário de sondagem.....	50
2.2.4. Questionário AACTO (Atividades Artísticas Aplicadas às Crianças em Tratamento Oncológico).....	51
2.2.5. Desenhos das crianças	55
2.3. RECOLHA DE DADOS	58
2.3.1. Observação não participante.....	58
2.3.2. Entrevistas a elementos chave	59
2.3.3. Questionário de sondagem.....	60
2.3.4. Questionário AACTO (Atividades Artísticas Aplicadas às Crianças em Tratamento Oncológico).....	61
2.3.5. Desenhos das crianças	62
2.4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	64
2.4.1. Observação não participante.....	64
2.4.2. Entrevista a elementos chave.....	64
2.4.3. Questionário de sondagem.....	64

2.4.4. Questionário AACTO (Atividades Artísticas Aplicadas às Crianças em Tratamento Oncológico).....	64
2.4.5. Desenhos das crianças	65
CAPÍTULO III – RESULTADOS.....	67
3.1. OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE	67
3.1.1. Observação não participante no IPO-P.....	67
3.1.2. Observação não participante no GACC.....	78
3.2 ENTREVISTAS A ELEMENTOS CHAVE	86
3.2.1. Entrevistas realizadas no IPO-P.....	86
3.2.2. Entrevistas realizadas no GACC	93
3.3. QUESTIONÁRIO DE SONDAAGEM.....	100
3.3.1 - Atividades artísticas - importância no âmbito hospitalar	100
3.3.2 - Bem-estar e comportamento.....	100
3.3.3 - Estímulo à atividade de ocupação	102
3.3.4 - Percepção de interesse em praticar Atividades Artísticas	103
3.3.5 - Atividades plásticas mais procuradas pelos filhos	103
3.3.6 - Momentos de introspecção.....	104
3.3.7 - Iniciativa da criança.....	104
3.3.8 - Satisfação da criança nas Atividades Artísticas	105
3.3.9 - Sensação de bem-estar.....	105
3.4. QUESTIONÁRIO AACTO	107
3.4.1 Caracterização da amostra do questionário AACTO.....	107
3.4.2. Análise do questionário AACTO.....	111
3.5. DESENHO DAS CRIANÇAS	128
CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES E DISCUSSÃO	169
CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	185

ANEXOS	197
--------------	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAACTO - Atividades Artísticas Aplicadas à Crianças em Tratamento Oncológico

CICI - Classificação Internacional do Câncer na Infância

DH - Doença de Hodgkin

EORTC - QLQ-C R38 - Quality of Life Questionnaire Colorectal-38

EORTC – QLQ-C30 - European Organization for Research and treatment of cancer – Quality of Life Questionnaire Core-30

ESAR- Exercício-Simbólico-Acoplagem-Regras

ESBC - Early Stage Breast Cancer- Specific QOL Sales

GACC – Grupo de Apoio à Crianças com Câncer

INCA – Instituto Nacional do Câncer

IPOFG – Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil

IPO-P – Instituto Português de Oncologia do Porto

LNH - Linfomas não-Hodgkin

MHIQ - McMaster Health Index Questionnaire

NHP - Nottingham Health Profile

OMS - Organização Mundial de Saúde

POQOLS - Adaptation of a Questionnaire to the Portuguese Population

POQOLS - Pediatric Oncology Quality of Life Scale

QVD – Qualidade de Vida

Rand HIS - Rand Health Insurance Study

RCBP - Registros de Câncer de Base Populacional

RMS - Rabdomiossarcomas

RORENO – Registo Oncológico Regional do Norte

SEER - Surveillance, Epidemiology, and End Results

SF-36 - The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey

SIP - Sickness Impact Profile

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TW - Tumor de Wilms

UW – QOL - University of Washington Quality of Life

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 – Desenho de investigação: esquema de percurso.....	47
Figura 2.2 – Grelha de apresentação dos dados relativos aos desenhos das crianças.....	57
Figura 3.1.1- Sala de Apoio Pedagógico do Adolescente (A e B); Sala de Brincar-1 (C); e Sala de Brincar-2 (D).....	68
Figura 3.1.2 – Adolescentes em contacto com a escola (A); a estudar (B e C); a desenvolver exercícios artísticos (D e E); e a entreter-se com videojogos (F).....	70
Figura 3.1.3 – Sala de Brincar-1: Painel com trabalhos expostos (A); crianças no exercício artístico e com máquinas perfusoras (B e C); professora a preparar atividades junto ao balcão com pia e materiais de expressão plástica (D).....	71
Figura 3.1.4 – Crianças na Sala de Brincar-1 desenvolvendo atividades de desenho e pintura (A a C); de desenho e literatura (D); menina com cateter e em atividade de recorte de papel (E); e atividade de pintura e geografia (F).....	72
Figura 3.1.5 – Sala de Jogos.....	73
Figura 3.1.6 – Casinha das Bonecas (A e B).....	74
Figura 3.1.7 – Área de vídeo e jogos eletrónicos (A e B).....	74
Figura 3.1.8 – Sala de Brincar-2 na 1ª fase: crianças no exercício artístico (A e B); painel com trabalhos de expressão plástica (C) e sala de espera (D).....	75
Figura 3.1.9 – Sala de Brincar-2 reconfigurada: Sala de Jogos (A) e Biblioteca (B).....	76
Figura 3.1.10 – Sala de Brincar-2 (A e B).....	77
Figura 3.1.11 – Visão geral da primeira Brinquedoteca (A e B); área com almofadas e pufs (C); e crianças em atividades sob monitoramento de voluntários e pais (D).....	79

Figura 3.1.12 – Uma das extremidades da 1ª primeira Brinquedoteca onde se realizavam aulas de música (A e B); área das expressões plásticas (C e D) e crianças em exercício artístico (E e F).....	80
Figura 3.1.13 – Espaço da Criança (A e B); e Playground (C e D).....	81
Figura 3.1.14 – Biblioteca do andar térreo: parte externa (A) e parte interna (B).....	81
Figura 3.1.15 – Crianças em atividades na sala de acompanhamento pedagógico (A e B).....	82
Figura 3.1.16 – Sala vista a partir da porta de entrada (A), bancada com pia (B), crianças e adolescentes em exercício artístico (C e D).....	83
Figura 3.1.17– Sala de Música: crianças em atividades com orientação do professor e acompanhamento de voluntários e pais (A a F).....	84
Figura 3.4.1a. Respostas dos inquiridos (Grupos A, B e C) sobre a perspectiva positiva da influência das atividades artísticas nas crianças de pediatria oncológica.....	114
Figura 3.4.1b. Respostas dos inquiridos (Grupos A, B e C) sobre a perspectiva negativa da influência das atividades artísticas nas crianças de pediatria oncológica.....	117
Figura 3.4.2. Respostas dos inquiridos (Grupos A, B e C) sobre a preferência das crianças de pediatria oncológica fazerem atividades artísticas individualmente ou em grupo.....	119
Figura 3.4.3. Respostas dos inquiridos (Grupos A, B e C) sobre o efeito da prática de atividades artísticas no comportamento e bem-estar das crianças de pediatria oncológica.....	122
Figura 3.4.4. Respostas dos inquiridos (Grupos A, B e C) sobre o tipo de atividades artísticas que as crianças de pediatria oncológica gostam de fazer.....	124
Figura 3.4.5. Respostas dos inquiridos (Grupos A, B e C) sobre a representação das emoções em desenhos e pinturas das crianças de pediatria oncológica.....	127

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1 – Instituições contactadas para efetuar o 2º estudo de caso.....	44
Quadro 2.2 – Métodos, objetivos e cronologia da investigação.....	48
Quadro 2.3. – Distribuição dos itens do questionário AACTO para o Grupo A – Crianças.....	53
Quadro 2.4 – Espaços em que as atividades artísticas foram observadas.....	59
Quadro 2. 5 – Distribuição de entrevistados.....	60
Quadro 2.6 - Amostra do questionário de sondagem.....	61
Quadro 2.7 – Neoplasias dos filhos dos progenitores respondentes.....	61
Quadro 2.8 – Número de sujeitos nas subamostras.....	62
Quadro 2.9 – Tabela com variáveis dependentes associadas aos desenhos.....	63
Quadro 2.10 – Tabela com nº de crianças e nº de respectivas imagens.....	63
Quadro 3.2.1.. Categorias e subcategorias identificadas nas entrevistas da equipa de assistência à criança do IPO-P.....	87
Quadro 3.2.2. Categorias e subcategorias identificadas nas entrevistas da equipa de assistência à criança do GACC.....	94
Quadro 3.3.1 - Acha importante as atividades artísticas realizadas no âmbito da Pediatria do IPO?.....	100
Quadro 3.3.2a - Observa algum sinal de melhoria no bem-estar e ou.....	101
Quadro 3.3.2.b – Se sim, que tipo de melhoria?	101
Quadro 3.3.3 – Incentiva a(s) criança(s) ou filho(s) à prática das atividades artísticas como atividade de ocupação?.....	103
Quadro 3.3.4 - Acha que as crianças valorizam e gostam de participar desses tipos de atividades?.....	103

Quadro 3.3.5 - Que tipo(s) de atividade(s) plástica(s) o(a) seu(sua) filho(a) mais gosta de praticar?.....	104
Quadro 3.3.6 - Qual a cor ou cores que mais gosta de utilizar nos seus desenhos e pinturas?.....	106
Quadro 3.3.7 - Que atividade artísticas mais gostas de praticar enquanto estás no hospital?.....	106
Quadro 3.4.1 - Dimensão das subamostras de cada instituição.....	107
Quadro 3.4.2 - Neoplasias apresentadas pelas crianças das duas instituições.....	108
Quadro 3.4.3 - Caracterização da subamostra A - Crianças das duas instituições, por idade e sexo.....	109
Quadro 3.4.4 - Caracterização da subamostra B - Pais das duas instituições, por idades	109
Quadro 3.4.5 - Caracterização da subamostra B - Pais das duas instituições, por profissão.....	110
Quadro 3.4.6 - Caracterização da subamostra C - Equipa de assistência à criança das duas instituições, por idades	111
Quadro 3.4.7 - Caracterização da subamostra C - Equipa de assistência à criança das duas instituições, por função.....	111
Quadro 3.5.1. - Desenho (retrato) de uma menina de 3 anos e 0 meses do IPO-P.....	129
Quadro 3.5.2 - Desenho (família) de uma menina de 4 anos e 3 meses do IPO-P.....	130
Quadro 3.5.3a - Desenho (retrato) de uma menina de 4 anos e 7 meses do GACC.....	131
Quadro 3.5.3b - Desenho (família) de uma menina de 4 anos e 7 meses do GACC.....	132

Quadro 3.5.4 – Desenho (família) de uma menina de 5 anos e 0 meses do IPO- P.....	133
Quadro 3.5.5 – Desenho (família) de uma menina de 5 anos e 6 meses do IPO- P.....	134
Quadro 3.5.6 – Desenho (retrato) de uma menina de 6 anos e 10 meses do IPO- P.....	135
Quadro 3.5.7 – Desenho (retrato) de uma menina de 7 anos e 0 meses do IPO- P.....	136
Quadro 3.5.8a – Desenho (retrato) de um menino de 7 anos e 2 meses do GACC.....	137
Quadro 3.5.8b – Desenho (família) de um menino de 7 anos e 2 meses do GACC.....	138
Quadro 3.5.9a – Desenho (família) de uma menina de 7 anos e 8 meses do GACC.....	139
Quadro 3.5.9b – Desenho (tema livre) de uma menina de 7 anos e 8 meses do GACC.....	140
Quadro 3.5.10a – Desenho (retrato) de menino de 7 anos e 10 meses do IPO- P.....	141
Quadro 3.5.10b – Desenho (família) de menino de 7 anos e 10 meses do IPO- P.....	142
Quadro 3.5.11a – Desenho (retrato) de um menino de 8 anos e 0 meses do IPO- P.....	143
Quadro 3.5.11b – Desenho (família) de um menino de 8 anos e 0 meses do IPO- P.....	144
Quadro 3.5.12a – Desenho (retrato) de um menino de 8 anos e 1 mês do IPO- P.....	145

Quadro 3.5.12b– Desenho (família) de um menino de 8 anos e 1 mês do IPO-P.....	146
Quadro 3.5.13a – Desenho (retrato) de um menino de 8 anos e 1 mês do GACC.....	147
Quadro 3.5.13b – Desenho (família) de um menino de 8 anos e 1 mês do GACC.....	148
Quadro 3.5.14a – Desenho (retrato) de uma menina de 8 anos e 7 meses do IPO_P.....	149
Quadro 3.5.14b – Desenho (família) de uma menina de 8 anos e 7 meses do IPO_P.....	150
Quadro 3.5.14c – Desenho (medo) de uma menina de 8 anos e 7 meses do IPO_P.....	151
Quadro 3.5.15a - Desenho (família) de uma menina de 9 anos e 3 meses do IPO-P.....	152
Quadro 3.5.15b – Desenho (medo) de uma menina de 9 anos e 3 meses do IPO-P.....	153
Quadro 3.5.16a – Desenho (retrato) de uma menina de 9 anos e 6 meses do IPO-P.....	154
Quadro 3.5.16b – Desenho (família) de uma menina de 9 anos e 6 meses do IPO-P.....	155
Quadro 3.5.16c – Desenho (medo) de uma menina de 9 anos e 6 meses do IPO-P.....	156
Quadro 3.5.17a – Desenho (retrato) de um menino de 10 anos e 2 meses do GACC.....	157
Quadro 3.5.17b– Desenho (família) de um menino de 10 anos e 2 meses do GACC.....	158

Quadro 3.5.17c – Desenho (medo) de um menino de 10 anos e 2 meses do GACC.....	159
Quadro 3.5.18a – Desenho (retrato) de uma menina de 12 anos e 2 meses do GACC.....	160
Quadro 3.5.18b – Desenho (família) de uma menina de 12 anos e 2 meses do GACC.....	161
Quadro 3.5.18c – Desenho (medo) de uma menina de 12 anos e 2 meses do GACC.....	162
Quadro 3.5.19 – Desenho (família) de um adolescente de 14 anos e 7 meses do GACC.....	163
Quadro 3.5.20a – Desenho (retrato) de uma adolescente de 17 anos e 1 mês do GACC.....	164
Quadro 3.5.20b – Desenho (medo) de uma adolescente de 17 anos e 1 mês do GACC.....	165
Quadro 3.5.20c – Desenho (tema livre) de uma adolescente de 17 anos e 1 mês do GACC.....	166
Quadro 3.5.21a – Desenho (retrato) de uma adolescente de 17 anos e 4 meses do GACC.....	167
Quadro 3.5.21b – Desenho (medo) de uma adolescente de 17 anos e 4 meses do GACC.....	168

LISTA DE TABELA

Tabela1- Grupos e categorias dos tipos de neoplasia infantil segundo a CICI.....	11
--	----

INTRODUÇÃO

No ano de 2002, em um dia e em um mês que se perderam na memória, depois de uma longa jornada de aulas de educação visual lecionadas, cheguei a casa e iniciei uma conversa familiar na qual o meu pai descrevia como foi a sua passagem pelo hospital em que se tratava de um cancro através da radioterapia. Em poucas palavras, ele relatou um facto que presenciou na sala de espera:

“Havia crianças próximas ao local em que eu aguardava, algumas estavam sem cabelo. Fiquei sentido por elas. Eu já estou numa idade avançada, mas elas são muito novas, deveriam estar a brincar”.

A visão da sala de aula da escola privada em que trabalhava já não foi a mesma no dia seguinte. Foi quando me propus a fazer um trabalho de assistência à crianças em tratamento oncológico, aonde quer que estivesse, a partir das ferramentas em mãos.

No presente estudo pretendeu-se aceder e auferir às práticas artísticas desenvolvidas no âmbito de apoio pedagógico de duas instituições de tratamento e apoio voltados à oncologia pediátrica, o Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-P) e o Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC), Bahia, e comparar estas informações em conjunto com os pareceres das crianças em tratamento, dos cuidadores destas crianças e da equipa de cuidados de saúde. Três grupos de sujeitos fundamentais deste campo, para responder à questão do contributo das atividades artísticas na melhoria do bem-estar das crianças com cancro quando estas estão em tratamento hospitalar.

O IPO-P está voltado ao acolhimento, tratamento de doentes, e à atividade científica; inclui diversas áreas da oncologia, sendo uma delas o Serviço da Pediatria, que está vocacionado para tratar crianças do 0 aos 18 anos de idade, tendo eles suspeita ou diagnóstico confirmado de doença oncológica. Atua em dois espaços fisicamente separados, mas funcionalmente interligados: o internamento, que ocupa todo o piso 12, e o ambulatório, que situa-se no piso 3 do edifício principal da instituição. O internamento tem uma lotação de 23 camas, distribuídas por 7 quartos individuais, e os restantes com duas camas. Todos estão equipados com saídas de oxigénio, aspiração de

parede, e dispõe de monitores fixos de sinais vitais. Possui uma sala onde são praticados procedimentos médicos que requerem anestesia de curta duração, e tem anexa uma área para recobro dos doentes, além de outras áreas de apoio ou sociais, de que se destacam a “Sala de Brincar” e o “Espaço do Jovem”. O ambulatório do Serviço inclui quatro gabinetes médicos de consulta, uma área de Hospital de Dia com duas camas e cinco cadeirões, um gabinete de enfermagem, e uma sala onde são efetuadas colheitas de sangue ou preparação de doentes para a realização de exames com anestesia (IPOPFG, 2007, cit. por Rocha, 2008).

O GACC é uma instituição que tem como objetivo promover a assistência psicossocial, médica e financeira à crianças com câncer, oriundas de famílias carentes do estado Bahia, e de dar as condições necessárias para elas serem submetidas ao tratamento médico adequado no combate à doença nos hospitais de Salvador (GACC, 2011, cit. por Rocha & Carvalho, 2012). Esta estrutura se distribui em 4 pavimentos: o 1º Pavimento com vários departamentos da administração e 18 suítes; o 2º Pavimento com centro de diagnóstico, sala para psicólogos, espaço do adolescente, sala para assistente social, sala para curativos, fisioterapia, gabinete odontológico e 18 suítes; o 3º Pavimento com brinquedoteca, sala de música, sala de expressão plástica, biblioteca, terapia ocupacional, refeitório para 56 lugares, 8 suítes, e outras áreas de suporte; e o 4º Pavimento com salas de aula, playground coberto, 8 suítes, área externa verde com parque, horta e outras áreas de apoio. Cada suite possui dois leitos: um para a criança ou adolescente, e outro para o seu acompanhante. A maioria das atividades artísticas concentra-se no 3º e 4º pavimentos, sendo a brinquedoteca o espaço mais procurado pelas crianças.

O primeiro capítulo apresenta o enquadramento teórico adotado com os temas substanciais que envolvem e dão suporte para este trabalho. Sendo assim, este encontra-se subdividido em quatro subcapítulos, onde apresentamos alguns conceitos sobre a **qualidade de vida**, abordamos a relação desta com a saúde, e mencionamos alguns dos seus instrumentos e especificidades para a sua avaliação. De seguida, expomos a questão do **cancro infantil e tratamentos**, os tipos de neoplasia e cuidado oncológico pediátrico; a **educação hospitalar**, onde se expõe uma visão global, a cooperação interdisciplinar entre os professores e os profissionais de saúde, e o ensino-aprendizagem no âmbito de acompanhamento pedagógico nesta área; e ainda destacamos o papel e a importância da **educação pela arte** com um breve histórico da

sua trajetória em Portugal e no Brasil, as práticas artísticas na escola com ênfase nas expressões dramática, musical e plástica, expandindo esta última vertente na escultura e modelagem, artesanato e trabalhos manuais, pintura, e desenho infantil.

O segundo capítulo apresenta a metodologia aplicada nesta pesquisa com a descrição do **desenho da investigação** no todo, e a fundamentação de cada fase do estudo. Sendo assim, primeiramente expõem-se os **instrumentos** de recolha de dados, que são a **Observação não participante**, **Entrevistas a elementos chave**, **Questionário de sondagem**, **Questionário AAACTO** (Atividades Artísticas Aplicadas à Crianças em Tratamento Oncológico) e **Desenhos das crianças**; o ponto de vista conceitual de cada um e, em seguida, os procedimentos e características da **análise e interpretação dos dados**.

No terceiro capítulo expõem-se os **resultados** individuais da aplicação dos instrumentos em cada uma das instituições (IPO-P e GACC) junto à comparação das semelhanças e diferenças entre as duas, e aos estudos de outros autores. O quarto capítulo apresenta a **conclusão e discussão**, que evidenciam convergências e divergências sobre a questão central da investigação; e, por fim, mencionamos algumas **considerações finais**, onde apontamos os aspetos positivos encontrados e algumas questões e dificuldades sentidas no decorrer da investigação, procurando ser o mais fiel possível aos fatos e determinantes do processo, visto que o tema ainda se encontra em um campo de pesquisa pouco explorado, mas que face à sua natureza e ao alcance obtido, são possíveis outras projeções em termos de dar continuidade à investigação através de novos caminhos complementares.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Qualidade de vida

O termo qualidade de vida (QDV) foi mencionado pela primeira vez em 1920 num livro sobre economia e bem-estar (Wood-Dauphinee, 1999, cit. por Kluthcovsky & Takayanagui, 2007), onde se discutiu o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre as suas vidas e sobre o orçamento do Estado. Após a Segunda Guerra Mundial, o termo passou a ser muito utilizado (Meeberg, 1993, cit. por Kluthcovsky & Takayanagui, 2007) com a noção de sucesso associada à melhoria do padrão de vida, principalmente relacionado com a obtenção de bens materiais, como casa própria, carro e salário (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007), mas só em 1960 se volta ao tema com a publicação do relatório da *Commission on National Goals do Presidente Eisenhower*, que visava à promoção da qualidade de vida da população americana. Neste relatório eram incluídos vários indicadores sociais e ambientais, tais como educação, crescimento económico, saúde e bem-estar (Ribeiro, 2009). Desde então, o tema tem sido objeto de estudo em diferentes áreas do conhecimento.

No sentido de alcançar um consenso em torno de um conceito mais abrangente do termo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), através do instrumento *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL Group, 1995), definiu a QDV como a percepção do indivíduo e sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que ele vive e em relação as suas metas, expectativas e interesses. O conceito inclui as condições de saúde física e psicológica, o nível de independência, e relacionamento social (Bortoluzzi, Lutz & Presta, 2011).

Neste sentido, Leal (2008, cit. por Lopes, 2011) considera que a QDV estará relacionada com a percepção que cada pessoa tem de si, dos outros, do que a rodeia, e que poderá ser avaliada em função de diversas variáveis, tais como a função da educação, da formação, da atividade profissional, das competências adquiridas, da resiliência pessoal, do otimismo, das necessidades pessoais e a saúde.

De uma forma mais alargada, Ribeiro (2002) alega que a QDV é a percepção que o indivíduo tem tanto de sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de

valores nos quais se insere, como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um amplo conceito de classificação, afetado de modo complexo pela saúde física do indivíduo, pelo seu estado psicológico, pelas suas relações sociais, pelo seu nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do meio ambiente. Portanto, é um termo extenso que concentra as condições que são fornecidas ao indivíduo para viver como ele pretende. Assim, a QDV envolve fatores relacionados com a saúde (o bem-estar físico, psicológico, emocional e mental), mas também outros elementos como a família, amigos, emprego ou outras circunstâncias da vida.

Almeida, Gutierrez & Marques (2012) referem, ainda, que o senso comum se apropriou da QDV de forma a resumir melhorias ou um alto padrão de bem-estar na vida das pessoas, sejam elas de ordem econômica, social ou emocional. Todavia, a área de conhecimento sobre a QDV encontra-se numa fase de construção de identidade, ora identificada em relação à saúde, ora à habitação, ao lazer, aos hábitos de atividade física e alimentação, mas o facto é que essa forma de saber afirma que todos esses fatores levam a uma percepção positiva de bem-estar.

1.1.1. Qualidade de vida relacionada com a saúde

O estudo dos determinantes da saúde tem vindo a ser cada vez mais valorizado por parte das diferentes entidades sociais e políticas. Dentro da comunidade científica tem-se verificado um crescente apelo ao desenvolvimento de investigação que amplie o leque de conhecimentos teóricos sobre as causas dos comportamentos que fomentam a saúde, bem como, também, apresente contributos práticos, no sentido de orientar mudanças promotoras de maior saúde e qualidade de vida para os indivíduos e comunidades (Almeida, 2013).

Num sentido abrangente, a saúde é atualmente considerada como um “conceito positivo”, globalizante, compreendendo o ser no seu todo, não o restringindo unicamente à componente física, mas inserindo-o no seu meio, dando-lhe uma dimensão psicológica, social, comunitária, pois o indivíduo é um ser de vida de relação, que deverá ter estilos de vida promotores de um equilíbrio interno, pessoal, individual, mas inseridos em comportamentos de homeostasia social com a comunidade (Bento, 1991, cit. por Carvalho & Gonçalves, 2011).

Como referido por Araújo & Araújo (2000), a saúde é um *continuum* com um pólo positivo e outro negativo. O positivo está associado à capacidade das pessoas de poderem aproveitar a vida, e de superar desafios e não apenas ausência de enfermidades, enquanto o pólo negativo está associado com a morbilidade e, em seu extremo, com a mortalidade.

Assim, a qualidade de vida relacionada com a saúde implica aspetos do condicionamento físico, podendo estar mais diretamente associada às enfermidades ou às intervenções em saúde (Zandonai et al., 2010). Relativamente aos tipos de enfermidades, a doença crónica que se prolonga no tempo, tem evolução gradual dos sintomas e aspetos multidimensionais potencialmente incapacitantes que afetam as funções psicológicas, fisiológicas ou anatómicas (Machado, 2009, cit. por Dias et al., 2011).

Dentro da diversidade das doenças crónicas, o cancro é uma das que causam maior impacto na população mundial. Após o seu diagnóstico, os pacientes com cancro apresentam tendência para a depressão, a qual pode interferir nos resultados do processo de tratamento, pelo que a depressão deve ser precocemente avaliada e tratada (Scannavino et al., 2013). Os agentes stressantes que se associam ao diagnóstico e ao tratamento da doença acarretam perdas importantes na qualidade de vida dos indivíduos e implicam a necessidade de um ajustamento psicossocial dos pacientes e seus familiares, para além das intervenções psicoterapêuticas especializadas.

1.1.2. Instrumento de avaliação da qualidade de vida e algumas especificidades

O interesse pelo conceito de qualidade de vida aliado à sua crescente relevância na prática clínica e à constatação da inexistência de um instrumento de avaliação de que privilegiasse uma perspetiva transcultural e subjetiva (Vaz-Serra, A., Canavarro, M. C. & Simões, M. R., 2006) tem vindo a conduzir a comunidade científica ao constructo de variados instrumentos de avaliação, os quais são considerados uma ferramenta comumente utilizada para a determinação do impacto das doenças na QDV das pessoas (Zandonai et al., 2010).

Os instrumentos de avaliação da QDV podem ser divididos em dois grupos: genéricos e específicos, podendo ser administrados por entrevistadores ou autoadministráveis (Campos & Neto, 2008). Os instrumentos genéricos são utilizados

na avaliação da QDV da população em geral. Usam-se questionários de base populacional sem especificar enfermidades, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planeamento e avaliação do sistema de saúde. Os mais frequentemente utilizados internacionalmente são: *Sickness Impact Profile* (SIP) (Gilson et al., 1975), *Nottingham Health Profile* (NHP) (Teixeira-Salmela et al., 2004), *McMaster Health Index Questionnaire* (MHIQ) (Brandão, Ferraz & Zerbini, 1997), *Rand Health Insurance Study* (Rand HIS) (Guyatt et al., 1995), *The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) (Guyatt et al., 1997), Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL, 1995), entre outros.

Os instrumentos específicos são capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspetos da QDV, proporcionando maior capacidade de deteção de melhora ou piora do aspeto em estudo. A sua principal característica é a sensibilidade de medir as alterações em decorrência da história natural ou após determinada intervenção. Podem ser específicos para uma determinada população, enfermidade, ou para uma determinada situação (Campos & Neto, 2008).

Na área da oncologia, a avaliação da QDV surgiu como uma questão central nos anos 80, em parte, devido aos grandes avanços da tecnologia médica na terapêutica do cancro e ao crescimento da complexidade das decisões médicas (Maguire & Selby, 1989, cit. por Oliveira, 2005). Para além disso, a QDV na área oncológica, surge de investigação da Psicologia neste campo, bem como da avaliação dos estados de saúde e dos resultados dos tratamentos (Arraras et al., 2000, cit. por Oliveira, 2005). A avaliação da QVD do paciente oncológico, nos dias de hoje, é um importante recurso para avaliar os resultados do tratamento na perspetiva do paciente. A monitorização dos sintomas da doença e os efeitos colaterais da terapêutica são aspetos importantes que influenciam a QDV dos doentes com cancro (Machado & Sawada, 2008).

Os instrumentos que avaliam a QDV em oncologia podem aceder aos dados do paciente de forma global e/ou de acordo com o diagnóstico, tipo de tratamento direcionado à sua especificidade e terapêuticas de apoio. Um exemplo de instrumento genérico é o *European Organization for Research and treatment of cancer – Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC – QLQ-C30), composto por 30 questões que compõem cinco escalas funcionais (Sawada et al., 2009). Um instrumento específico para pacientes com cancro cólon-retal é o *EORTC Quality of Life Questionnaire*

Colorectal-38 (QLQ-C R38) (Sprangers, te Velde, & Aaronson, 1999), que inclui itens de sintomas e funções corporais. Outro instrumento de avaliação específica para mulheres com cancro da mama no seu estágio inicial, *Early Stage Breast Cancer-Specific QOL Sales (ESBC)* tem 55 questões dentro de dez dimensões (Makluf, Dias & Barra, 2006). O *University of Washington Quality of Life (UW-QOL)* para doentes com cancro de cabeça e pescoço abrange 12 domínios (Paula & Gama, 2009; Rogers & Lowe, 2010). Por fim, o *Pediatric Oncology Quality of Life Scale (POQOLS)* (Silva & Ribeiro, 2008) que foi desenhado para crianças, contendo 21 itens distribuídos em três dimensões que incluem: “funcionamento físico e de restrição de atividades normais”, com nove itens; “problemas emocionais”, com sete itens; e “resposta ao tratamento médico ativo”, com cinco itens. A resposta é dada numa escala ordinal de 7 pontos entre “nunca” e “muito frequentemente”. Este instrumento foi o que serviu de base à construção do que foi aplicado no presente estudo, que se designou de “Atividades Artísticas Aplicadas à Crianças em Tratamento Oncológico” (AAACTO).

Esta avaliação da QDV das crianças, em especial, é um desafio para clínicos e investigadores, pelo facto das suas capacidades cognitivas estarem em evolução nas diversas idades e haver variedade de níveis da doença (Chang & Yeh, 2005, cit. por Silva & Ribeiro, 2008).

No caso da oncologia pediátrica, a problematização das alterações geradas pela doença englobam questões relacionadas principalmente com o diagnóstico, sintomas, tratamento, relacionamento com a família, idade e ao período escolar que a criança poderá (ou não) frequentar, causando influência direta ou indireta na sua qualidade de vida.

1.2. Cancro infantil e tratamentos

O cancro é uma enfermidade crónica e multicausal, mundialmente conhecida e caracterizada pelo descontrolado aumento das células. O cancro infantil é uma das principais causas de óbito, representando em média 2% das neoplasias malignas humanas (Souza & Fortes, 2012) e não pode ser considerado uma única doença, mas, sim, uma gama de diferentes malignidades. O tipo de cancro varia de acordo com a identificação histológica, localização primária do tumor, etnia, sexo e idade (INCA, 2008).

De acordo com IPOFG (2009, cit. por Santos & Figueiredo, 2013) em 2005, o número estimado de novos casos de cancro no grupo etário das crianças portuguesas com menos de 15 anos foi de 258, correspondendo a 0,67% do total de tumores diagnosticados nesse ano e uma taxa de incidência de 156,9 por milhão. De acordo com Registo Oncológico Regional do Norte - RORENO (2011, cit. por Santos & Figueiredo, 2013), na Região Norte de Portugal, entre 1997 e 2006, foram diagnosticados 845 novos casos de tumores em crianças com menos de 15 anos. Destes, 475 casos (56,2%) ocorreram em crianças do sexo masculino. O grupo etário com maior incidência foi o grupo de 1 a 4 anos. A taxa de incidência bruta global, no período considerado, foi de 150,5 novos casos por milhão crianças-ano (rapazes: 164,9 e raparigas: 135,3). Os três principais tipos de tumores foram leucemias (27%), tumores do sistema nervoso central (22%) e linfomas (14%); e a sobrevivência global há cinco anos foi de 76,6% (75,3% para rapazes e 78,3% para raparigas) (RORENO, 2011, cit. por Santos & Figueiredo, 2013).

No Brasil, a taxa mediana de incidência de cancro na infância é de 154,3 por milhão, representando a quarta e a quinta causas de óbito na faixa etária de um a 18 anos nos sexos feminino e masculino, respetivamente, e a primeira causa de morte por doença a partir dos cinco anos de idade (Camargo et al., 2010).

No geral, as três neoplasias mais frequentes em menores de 15 anos são as leucemias, os tumores do sistema nervoso central e linfomas. Ao conjunto das leucemias e linfomas é dada a designação de tumores líquidos. Os restantes tipos de cancro são denominados por tumores sólidos. Nesta categoria encontram-se todos os outros tipos de cancro que se desenvolvem nos tecidos do corpo com a exceção dos que se desenvolvem no sangue, na medula óssea e no sistema linfático (Silva, 2007, cit. por Rocha & Carvalho, 2013).

1.2.1. Tipos de neoplasia infantil

Segundo a Classificação Internacional do Câncer na Infância (CICI), o cancro infantil apresenta-se em 12 grupos distintos (INCA, 2008), como se apresenta na Tabela 1.

Tabela1- Grupos e categorias dos tipos de neoplasia infantil segundo a CICI

TIPOS DE NEOPLASIA INFANTIL	
GRUPOS	CATEGORIAS
I. Leucemia	I.a. Leucemia linfóide
	I.b. Leucemia não linfocítica aguda
	I.c. Leucemia mielóide crônica
	I.d. Outras leucemias especificadas
	I.e. Leucemias não especificadas
II. Linfomas e neoplasias retículo-endoteliais	II.a. Doença de Hodgkin (DH)
	II.b. Linfomas não-Hodgkin (LNH)
	II.c. Linfoma de Burkitt
	II.d. Miscelâneas de neoplasias linfo-reticulares
	II.e. Linfomas não especificados
III. Tumores de sistema nervoso central e miscelânea de neoplasias intracranianas e intra-espinais	III.a. Ependimoma
	III.b. Astrocitoma
	III.c. Tumores neuroectodérmicos primitivos
	III.d. Outros gliomas
	III.e. Outras neoplasias intracranianas e intra-espinais especificadas
	III.f. Neoplasias intracranianas e intra-espinais não especificadas.
Grupo IV: Tumores do sistema nervoso simpático	IV.a. Neuroblastoma e ganglioneuroblastoma
	IV.b. Outros tumores do sistema nervoso simpático
Grupo V: Retinoblastoma	-
Grupo VI: Tumores renais	VI.a. Tumor de Wilms, tumor rabdóide e sarcoma de células claras
	VI.b. Carcinoma renal
	VI.c. Tumores renais malignos não especificados
Grupo VII: Tumores hepáticos	VII.a. Hepatoblastoma
	VII.b. Hepatocarcinoma
	VII.c. Tumores hepáticos malignos não especificados
Grupo VIII: Tumores ósseos malignos	VIII.a. Osteossarcoma
	VIII.b. Condrossarcoma
	VIII.c. Sarcoma de Ewing
	VIII.d. Outros tumores ósseos malignos específicos
	VIII.e. Tumores ósseos malignos não especificados
Grupo IX: Sarcomas de partes moles	IX.a. Rabdomiossarcoma e sarcoma embrionário

	IX.b. Fibrossarcoma, neurofibrossarcoma e outras neoplasias fibromatosas
	IX.c. Sarcoma de Kaposi
	IX.d. Outros sarcomas de partes moles especificados
	IX.e. Sarcomas de partes moles não especificados
Grupo X: Neoplasias de células germinativas, trofoblásticas e outras gonadais	X.a. Tumores de células germinativas intracranianas e intra-espinais
	X.b. Outros tumores de células germinativas não gonadais e tumores de células germinativas não gonadais não especificados
	X.c. Tumores de células germinativas gonadais
	X.d. Carcinomas gonadais
	X.e. Outros tumores gonadais malignos e tumores gonadais não especificados
Grupo XI: Carcinomas e outras neoplasias malignas epiteliais	XI.a. Carcinoma de córtex adrenal
	XI.b. Carcinoma de tiroide
	XI.c. Carcinoma de nasofaringe
	XI.d. Melanoma maligno
	XI.e. Carcinoma de pele
	XI.f. Outros carcinomas e carcinomas não especificados
Grupo XII: Outros tumores malignos não especificados	XII.a. Outros tumores malignos especificados
	XII.b. Outros tumores malignos não especificados

De seguida caracterizam-se, de forma sucinta, as neoplasias mencionadas na Tabela1:

A **leucemia** é o tipo de cancro infantil mais comum em menores de 15 anos, correspondendo entre 25% e 35% de todos os tipos (INCA, 2008). A **leucemia linfoblástica aguda** é originada por sucessivos defeitos genéticos em células sanguíneas progenitoras da linhagem linfóide, fazendo com que essas células precursoras se multipliquem profusamente, sem qualquer tipo de controlo de autorrenovação ou de diferenciação (Cazé, Bueno & Santos, 2010).

Estima-se que cerca de 8% a 15% das neoplasias pediátricas são representadas pelo grupo dos **tumores de sistema nervoso central e miscelânea de neoplasias intracranianas e intra-espinais**, sendo estes os tumores sólidos mais frequentes na faixa etária pediátrica. Nos países desenvolvidos, estes representam o segundo grupo de diagnóstico mais comum na infância, com cerca de 19% a 27% das neoplasias. Nos

países em desenvolvimento constituem o terceiro mais incidente (Little, 1999; Ries, 1999, cit. por INCA, 2008).

Já os **linfomas e neoplasias retículo-endoteliais** correspondem ao terceiro tipo de cancro mais comum em crianças norte-americanas, após as leucemias e os tumores do sistema nervoso central (Little, 1999, cit. por Curvo, Pignati, & Pignati, 2013). Nos países em desenvolvimento correspondem ao segundo lugar, ficando atrás apenas das leucemias (Braga, 2002, cit. por INCA, 2008).

No grupo dos **tumores do sistema nervoso simpático**, que são responsáveis por 7,8% de todos os cancros em crianças menores de 15 anos de idade, o mais frequente na criança é o neuroblastoma. Nos EUA, aproximadamente 700 crianças e adolescentes menores de 20 anos são diagnosticados com tumor de sistema nervoso simpático a cada ano, dos quais aproximadamente 650 são neuroblastomas (Little, 1999, Ries, 1999, cit. por INCA, 2008). Em Portugal, é a quarta neoplasia pediátrica mais frequente depois das leucemias, tumores do sistema nervoso central e linfomas (Norton & Bento, 2006, cit. por Santos, 2010). O progresso na cura não foi tão acentuado como o registado nos outros tumores e continua a ser um grande desafio no mundo inteiro a realização do diagnóstico como doença localizada (INCA, 2008).

O **retinoblastoma** é um tumor intraocular maligno que pode ocorrer de forma familiar ou esporádica. Nos EUA, aproximadamente 11% dos retinoblastomas se desenvolvem no primeiro ano de vida e somente 3% se desenvolvem em crianças até 15 anos de idade (Little, 1999 & Ries, 1999, cit. por INCA, 2008). A incidência aumentou, provavelmente pela propagação do gene pelos sobreviventes da doença. Algumas evidências indicam que o retinoblastoma é mais frequente em países em desenvolvimento e em regiões tropicais, especialmente na América Latina, África e Ásia, representando de 10% a 15% dos tumores pediátricos (Magrath, 1997 & Strahlendorf, 1997, cit. por INCA, 2008).

De todas as neoplasias infantis, os **tumores renais** representam de 5% a 10% (Little, 1999, cit. por INCA, 2008). Destes, 95% são do tipo embrionário, denominado de nefroblastoma ou Tumor de Wilms (TW). Outros tipos histológicos que estão incluídos nesse grupo como o sarcoma de células claras, tumor rabdóide e os carcinomas renais são raros na infância. No passado, a incidência do TW era considerada estável, independentemente de etnia, sexo e área geográfica (Innis, 1973,

cit. por INCA, 2008). Mais recentemente notou-se variação geográfica e temporal desta doença com maior incidência na Escandinávia, Nigéria e Brasil; e menor no Japão, Índia e Singapura (Parkin, 1988, cit. por INCA, 2008).

Os **tumores hepáticos** são raros nas crianças, sendo o hepatoblastoma o mais frequente. Cerca de 85% destes tumores ocorrem antes dos cinco anos. O hepatocarcinoma apresenta variações geográficas importantes dependentes da exposição ao vírus da hepatite B. As frequências relativas dos tumores hepáticos encontravam-se distribuídas entre 0,8 a 1,3% na Europa, na Austrália e nos Estados Unidos (Parkin, 1988, cit. por INCA, 2008) e aproximadamente 2,5% no Japão e na Tailândia (Sriamporn, 1996, cit. or INCA, 2008).

Sobre os **tumores ósseos malignos**, o tumor de Ewing e o osteossarcoma representam 5% dos cancros que ocorrem na criança (Little, 1999, cit. por INCA, 2008). Informações dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) sugerem que a incidência de osteossarcoma seja maior na população negra dos EUA, Itália, Brasil, Alemanha e Espanha (Parkin, 1988, cit. por INCA, 2008). Em São Paulo, Brasil, o RCBP é o que tem maior incidência, especialmente na faixa etária entre 10 e 14 anos (Parkin, 1993, cit. por INCA 2008).

Os **Sarcomas de partes moles** correspondem de 4% a 8% de todas as neoplasias malignas na infância (Little, 1999, cit. por INCA 2008). Os rhabdomyosarcomas (RMS) originários da musculatura esquelética são o tipo que mais frequentemente acomete as crianças (INCA, 2008).

O grupo das **neoplasias de células germinativas, trofoblásticas e outras gonadais** é heterogêneo e com diversas localizações e tipos histológicos. Estes são tumores relativamente raros, e correspondem a 2% a 4% de todos os tumores da infância (Parkin, 1988, cit. por INCA, 2008).

A ocorrência dos **carcinomas e outras neoplasias malignas epiteliais** em crianças e adolescentes é rara, constituindo cerca de 2% dos casos (McWhirter, 1989 e Stiller, 1994, cit. por INCA, 2008). Informações do *Surveillance, Epidemiology, and End Results* (SEER) apontam que a incidência de todos os carcinomas em indivíduos com idades inferiores aos 20 anos corresponde a 9,2% dos tumores pediátricos (Ries, 1999, cit. por INCA, 2008). O carcinoma da tireoide nas crianças e adolescentes é raro,

porém a sua incidência aumentou sensivelmente nas crianças sujeitas ao acidente de Chernobyl em 1986 (Bard, 1997, cit. por INCA, 2008). A sobrevivência nas crianças é superior àquela encontrada nos adultos (Ries, 1999 e Storm, 2001, cit. por INCA, 2008).

Por fim, para os **outros tumores malignos não especificados**, um estudo com os RCBP brasileiros, diz que o percentual de tumor mal classificado variou entre 0% a 56,7%. Tal fato pode contribuir para a diferença no perfil da incidência do cancro pediátrico observado no país, sobretudo para os tumores do Sistema Nervoso Central (Reis, 2007, cit. por INCA, 2008).

Até a bem pouco tempo, o cancro na infância e na adolescência era considerado uma doença fatal. Contudo, atualmente, os progressos da medicina – novos fármacos, novos tratamentos, tecnologia mais eficaz – levaram a um aumento significativo da possibilidade de cura, principalmente quando o diagnóstico ocorre precocemente e o tratamento é especializado (Remedi et al., 2009).

1.2.2. Tratamento oncológico pediátrico

O **tratamento médico em oncologia** pode ser realizado através de várias intervenções clínicas: **cirurgia, quimioterapia, radioterapia, transplante de medula óssea** e/ou a combinação dos mesmos.

A **cirurgia** consiste no procedimento terapêutico que se dedica às doenças, lesões ou deformidades através de procedimentos manuais (Rezende, 2005). No caso do cancro, é muito comum o recurso cirúrgico para a remoção de tumores.

Já a **quimioterapia** (INCA, 2014) é um tratamento que utiliza medicamentos para destruir as células alteradas que constituem o tumor. Dentro do corpo humano, cada medicamento age de uma maneira diferente e por este motivo são utilizados vários tipos de medicamentos ao longo do tratamento.

O tratamento pode ser administrado por várias vias:

- a) Via oral - o paciente ingere pela boca o medicamento na forma de comprimidos, cápsulas ou líquidos, e pode ser feito em casa;
- b) Via intravenosa - a medicação é aplicada diretamente na veia, na forma de injeções ou dentro do soro;

- c) Via intramuscular - a medicação é aplicada por meio de injeções no músculo;
- d) Via subcutânea - a medicação é aplicada por injeções, por baixo da pele;
- e) Via intracranial – sendo menos frequente, a medicação pode ser aplicada na medula espinal pelo médico no ato cirúrgico;
- f) Via tópica - o medicamento (líquido ou pomada) é aplicado na região afetada da pele.

A **Radioterapia** (SBRT, 2014) utiliza radiações do tipo ionizantes para destruir ou inibir a multiplicação das células alteradas que formam o tumor. Estes raios são ondas eletromagnéticas com energia suficiente para alterar a estrutura da matéria celular através da retirada de elétrons dos seus átomos, levando à morte da célula tumoral ou impedindo de se reproduzir. As radiações são invisíveis, indolores e, dependendo da sua energia, atinge uma determinada profundidade do corpo e tem como principal objetivo curar uma enfermidade que esteja presente ou evitar o seu reaparecimento após a quimioterapia ou cirurgia. É possível, em muitas ocasiões, o paciente não ter qualquer efeito colateral durante o tratamento ou apresentar apenas uma reação passageira na pele por onde a radiação atravessou.

O **transplante de medula óssea** é levado a efeito em duas etapas: coleta de medula óssea a partir de um dador ou do próprio paciente, seguida de um processo semelhante à transfusão sanguínea (Pizzo e Poplack, 1997, cit. por Machado, 2003). A colheita de medula é feita geralmente na região da bacia na crista ilíaca, sendo que em adultos pode ser feita também na região do tórax a partir do externo (Machado, 2003).

Dentro deste quadro de processos terapêuticos, a criança tem que enfrentar situações novas, de grande incerteza e sofrimento. Para além das intervenções médicas agressivas, precisa de ter uma alimentação condicionada, conduzindo a um sofrimento psicológico e físico, com internamentos regulares e o contato com pessoas e ambientes estranhos (Gomes et al. 2004).

Posto isto, importa perceber a forma como a criança e o adolescente compreendem a doença, nas várias fases deste processo, pois muitas vezes são confrontados com algumas regressões, experienciam mudanças nas suas relações interpessoais e, simultaneamente, na percepção que têm de si próprios (Pimenta, 2013).

Segundo estudos de Araújo (2011), as principais características de cada uma destas fases são:

- Pré- diagnóstico e diagnóstico: considerada a fase em que os pacientes enfrentam as experiências mais stressantes, sendo as reações emocionais (choque, negação, dor, fúria e depressão) mais frequentemente manifestadas (Kellerman, 1980, cit. por Araújo, 2011; Pimenta, 2013);

- Início do tratamento: quanto maior a agressividade dos tratamentos a que a criança/adolescente venha a ser submetido, maiores as dificuldades em compreendê-los, pois os fazem sentir mal logo após a sua administração mesmo que sejam usados como o objetivo de os fazerem sentir melhor no futuro (Eiser & Havermans, 1992, cit. por Araújo, 2011, Pimenta, 2013). Nesta fase, as maiores complicações associam-se às dificuldades em lidar com a sua aparência física (queda de cabelo) e a dependência forçada (Pimenta, 2013).

- Remissão ou estabilização da doença: fase em que a criança e/ou adolescente irá experienciar a etapa da remissão ou resultado favorável ao tratamento a que foram sujeitos. Pode durar dias, semanas, meses ou anos. Aqui as maiores preocupações apresentadas pelos pais são por ser uma fase de incertezas, dúvidas e medos (Katz & Jay, 1984, cit. por Pimenta, 2013).

- Conclusão dos tratamentos médicos: devido aos avanços nesta área, esta passa a ser a fase que cada vez mais crianças e adolescentes começam a alcançar. Aqui podem surgir alguns sentimentos antagônicos, fazendo com que a cessação dos tratamentos varie entre a alegria do final das rotinas e do desconforto, e o sentimento de “ausência” da proteção constante que o hospital lhes proporcionava (Araújo, 2011, cit. por Pimenta, 2013).

- Recaída: esta fase pode ser encarada como o reinício de todo o processo, surgindo por vezes, as mesmas reações emocionais às descritas na fase do diagnóstico (Araújo, 2011, cit. por Pimenta, 2013).

- Fase terminal e morte: nesta fase, destaca-se a escolha pela criança ou adolescente do quando e com quem querem partilhar as suas ideias em torno da própria morte (Araújo, 2011, cit. por Pimenta, 2013).

Diante de todo este processo, desde se saber o tipo da neoplasia e o método para a extinguir, constata-se que o aparecimento de uma doença crónica afeta as crianças de uma forma direta e indireta. Direta, porque as coloca diante de situações adversas para as quais não estavam habituadas a lidar (exames, tratamentos, hospitalizações, alterações na aparência física, dor e separações) impedindo-as ou limitando-as de vivenciar situações facilitadoras do seu desenvolvimento normal, como o simples exemplo de brincar. De uma forma indireta, porque este tipo de doença provoca alterações de vária ordem nos pais, que, por sua vez, irão interferir na forma como o próprio desenvolvimento da criança (que continua a efetuar-se mesmo ao enfrentarem estas situações) se irá desenrolar (Silva, 2007, cit. por Rocha & Carvalho, 2011).

1.3. Educação Hospitalar

Vive-se um momento em que a educação busca a evolução ou o desenvolvimento da Pedagogia seguindo novos caminhos e novas perspectivas que atendam as necessidades da sociedade em constante transformação (Santos, 2011). Quando se fala em educação, a primeira imagem que vem à mente é a da escola, com todos os seus lugares delimitados e cheios de regras, bem como ao ato de ensinar e aprender, aos conteúdos escolares, às instruções, às avaliações. Essas concepções estão presentes no consciente e inconsciente devido aos vários sentidos que este termo evoca (Tinée & Ataíde, 2012).

A vertente do trabalho pedagógico em hospitais, segundo Fontes (2005), apresenta diversas interfaces de atuação e está na mira de diferentes olhares que o tentam compreender, explicar e construir um modelo que o possa enquadrar. No entanto, é preciso deixar claro que tanto a educação não é elemento exclusivo da escola, quanto a saúde não é elemento exclusivo do hospital. O hospital é, inclusive, um centro de educação, no qual, de acordo com a reflexão de Faria (2013), educar implica em utilizar práticas pedagógicas que desenvolvam ao mesmo tempo a razão, sensação, sentimento e intuição. Nesse cenário, educar vai além de transmitir conhecimentos e construir o saber sistematizado. Na verdade, a educação assume um sentido terapêutico, pois desperta no educando uma nova consciência que o faz deixar de lado a posição de pessoa hospitalizada para assumir uma postura positiva de transformação e aquisição de conhecimento.

1.3.1. Visão global sobre Educação Hospitalar

Educação Hospitalar é uma nova área de conhecimento no âmbito do ensino e aprendizagem, em que recentemente já se vão encontrando alguns trabalhos que evidenciam a necessidade de aprofundamento desta área, a qual está voltada para o atendimento das necessidades educacionais das crianças internadas em hospitais e que não podem frequentar a escola regular. Nesse sentido, o intuito é que a criança continue seu desenvolvimento integral que a hospitalização acaba por dificultar. Esta concepção educacional tem também em vista contribuir para que a criança, ao ser reinserida no contexto escolar, tenha condições de dar continuidade ao seu processo educacional dentro dos muros escolares (Nowiski et al. 2009).

Na sua abordagem sobre o tema, Fontes (2008) reverbera que a atuação dos professores¹ em hospitais tem sido uma questão bastante delicada na recente, mas já polêmica, discussão sobre a prática pedagógica em enfermarias pediátricas. O que está a ser discutido neste *locus* de ensino é atribuir ao educando o estatuto de sujeito de seu conhecimento, que ultrapasse os limites do diagnóstico clínico e que permita revelar todas as potencialidades de ser criança, não simplesmente o que o termo “paciente” significa conforme referido nos dicionários: ‘resignado’, ‘que suporta males’, ‘que revela paciência’. Pretende-se, isso sim, que seja (im) paciente, um aprendiz o mais autônomo possível e que tenha ânsia de se apropriar dos saberes fugazes e ser senhor de sua vida (Ortiz & Freitas, 2014).

Já na concepção de Della Corte (2012), uma Classe Hospitalar é, por princípio, um espaço físico diferenciado, onde crianças e adolescentes hospitalizados são convidados a frequentar, para fazerem suas atividades escolares; é um local ao qual esses pacientes podem recorrer quando são libertados do leito hospitalar, ou seja, é um espaço que pode promover o convívio, onde a premissa é deslocar a ênfase na doença, na dor e no tratamento clínico a que estão submetidos para a procura de favorecer a descontração, a sociabilidade, a brincadeira e o lazer, para além das atividades escolares. Esses são o “pano de fundo” das atividades ditas escolares, onde estudar se torna num prazer e as atividades com jogos e brincadeiras devem ser desenvolvidas. Também não se contabiliza a presença, ou a dita chamada, pois a vinda desses pacientes à classe está condicionada às condições clínicas dos mesmos.

¹ Utilizamos o termo professores abrangendo também os educadores de infância

1.3.2. Cooperação interdisciplinar entre os professores e os profissionais de saúde

Para além da problemática espacial, no sentido de onde a classe está incluída (hospitais ou unidades de apoio à saúde), da reinserção e/ou continuidade no contexto escolar, das consequências que as complicações clínicas e emocionais que o próprio internamento e confinamento podem causar a estas crianças/adolescentes nas suas aprendizagens e no relacionamento delas com o próprio grupo e outros participantes deste “novo” convívio, fica evidente a necessidade do relacionamento do professor com outros profissionais (os de saúde) distintos da sua área de trabalho, numa cooperação interdisciplinar.

Visto que o apoio pedagógico é oferecido aos pacientes na sala da classe hospitalar ou em trânsito pelas enfermarias, ambulatórios, leitos, isolamento e/ou nas brinquedotecas (ou salas de brincar), cria-se uma relação estreita entre professores e médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos e voluntários.

As informações sobre o desenvolvimento do tratamento, as limitações e possibilidades físicas dos pacientes são transmitidas pelos médicos aos professores, os quais, por sua vez, comunicam à equipa de saúde a evolução cognitiva alcançada advinda do acompanhamento pedagógico em conjunto com as particularidades de diagnóstico de cada criança/adolescente em tratamento. Os enfermeiros e auxiliares podem agir de forma colaborativa na monitorização medicamentosa enquanto as atividades escolares estão a decorrer, e os voluntários podem, ainda, interligar todas estas possibilidades facilitando o desenvolvimento de todo o processo intergeracional.

Della Corte (2012) enfatiza que a importância desta interação entre diferentes profissionais também se revela fundamental quando a criança está impossibilitada de ir à classe, pois há que se providenciar atendimentos nos mesmos âmbitos acima referidos (enfermaria, leito, ambulatório ou isolamento), onde a criança/adolescente, se em condições físicas para tal, poderá montar jogos, pintar ou brincar, ainda que acamado, para dar continuidade ao seu processo de aprendizagem também nestas situações. Crianças que apresentam enfermidades respiratórias, que são obrigadas a permanecerem em câmaras de oxigênio, que precisam ficar em isolamento por estarem imunodeprimidas, ou, ainda, que passam por cirurgias e estão impossibilitadas de se deslocar até ao espaço das aulas, são exemplos desta condição.

De acordo com Matos e Mugiatti (2008, cit. por Ferreira, 2011), a integração de professores nas equipas especializadas hospitalares permite o trabalho de equipa multidisciplinar para oferecer melhores possibilidades no âmbito dos próprios cuidados de saúde.

1.3.3. Ensino-aprendizagem no âmbito de acompanhamento pedagógico em cuidados de saúde

O crescimento da modalidade de atendimento em educação hospitalar já é, por si só, um fator que justifica a necessidade de formular propostas e fazer um aprofundamento de conhecimentos teóricos e metodológicos que buscam atingir um objetivo de dar continuidade ao processo de desenvolvimento psíquico e cognitivo das crianças e adolescentes que estão em situação de tratamento hospitalar (Fonseca, 1999, cit. por Foggiatto, 2006).

No caso de trabalhos a serem feitos a partir de solicitações da escola de origem do aluno, os conteúdos do ano letivo devem ser enviados por esta para o hospital ou unidade de saúde, e, de igual modo, em resposta à escola, cabe às instituições de saúde anexarem relatórios de acompanhamento sobre o processo educativo durante o internamento. Della Corte (2012) ainda salienta que caberá sempre ao médico ou responsável pela instituição atestar o tempo de permanência da criança/adolescente hospitalizado, o qual deverá ser entregue por ocasião da alta, à família, acompanhante ou outro responsável pela criança.

Por ser um ambiente diferenciado, naturalmente que nem todas as disciplinas podem ser aplicadas na sala de aula do âmbito de cuidados de saúde como na sala de aula comum. Por vezes, os professores e educadores necessitam de utilizar outros recursos para alcançarem o objetivo de ‘ensino-aprendizagem’. Em consequência, o trabalho de acompanhamento pedagógico neste âmbito poderá ser visto como uma atividade de entretenimento/passatempo, e de ocupação de tempos livres.

Um estudo realizado em Portugal no Hospital Pediátrico de Coimbra (Medina, 2010), no intuito de aceder às opiniões de educadores que trabalham no âmbito de cuidados de saúde, e no sentido de perceber como é vista a atividade do trabalho educativo desenvolvido, revela que toda equipa de apoio pedagógico afirma a sua função como uma atividade de educação, aquisição de conhecimentos/saberes e de competências, dando continuidade aos estudos, embora às vezes tais atividades

desempenhem também um papel de entretenimento. Dentre outras afirmações positivas, a investigadora ainda enfatiza que, neste âmbito, os professores consideram que o trabalho educativo desenvolvido junto das crianças doentes e internadas é benéfico e indispensável, sendo de grande usufruto para elas. A metodologia de ensino aplicada neste âmbito depende do contexto particular de cada instituição: espaço físico, profissionais, movimentos de entrada, alta e estado da criança/adolescente (Medina, 2010).

Uma investigação realizada num hospital infantil de referência de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, por Vaz, Vieira & Gonçalves (2005), identificou vários aspetos importantes a terem conta: a necessidade de um planeamento diferenciado na aplicação das aulas de Educação Física; as manhãs de segunda-feira e as tardes de sexta-feira são os piores momentos para a realização de aulas porque, com muita frequência, acontece a entrada em internamento e a alta hospitalar; dificuldade na continuidade das atividades devido à grande variedade, não apenas numérica, mas também etária e de origem geográfica e social entre os alunos e em cada dia de aula; as temáticas trabalhadas em sala de aula devem desenvolver-se em períodos de duração entre hora e meia e três horas, devendo atingir algumas metas nelas mesmas, mas, ao mesmo tempo, indicar uma possível continuidade para as aulas seguintes. A retomada constante e o registro de uma memória das aulas foram fundamentais para um bom resultado.

Para o ensino da matemática, numa pesquisa realizada dentro do Hospital Infantil Joana de Gusmão, também na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, entre 2003 e 2004, com turmas do 5º ao 8º ano, Foggiatto (2006) fez uma análise didática estabelecida nesse meio hospitalar. Para cada dia, antes de iniciarem as rotinas de aulas, pesquisavam no sistema de internação quem eram os pacientes e em que unidades se encontravam. Dessa maneira, passavam por todas as unidades convidando os alunos a participarem e verificando ao mesmo tempo quais não podiam sair do leito e precisariam de atendimento local. A grande rotatividade de alunos em relação ao tempo de internação era um dos fatores que mostrava que não podia haver situações pendentes, ou seja, o conteúdo iniciado deveria ser terminado, para que o aluno não ficasse desfasado em relação ao que fora previsto. No período de aproximadamente três horas, os alunos utilizavam computadores, conversavam e trocavam experiências sobre o conteúdo trabalhado.

Em outro estudo de caso, no mesmo hospital, Joana de Gusmão, a estratégia do ensino das ciências (Linheira, 2006) com turmas do 5º ao 8º ano, teve início com a proposta de não se abordar sobre temas relacionados ao cotidiano hospitalar. Não era desejado ou incentivado falar sobre doenças ou sobre a hospitalização, mas no decorrer do processo, algumas crianças começavam a se interessar pelo estudo do corpo humano para perceberem melhor o que lhes acontecia em relação à própria enfermidade, como no exemplo (Linheira, 2006, p. 43):

“Em 2005, ao final de uma aula de ciência sobre as células sanguíneas cheias de imagens de microscopia, uma aluna do 6º ano veio conversar. Ela disse: *Professora, tem uma foto de uma hemácia diferente?* Demorei a entender. Ela continuou: *É que eu tenho uma doença que é anemia falciforme. Eu queria ver como é que é.* Infelizmente não tinha nenhuma imagem de uma hemácia falcizada (em forma de foice), característica daquela doença. Ainda naquele momento não tinha clareza se deveria ou não mostrar a imagem, caso eu tivesse.”

Evidências como estas, para Linheira (2006), apontam possibilidades de se contextualizar o ensino, no caso das ciências, a partir do cotidiano hospitalar.

Já sobre o ensino das artes (Magalhães, 2012), em visita a uma unidade da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, Brasília, Brasil, foi possível perceber a presença de um artista (professor de educação artística) em todo o hospital. As vivências no hospital eram permeadas pelas produções artísticas realizadas pelas próprias crianças internadas e a instituição contava com a exposição de desenhos e pinturas expostos em cada ala. Os trabalhos receberam um tratamento especial, e em cada obra exposta foi colocada uma moldura, mostrando o cuidado dos professores pelos trabalhos dos seus alunos, bem como a preocupação de que aqueles trabalhos fossem elementos importantes para o ambiente hospitalar.

Ainda segundo Magalhães (2012), a organização do ensino das artes visuais na unidade SARAH, unidade de Brasília, não se configura dentro do contexto da classe hospitalar, porém não desqualifica, de modo algum, a seriedade e o compromisso com uma educação ampla e efetiva. Por meio destes exemplos percebe-se a importância da ação de um professor de educação artística, do mesmo modo em que mostra as novas possibilidades que o artista e educador possui ao transitar por estes espaços especiais de se fazer educação. A diversidade de culturas, bem como as diferenças de idades dos

alunos não são barreiras intransponíveis, são, antes, fatores motivacionais para um trabalho intenso de experiências. Nesse contexto, crianças e adolescentes encontram a oportunidade de compartilhar valores culturais e sociais de suas comunidades, do mesmo modo em que enriquecem os seus conhecimentos aprendendo com a realidade dos outros colegas. O ensino das artes pode encontrar, neste âmbito, um espaço significativo para a sua prática, considerando-se o processo criativo como uma ação inerente ao ser humano (Ostrower, 2010, cit. por Magalhães, 2010), e ainda pode servir como um elo condutor entre as várias disciplinas, entre o próprio grupo de crianças/adolescentes, e entre todos os sujeitos inseridos no contexto (profissionais de saúde e pais), num processo que deve circular na prática educativa na unidade de saúde.

1.4. Educação pela Arte

1.4.1. Arte

Arte é uma palavra de amplo significado. A prática e a observação desta leva a resumir o termo como a obra resultante da expressão humana advinda de emoções, raciocínio ou crenças, e sem a obrigatoriedade de algum estudo académico ou de habilidades especiais. Por isso, a arte é universal, inerente ao ser humana, e concebida de acordo com os principais períodos da humanidade, já que é tratada de forma distinta em cada época, designando estilos próprios que correspondem a diferentes momentos históricos; Nascimento (2012) sublinha que por mais isolada e primitiva que seja uma sociedade, a arte apresenta gostos estéticos ligados à beleza e, apesar dos gostos diferirem de povo para povo, isso não anula a sua veracidade.

Desde os primórdios dos tempos que o homem se expressa “artisticamente”, como o provam os mais remotos artefactos e pinturas rupestres. A expressão e a criatividade são duas capacidades que sempre o homem sentiu premente necessidade de satisfazer. Esta necessidade do homem, transcendente para alguns (Platão), e imanente para outros (Aristóteles), traduziu-se também nas grandes obras de arte que marcam o percurso da sua evolução cultural, como por exemplo (Sousa, 2005): as Pirâmides de Egipto, o Colosso de Rodas, o Farol de Alexandria, os Jardins Suspensos da Babilônia, a Monalisa de Leonardo da Vinci, o Guernica, de Pablo Picasso, a 5ª Sinfonia de Bethoven, a Flauta Mágica de Mozart, os Lusíadas de Luís Vaz de Camões e uma lista incontável de ideias originais em várias vertentes.

1.4.2. A importância da educação pela arte

As artes são linguagens, por isso são uma forma muito importante de manifestação e comunicação humana, o que justifica a importância da sua presença na educação (Silva et al., 2010).

O ensino das artes aborda uma série de significações, tais como o senso estético, a sensibilidade e a criatividade. Na escola, principalmente nas turmas iniciais, deve ser tratado como uma disciplina tão importante quanto as outras, pois possibilita a interpretação das diversas linguagens ao nosso redor e a manifestação dos sentimentos por meio de representações, como símbolo, gesto, desenho, pintura, dança, música e teatro (Wroblewski, 2009).

O cotidiano da escola no ensino básico, secundário, e principalmente a educação infantil, é permeado por práticas expressivas com linguagens artísticas. Essas abordagens são instrumentos de interligação usuais na ação da criança e do jovem sobre o mundo e no fazer pedagógico do professor. Os professores, para atenderem à comunicação com os alunos, fazem usos das linguagens artísticas voltadas para os mais variados objetivos, para um saber e um fazer passível de reflexão e de construções cognitivas (Pontes, 2001).

Eisner (2008), em concordância com as teorias do historiador de arte inglês, poeta e pacifista Herbert Read, que trabalhou em meados do século passado, reafirma que o objetivo da educação deveria ser entendido como a preparação de artistas, em que o termo artista não seria necessariamente pintores, dançarinos, poetas ou autores dramáticos, mas indivíduos que desenvolvam ideias, sensações, habilidades e imaginação para criar um trabalho que seja bem proporcionado, habilmente executado e imaginativo, que seja independente do domínio em que um indivíduo trabalha. Em sua reflexão, Eisner (2008) ainda diz que o maior elogio que podemos dar a alguém é dizer que ele ou ela é um artista, seja como carpinteiro, cirurgião, cozinheiro, engenheiro, físico ou professor. Em resumo, as belas artes não têm o monopólio do artístico.

Gardner (1995, cit. por Nunes, Horst & Spall, 2008), na obra *Inteligências Múltiplas - A Teoria na Prática* identifica sete inteligências: a inteligência musical, a inteligência linguística, a inteligência corporal-cinestésica, a inteligência lógico-matemática, a inteligência espacial e a inteligência interpessoal/intrapessoal. Essas inteligências funcionam combinadas, e qualquer papel adulto envolverá uma fusão de várias delas. O

autor (1995, cit. por Nunes, Horst & Spall, 2008) sublinha várias fases de desenvolvimento cunhadas como ondas de simbolização caracterizando várias etapas do progresso da expressão simbólica, considerando assim, imprescindível a presença da disciplina, da aprendizagem e do exercício no trabalho artístico (Gardner, 1973, cit. por Castanho, 2005).

1.4.3. Educação pela Arte em Portugal e no Brasil

Em Portugal, segundo Maria Emília Brederode Santos (2013), há dois períodos fundamentais no desenvolvimento do movimento da Educação pela Arte: as décadas de 50 e 60 que seriam as da “sementeira”, e as de 70 e 80 corresponderiam, senão à “colheita”, pelo menos à assunção e compromissos oficiais.

Em sua análise, destaca o ano de 1956 como marcante na educação artística, quando Manuel Maria Calvet de Magalhães é nomeado diretor da Escola Elementar Técnica Francisco de Arruda, é fundado o Centro Infantil Helen Keller e a Associação Portuguesa de Educação pela Arte, então presidida pela professora Alice Gomes, com a excelente colaboração de pintores como Almada Negreiros e Nikias Skapinakis, musicólogos como João de Freitas Branco e Calvet de Magalhães (este que terá sido um dos principais promotores da Associação), bem como de pedopsiquiatras como João dos Santos e Arquimedes da Silva Santos.

Na visão de Santos (2013), os anos 60 constituem uma espécie de ponte para as décadas seguintes dos compromissos oficiais através do papel assumido pela Fundação Calouste Gulbenkian: em 1961 é fundado o Instituto Gulbenkian de Ciência; em 1962, o Centro de Investigação Pedagógica, situado naquele Instituto; em 1965, Arquimedes da Silva Santos entra no Centro de Investigação Pedagógica com a missão de estudar a psicopedagogia da educação pela arte e formas de concretizá-la; e ao mesmo tempo, a Fundação vai ensaiando métodos novos de Iniciação Musical (designadamente de Orff e Willems). Nesses anos, Calvet de Magalhães alarga a sua atividade a novos campos educativos, designadamente aos materiais audiovisuais, em 1964 é nomeado diretor do Centro de Estudos de Pedagogia Audiovisual do Instituto de Alta Cultura e em 1965, vogal do Conselho Pedagógico do IMAVE.

Na década de 70, a Fundação Calouste Gulbenkian continua a ter um papel preponderante no ensino artístico e na educação pela arte. Madalena Perdigão promove um grande colóquio sobre o projeto de reforma do ensino artístico e, em 1971, é criada a Escola Piloto (mais tarde designada Escola Superior) de Educação pela Arte já com

foros de aceitação oficial. O movimento da Educação pela Arte fica, a partir daí e durante os cerca de 12 anos que durou esta instituição, muito centrado nesta Escola onde se reuniram professores que levaram a cabo uma experiência extremamente inovadora de educação pela arte mas sempre em condições de grande precariedade e instabilidade.

Santos (2013) conclui que, em Portugal, Manuel Calvet de Magalhães valorizou muito a Educação pela Arte, a expressão artística dos alunos, a arte como ponto de partida para outras aprendizagens, para enriquecimento individual e coletivo, e que soube concretizá-la na organização da escola, desde as paredes cobertas de citações e de pinturas dos alunos à abertura da escola aos pais, ao bairro, à comunidade através de sessões culturais aos sábados pela manhã. Também nos clubes locais promovia a importância à palavra, às linguagens, à expressão dos jovens e à forma como aproveitava os interesses e talentos dos professores que contratava.

Já no Brasil, o movimento de Arte Moderna, que ocorreu em 1922, acarretou uma grande renovação metodológica no campo da Arte-Educação. Mario de Andrade e Anita Malfati introduziram a defesa da livre expressão para a criança, e com isso criou-se a ideia de que a arte na educação não se ensina, mas é somente fruto da livre expressão (Silva, 1999). Em seguida, o modernismo no Ensino da Arte desenvolveu-se sob a influência do americano John Dewey e chegou ao Brasil através do educador Anísio Teixeira que foi seu aluno no Teachers College da Columbia University (Barbosa, 1989). Anísio foi o grande modernizador da educação no Brasil e principal personagem do Movimento Escola Nova na década de 30. Nesta fase, a ideia fundamental era dar, por exemplo, uma aula sobre peixes explorando o assunto em vários aspetos e terminando pelo convite aos alunos para desenharem peixes e fazerem trabalhos manuais com escamas, ou ainda dar uma aula sobre horticultura e jardinagem e levar as crianças a desenharem um jardim ou uma horta. Em 1948, com a criação da ‘Escolinha de Arte’, novas concepções se abrem e o objetivo passa a ser o desenvolvimento da capacidade criadora da criança (Silva, 1999). A forte tendência à intelectualização e a assimilação de conteúdos carecia de um currículo que interligasse o fazer artístico à História da Arte e a análise da obra de arte de forma a privilegiar o desenvolvimento da criança, respeitando as suas necessidades de expressão.

Entre os anos de 1960 e 1970 surge uma nova tendência pedagógica, a Pedagogia Tecnicista. Nesse contexto o ensino de Arte passa a ser centrado no mercado de trabalho, priorizando o ensino de técnicas voltadas para a formação de mão-de-obra barata destinada a um mercado tecnológico em expansão. Só a partir da década de 1980 é que se percebe uma mobilização profissional em torno do ensino de Arte de forma institucional no Brasil (Nascimento, 2012). A partir daqui, Ana Mae Barbosa renovou o ensino da arte com a proposta Triangular, que parte do princípio de que através de produção de arte a criança pensa inteligentemente à cerca da criação de imagens visuais; a História da Arte ajuda as crianças a entenderem o lugar e o tempo nos quais as obras são situadas; e a análise ou a leitura da obra de arte familiariza a criança com a gramática visual, as imagens fixas e móveis (Silva, 1999). É uma proposta que destaca a Arte como conhecimento que pode ser desenvolvido na escola, refutando o antigo conceito de Arte como espontaneísmo (Nascimento, 2012).

De acordo com Marques (2001, cit. por Nascimento, 2012) somente no final da década de 1990, entidades, associações e órgãos governamentais se preocuparam em incluir outras linguagens artísticas nas discussões acerca do ensino de Arte.

1.4.4. Práticas artísticas na escola

Como acima referido, as práticas artísticas, no geral, têm como objetivo desenvolver todas as possibilidades da criança/jovem de modo a permitir-lhe formar a sua personalidade e dar-lhe as melhores oportunidades de aprendizagem na escola. Experimentar e descobrir características de diversos materiais e contactar com diversos tipos de manifestações artísticas são atividades que permitem que a criança desenvolva, através do processo criativo, uma personalidade autónoma e crítica (Silva, 2012). No geral, as práticas artísticas mais utilizadas pela própria disciplina na escola são as atividades de **expressão dramática**, **expressão musical** e **expressão plástica**. Se, por um lado, estas atividades artísticas possuem características distintas, com ajustes específicos a um determinado ambiente e com determinados materiais, também possuem objetivos comuns, como se apresenta em seguida na descrição de cada uma delas.

1.4.4.1. Expressão Dramática

A área da Expressão Dramática (Almeida, 2012) merece um lugar de relevo no currículo da educação devido às suas potencialidades na educação global da criança e

do jovem, realçando-se a sua importância no desenvolvimento cognitivo e afetivo, sendo ainda um excelente veículo de sociabilização. Assim sendo, a expressão dramática é uma forma da criança se autodescobrir, de se afirmar, de tomar contacto com diferentes situações sociais e de pôr à prova a sua imaginação e criatividade. Deve ser considerada como uma forma natural de educar e ajudar a criança na relação com elas próprias, com o seu corpo, com os outros e com o mundo, respeitando as suas características individuais, a sua liberdade, as suas opiniões e o seu poder criativo permitindo à criança recriar experiências da vida quotidiana, situações imaginárias e utilizar os objetos livremente, atribuindo-lhes significados múltiplos.

Almeida (2012) sublinha que a Expressão Dramática pode ser trabalhada através de jogos teatrais, tais como: jogos de imitação, jogos de mímica, dramatizações de histórias conhecidas ou inventadas, representações com fantoches, entre outras. Estes jogos podem dar à criança o meio de exteriorizar, pelo movimento e pela voz, os seus sentimentos profundos e as suas observações pessoais. Têm por objetivo aumentar e guiar os seus desejos e as suas possibilidades de expressão e de forma a promover o desenvolvimento da criatividade das crianças, pelo que o educador deve ter em consideração os interesses do grupo ao seleccionar os materiais que irá deixar à disposição das crianças, pois aqueles devem ser adequados aos interesses das crianças para que se sintam motivadas com a atividade.

1.4.4.2. Expressão Musical

A Expressão Musical é conhecida pelo trabalho de exploração de sons e ritmos, produzidos e explorados espontaneamente pela criança. Esta, por sua vez, aprende a produzi-los e a identificá-los com base em quatro aspetos: timbre, duração, altura e intensidade. Desta forma, expressão musical está intimamente relacionada com a educação musical que se desenvolve em torno de cinco eixos fundamentais: escutar, cantar, dançar, tocar e criar (ME, 1997, cit. por Cármen Reis, 2012).

Assim, o ensino da música tem como objetivo proporcionar à criança o desenvolvimento das suas faculdades, independentemente do seu grau de aptidão musical. Além disso e como acima referido, a música, tal como nas outras artes, não é algo que exista somente para o simples entretenimento, é também uma forma de comunicação mais profunda. Desta forma, a música não é só essencial para o desenvolvimento das capacidades musicais, de igual modo, tem a capacidade de

proporcionar o desenvolvimento de outros domínios que são fundamentais numa formação equilibrada da criança, devendo, por isso, ser facultada a todas elas (Cláudia Reis, 2012).

Enquanto na educação musical se pretende que a criança aprenda “música”, na educação pela música pretende-se proporcionar meios para satisfazer as suas necessidades desenvolvimentais, sobretudo de exploração e integração no mundo sonoro, de expressão e de criação, focalizado na criança (Cármen Reis, 2012). Segundo Sousa (2003, cit. por Cármen Reis, 2012), pretende-se com a educação musical criar na criança um despertar para o mundo dos sons e um envolvimento cada vez mais profundo na parte musical da sua vida, pelo que vários pedagogos desenvolveram metodologias com este propósito. Assim, o professor/educador deve atender à singularidade musical de cada criança, dando-lhe, oportunidade de desenvolver, à sua maneira, as suas propostas e os seus projetos, sem, contudo esquecer que é professor e que, como tal, deve ter propostas e projetos para os seus alunos de modo que a música contribua para a sua formação afetiva, pessoal, social e intelectual.

A prática musical (cantar, tocar, dançar), o escutar a música ou efetuar diversas atividades através dela, contribui para que a criança consiga o desenvolvimento pleno da sua personalidade, com a aquisição de hábitos intelectuais e técnicas de trabalho, preparando-a para participar ativamente na vida social, desenvolvendo, sobretudo, as suas capacidades criativas e o espírito crítico (Shilaro, 1990, cit. por Cármen Reis 2012).

1.4.4.3. Expressão Plástica

Entende-se a expressão plástica como o ato ou efeito de exprimir algo por meios plásticos, isto é, uma formação expressiva realizada utilizando técnicas de produção resultantes das artes plásticas, que envolvem materiais plásticos e visuais, envolvendo materiais do campo das belas artes. O objetivo principal da expressão plástica na escola é centrar-se na expressão natural, livre e espontânea, afastando-se totalmente da criação de obras de arte e focalizando-se no processo e não no produto final obtido, sendo entendida como um meio de a criança/jovem expressar as suas emoções e sentimentos utilizando materiais diversificados e explorando-os, orientada ou individualmente (Reis, 2012).

As expressões plásticas de uso mais comum no contexto escolar são a **escultura e modelagem, artesanato e trabalhos manuais, pintura e desenho**.

Escultura e modelagem

A escultura e modelagem consistem num processo que propicia à criança maior aplicação das suas potencialidades, respeitando cada fase do seu crescimento psicomotor. Para a criança na fase pré-escolar é importante oferecerem-se materiais que estimulem e impressionem os seus sentidos. Reconhece-se a argila como um dos materiais mais favoráveis para o desenvolvimento psicomotor da criança, pois é um elemento natural com muitas possibilidades no trabalho com modelagem (Zanella, 2012). A manipulação da argila é um meio eficaz no processo de liberdade de cada criança, pois propicia lazer e liberta os movimentos, desenvolvendo a percepção que é um fator muito importante na formação da espacialidade.

A modelagem é um dos meios de preparação para a expressão do pensamento, porque o movimento das mãos se submete aos impulsos íntimos e estes, ao processo ideativo. O que a palavra não conseguir exprimir, o movimento, a forma, o volume, o gesto, trazem a linguagem viva do mundo interior, refletindo o carácter, o temperamento, com fortes impressões da personalidade (Zanella, 2012). A atividade de manipular a argila permite a expressão dos problemas afetivos e revela o nível de desenvolvimento intelectual. A criança, ao trabalhar com este material, tem condições de dominá-lo, libertando assim, as suas tensões, pois é um material vivo, de ação calmante. A modelagem beneficia, assim, os sentidos físicos da criança no movimento de estiramento do barro, onde conhecendo familiariza com figuras, descobre conjuntos, percebe dimensões e ainda é capaz de situar distâncias e assim ajusta o seu mecanismo visual para o mundo real que a cerca. Num trabalho bem desenvolvido com argila ou massa de modelar, a independência da criança surge gradativamente, aumentando a sua imaginação criadora, proporcionando uma atividade mais autónoma, mais concentrada e com menos dispersão mental (Gabbai, 1987; Zem & Funck, 2009, cit. por Zanella, 2012).

Artesanato e trabalhos manuais

No artesanato e trabalhos manuais os objetos são transmissores de cultura e diferem de outras formas simbólicas em virtude de sua presença física. São conhecidos e entendidos através do olhar, cheiro, toque e, às vezes, sabor. Palavras são muitas vezes

usadas como veículo para dividir o conhecimento e o entendimento, mas invariavelmente falham quando se propõem a produzir descrições adequadas. Os objetos têm histórias, sobrevivem às pessoas e podem ser o veículo para trazer o passado para o presente, reforçando valores culturais e oferecendo estabilidade. Entendimentos culturais expressos em objetos, linguagem, ou mesmo em qualquer outra forma não são separados, pelo contrário, são “mutuamente reflexivos”, pois alimentam-se um ao outro interagindo e possibilitando significados a serem desenvolvidos e criados (Weirner, 1985; Guss, 1989, cit. por Ford, 1999).

Os objetos artesanais feitos à mão, talvez mais que qualquer outro artefacto, expressam uma identidade cultural, pois são particulares e incorporam interações pessoais. Dada a sua importância, no currículo nacional inglês, o tema “arte” foi definido como “arte, artesanato e design”. O artesanato é resultado da interação humana com a natureza do material, são trabalhosos, únicos e expressivos (Ford, 1999).

Dissanayake (1988, cit. por Ford, 1999) sugere que a arte/artesanato flui de um desejo humano em realizar um “fazer especial”, que vá além da necessidade imediata e funcional. Os objetos de artesanato são tradicionalmente feitos ou comprados para oferecer, são produtos da intenção e do desejo humano e ajudam as crianças a dar forma às suas próprias concepções sobre o mundo (Ford, 1999). As crianças também são socializadas pelos objetos e cultura material que as rodeiam e daí a importância da sua presença no currículo escolar. Esta atividade é muito usual nas datas comemorativas, principalmente aquelas em que a criança poderá presentear os pais ou amigos com os objetos feitos pelas suas próprias mãos.

Pintura

Através do ato de pintar a criança constrói um mundo imaginário, e a imaginação é para ela uma ferramenta cada vez mais expressiva. Com a imaginação a criança encontra uma maneira própria de se comunicar com ela mesma e organiza melhor o seu mundo. A pintura permite à criança traduzir plasticamente, através da ação corporal sobre a matéria colorida, suas experiências visuais. A imaginação deslumbrada, diante do percebido, invade a criança com imagens e ideias, impulsionando-a a procurar respostas para o que vê no mundo (Richter, 2002, cit. por Antunes, 2009).

Brincando com tintas, cores, pincéis e suportes variados, a criança também tem oportunidade de explorar o mundo material e cultural em sua volta e expressar os seus

sentimentos, sonhos, fantasias e ideias. A pintura é extremamente importante enquanto estratégia de organização e apropriação de um pensamento simbólico em processo de constituição. Desta forma, para a criança, pintar torna-se muito importante, pois o ato de pintar proporciona-lhe a possibilidade de elaborar significados relevantes que o verbal pode não alcançar. Tem um importante lugar no desenvolvimento da criança, é de fácil acesso e, para ela, usar tinta é como mágica, quando mistura as cores e essas vão formando uma nova cor, há um grande momento de motivação. A primeira forma que a criança encontra para demonstrar o seu entusiasmo é pedir para que todos olhem. Atrair/convergir o olhar do outro para a sua pintura torna-se fundamental para a criança compreender e compartilhar suas sensações e descobertas visuais (Richter, 2002, cit. por Antunes, 2009).

Para Antunes (2009), este momento mágico de misturar tintas, ser um fazedor de cor, permite à criança traduzir as suas experiências vividas. A participação do adulto ou professor durante o ato de pintar da criança deve ser a de ensinar, mas sem obstruir nem adulterar a iniciativa e a criatividade de cada um. Através das experiências artísticas, a criança tem oportunidade de criar e acaba envolvendo-se em situações que a faz refletir tendo que fazer escolhas, tomar decisões em busca do que pode ser mais harmonioso. Pintando, a criança desenvolve a coordenação motora além de desenvolver também a inteligência, a curiosidade e a criatividade. As crianças adoram pintar, e nesta atividade divertida, podem despertar o seu interesse pela cultura, além da sua capacidade e gosto por aprender (Antunes, 2009).

Desenho Infantil

De acordo com Mèredieu (2006, cit. por Vieira, 2007), Georges Henri Luquet foi um dos primeiros estudiosos a apontar estágios nos traçados expressos pela criança, conforme a sua idade. O autor apresenta o percurso do desenho infantil como algo universal, apesar de considerar de certa forma, a influência do adulto no processo de desenvolvimento das técnicas gráficas utilizadas pelas crianças (Vieira, 2007).

Na sua concepção, Luquet (1969, cit. por Simas, 2011) identifica quatro estágios sucessivos, no âmbito do realismo: 1 – Realismo Fortuito; 2 – Realismo Falhado; 3 – Realismo Intelectual; e 4 – Realismo Visual. Como esclarece o autor, o termo realismo é utilizado para justificar a intenção de representar fielmente um objeto, tal como a criança o vê. Desta forma, a criança revela nas suas representações gráficas muitos

detalhes e características minuciosas do objeto por ela visualizado, os quais muitas vezes são imperceptíveis aos olhos de um adulto.

Assim, o primeiro estágio proposto por Henri Luquet (1969, cit. por Simas, 2011), que começa por volta dos 2 anos e põe fim aos três anos de idade, é denominado de **realismo fortuito**, e é subdividido em duas etapas: o desenho involuntário e desenho voluntário. No desenho involuntário, a criança inicialmente realiza linhas e traços espontâneos, pois ainda não tem a intenção de representar a imagem de um objeto em suas atividades gráficas, como também não estima nenhuma interpretação figurativa às suas produções. Segundo o autor, o importante para a criança é executar movimentos com a mão que, estando munida de acessórios variados, deixa num suporte, tal como uma folha de papel, traços que não existiam antes. Nesta etapa a criança é movida essencialmente pelo prazer provocado pelos movimentos de suas mãos em diferentes superfícies, tais como areia, lama, lápis sobre o papel, entre outros. Até então, a criança não atribui nenhum significado ao seu desenho. Entretanto, na etapa seguinte, chamada de desenho voluntário, ela começa a perceber certa analogia entre alguns dos seus objetos traçados e um objeto real, e enuncia a interpretação que lhe dá. Assim, de início, a criança desenha sem nenhuma intenção de representar algo, no entanto, ao terminar a sua atividade gráfica, já consegue estabelecer alguma interpretação sobre o que desenhou, atribuindo-lhe algum nome (Simas, 2011).

No segundo estágio, período que ocorre entre os 3 e os 4 anos de idade, o **realismo falhado**, também chamado de incapacidade sintética, onde a criança tenta ser realista ao desenhar um objeto, no entanto, não sabe ainda dirigir e limitar os seus movimentos gráficos de modo a dar ao seu traçado o aspeto que quereria (Luquet, 1969, cit. por Simas, 2011). Para o autor, este estágio caracteriza-se pela imperfeição gráfica, pois a criança enfrenta algumas dificuldades para representar o objeto desejado, apresentando descontrolo nos seus movimentos. Isto significa que por mais que a criança tente, não consegue perceber os pormenores gráficos de um objeto, e assim exagera nas dimensões de algumas partes do objeto desenhado (Simas, 2011).

Já no terceiro estágio, o **realismo intelectual**, período compreendido entre os 4 e os 12 anos de idade, a criança consegue superar a incapacidade sintética e agora nada impede que o seu desenho seja realista. Assim, a criança começa a representar fielmente o objeto como o vê, e também apresenta no seu desenho “não só os elementos concretos

invisíveis, mas mesmo os elementos abstratos que só tem existência no espírito do desenhador” (Luquet, 1969, cit. por Simas, 2011, p. 27). Como faz lembrar o autor, a criança revela em suas produções gráficas, os pormenores e detalhes que lhe convém representar. Além disso, a criança desenha com base na concepção que tem sobre o objeto naquele momento sem se preocupar com a sua estrutura visual (Simas, 2011).

Por fim, o desenho infantil atinge o último estágio proposto por Luquet, o **realismo visual**, que ocorre por volta dos 12 anos de idade, o qual assume características do desenho de um adulto. Considera que neste estágio, os detalhes representados num objeto têm por finalidade particularizar as formas que antes eram tidas como genéricas (Pillar, 1996, cit. por Simas 2011). A partir desta perspetiva, verifica-se que o desenho infantil se caracteriza pela sua representação visual, ou seja, a criança passa a se preocupar em representar nitidamente os detalhes e os elementos observados em cada objeto que irá desenhar (Simas, 2011).

Por sua vez, Marthe Berson (1966, cit. por Amancio, 2006) distingue três estágios no traçado infantil: **1– Estágio Vegetativo Motor**, por volta dos 18 meses, com o traçado mais ou menos arredondado, conexo ou alongado e o lápis não sai da folha e forma turbilhões; **2 – Estágio Representativo**, entre os 2 e 3 anos, caracteriza-se pelo aparecimento de formas isoladas, a criança passa do traço contínuo para o traço descontínuo, e pode haver comentário verbal do desenho; **3 – Estágio Comunicativo**: começa entre 3 e 4 anos, traduz-se por uma vontade de escrever e de comunicar-se com outros, com traçado em forma de dentes de serra, que procura reproduzir a escrita dos adultos.

Na Análise de Piaget (1976, cit. por Rocha, 2008) são considerados cinco estágios: 1 – Garatuja; 2 – Pré-Esquematismo; 3 – Esquematismo; 4 – Realismo; e 5 – Pseudo-Naturalismo.

A **Garatuja** faz parte da fase sensório-motora, 0 a 2 anos, e parte da fase pré-operacional, dos 2 aos 7 anos. A criança demonstra extremo prazer nesta fase. A figura humana é inexistente ou pode aparecer da maneira imaginária. A cor tem um papel secundário, só aparecendo o interesse pelo contraste, mas sem intenção consciente. Pode ser dividida em:

- Desordenada: movimentos amplos e com relação à expressão, vemos a imitação, ainda é um exercício.

- Ordenada: possui movimentos longitudinais, circulares e coordenação visomotora. A figura humana pode aparecer de maneira imaginária, pois aqui existe a exploração do traçado e interesse pelas formas. Nesta fase a expressão é o jogo simbólico. O símbolo já existe e as formas irreconhecíveis têm significado. Atribuem nomes e contam histórias. A figura humana pode aparecer de maneira imaginária, também podem aparecer sóis e outras figuras circulares.

No **Pré-Esquematismo**, que pode ocorrer até aos 7 anos de idade, aparece a descoberta da relação entre o desenho, o pensamento e a realidade. Os desenhos são dispersos inicialmente, não se relacionando entre si e aparecem as primeiras relações espaciais devido aos vínculos emocionais. A figura humana torna-se uma procura de um conceito que depende do seu conhecimento ativo e se inicia a mudança de símbolos. A utilização das cores pode ocorrer, mas não há relação ainda com a realidade, dependerá do interesse emocional.

O **Esquematismo** faz parte da fase das operações concretas, dos 7 aos 10 anos. Surgem esquemas representativos e afirmação de si mediante repetição flexível do esquema. A linha de base é o primeiro conceito definido de espaço. Já tem um conceito definido quanto à figura humana, porém aparecem desvios do esquema com exagero, negligência, omissão ou mudança de símbolo. Nesta fase existe a descoberta das relações podendo haver um desvio do esquema de cor expressa por experiência emocional. Aparece na expressão o jogo simbólico coletivo, jogo dramático e a regra.

O **Realismo** também faz parte das operações concretas, aos 10 anos de idade, mas já no final desta fase. Existe uma consciência maior do sexo e autocrítica pronunciada. Em termos do espaço é descoberto o plano e a superposição. A criança abandona a linha de base. Na figura humana aparece o abandono das linhas. Aparecem as formas geométricas. Há maior rigidez e formalismo. A acentuação das roupas diferencia os sexos. Ocorre o abandono do esquema de cor e a acentuação será de enfoque emocional.

O **Pseudo-Naturalismo** está na fase das operações abstratas dos 10 anos em diante. É o fim da arte como atividade espontânea. Inicia-se a investigação da sua própria personalidade. Aparecem dois tipos de tendência: visual (realismo e objetividade); háptico (expressão e subjetividade). O espaço já apresenta a profundidade ou a preocupação com experiências emocionais. Na figura humana as características sexuais são exageradas, há presença das articulações e proporções. A consciência visual, realismo, ou acentuação da expressão, também fazem parte deste período e há uma maior conscientização no uso da cor, podendo ser objetiva ou subjetiva. Aqui estão presentes o exercício, o símbolo e a regra.

No que diz respeito ao simbolismo no uso da cor, a criança oscila entre o convencional, o subjetivo e o fortuito. As cores servem para: *(i)* identificar as coisas pelo seu nome, por exemplo, céu azul, folhagem verde, sol amarelo; *(ii)* para exprimir sensações e estados emocionais, como a tristeza, em tons sombrios; *(iii)* a alegria, com cores vivas; *(iv)* a calma, com tons suaves; e *(v)* a exaltação, com cores fortes e agressivas, *(vi)* o negro tanto pode representar a noite e a treva como um estado de melancolia profunda. Nem sempre a criança respeita a cor natural, podendo pintar um cão verde ou um cavalo azul, pois o fascínio da cor sobrepõe-se, muitas vezes, ao motivo, realçando a sua expressividade (Rodrigues, 2002, cit. por Rocha, 2008). Muitas vezes também a criança pega na cor que está mais a jeito, se não há verde põe azul; assim, nem sempre o uso da cor parece ser um ato pensado, consciente e interiorizado.

No entanto, Bédard (1998) considera existir uma simbologia para cada uma das cores utilizadas, e admite que possa haver duas interpretações, uma positiva e outra negativa. O que se torna relevante, mais precisamente, é a mensagem, plasmada inconscientemente ou conscientemente. Tanto no caso das cores empregadas serem as apropriadas (por exemplo, o castanho para o tronco e o verde nas folhas das árvores) como totalmente contra a lógica (por exemplo, água cor de rosa e céu verde). Para este tipo de interpretação é necessário ser-se prudente e vigilante sobre o que a criança diz. Para algumas cores, e segundo os seus estudos e investigações, a autora (Bédard, 1998) atribui as seguintes leituras:

Vermelho: Primeira cor que a criança aprende a distinguir. É uma cor naturalmente ativa e energética. Representa o sangue, a vida e o ardor.

Amarelo: Representa o conhecimento, a curiosidade e alegria de viver. Geralmente a criança que tem preferência por esta cor costuma ser mais expressiva, generosa, extrovertida, otimista e muito ambiciosa.

Laranja: Composto pelas duas primárias, vermelho e amarelo, está entre as cores mais brilhantes. Expressa a necessidade de contato social e público. Quando utilizada com muita frequência trata-se de uma criança impaciente por natureza, não lhe atraem jogos que lhe exigem concentração e possui certo sentido de observação; tanto os seus gestos quanto a sua linguagem podem ser rápidos e inclusive precipitados.

Azul: É a última cor que a criança distingue. Simboliza a paz, a harmonia e a tranquilidade. A cor azul traz consigo uma energia muito tranquila e suave.

Verde: Representa a natureza e é composto pelo amarelo e o azul. Reflete a curiosidade, o conhecimento e o bem-estar. A criança que utiliza muito a cor verde demonstra certo grau de maturidade, tem uma natureza muito sensível e intuitiva.

Preto: Representa o inconsciente e tudo aquilo que não vemos.

Rosa: Formado pelo vermelho e pelo branco, razão pela qual a energia inerente ao vermelho diminui a sua intensidade. A criança que se apegue ao rosa procura suavidade e ternura.

No que diz respeito à simbologia dos traços, posição dos desenhos e algumas figuras, segundo Bédard (1998), tem-se as seguintes interpretações:

Traços: Traços sem interrupção e com precisão de linhas sugerem espírito dócil e harmonia. Já a interrupção de linhas, consciência de novas necessidades e instabilidade do que se tem ou se deseja ter. O traço oblíquo indica energia; a forte pressão, entusiasmo; traços superficiais, pouca convicção e cansaço físico; e traços circundantes, necessidade de proteção.

Posição do desenho: Figuras posicionadas no centro do papel representam o momento atual, que a criança está atenta ao que ocorre ao seu redor e que vive sem ansiedades, nem tensões; na parte superior, representam imaginação, curiosidade e o desejo por novidades; na parte inferior; à esquerda, a lembrança do passado; e à direita, o futuro.

Figura humana: Na maioria dos casos a figura humana representa a própria criança, ou melhor, aquelas crianças que compõem o seu ambiente mais íntimo. Pode aparecer repleta de detalhes e esta pode indicar vários sinais: **Olhos pequenos** significam que a criança prefere não ver ou perceber o que ocorre ao seu redor; já os **olhos grandes** significam curiosidade. **Orelhas evidentes** significa que está atenta e gosta de ouvir o que lhe dizem; a **ausência de orelhas**, alguma introspecção. **Boca alargada e sorridente** significa que criança tem forte tendência a se expressar verbalmente, enquanto a **boca estreita** significa que a criança é discreta e é mais observadora do que falante. A posição dos braços também nos revela dados interessantes: **braços que se levantam** sinalizam que tem o desejo de resposta imediata diante das situações; **braços abertos**, com tendência à posição horizontal, significa necessidade de interagir com os outros, receber o que lhe é proposto e necessidade de aprender; e **braços voltados para o corpo** indica não querer contato social. A **ausência de mão** significa que a criança tem a sensação de que não consegue dominar a situação em que vive. Figura humana em **maior dimensão** significa maior segurança; figura humana de **traços finos**, o chamado “homem-palito”, significa que a criança quer chamar a atenção para outros aspectos que considera mais importantes no desenho. **Tronco alongado**, com membros superiores e inferiores, indicam estabilidade. A **presença dos pés** significa estabilidade; já a **ausência dos pés** geralmente demonstra a busca dela, chegando a ser essa criança muito dependente do seu meio.

Sol: Antigamente o sol representava a presença do pai, mas com o passar dos anos, essa interpretação foi-se modificando. Aparece nos desenhos das crianças com muito mais frequência do que a lua e as estrelas. Representa a energia masculina e define o lado combativo e independente. O sol situado no **canto superior e à esquerda** representa o passado e o vínculo com a mãe; no **canto superior direito**, a ligação com o pai; quanto mais **fortes forem os raios do sol**, demonstram o grau de envolvimento que essa mãe ou esse pai têm sobre a criança. Já o **sol situado no centro** do papel simboliza a própria criança, que pode estar passando por um momento desarticulado na família e que tem o caráter e o potencial necessário para tomar a frente da situação, desejo de ser independente e a responsabilidade que sente pelos seus pais.

Lua e estrela: A lua significa que a criança é sonhadora e dócil; a estrela pode indicar que, consciente ou inconscientemente, planeia um futuro notável.

Nuvem: A nuvem significa que a criança é sensível ao ambiente paterno, social, e a tem consciência de que a sua vida tem momentos agradáveis e difíceis. A nuvem azul indica que faz bom tempo com a percepção que há momentos favoráveis e desfavoráveis na vida.

Chuva e guarda-chuva: A chuva significa ação purificadora. Já o guarda-chuva, o desejo de proteção.

Arco-íris: O arco-íris também simboliza o desejo de proteção. A sua curva, a adaptabilidade, flexibilidade, e estando ele em posição sobre a cabeça, significa que dá segurança e que essa criança não quer voltar a viver a tormenta do passado.

Árvore: A base do tronco revela a energia física da criança, assim como a respeito do tipo de estabilidade que ele traz ao meio ambiente. A criança assemelha-se ao tronco da árvore que desenha e assim transporta para o desenho sua percepção social e indica o lugar que ela ocupa socialmente. A árvore de tronco bem formado significa que a criança se sente equilibrada e com fácil possibilidade de se autoafirmar e de se recarregar de energia; a copa encorpada, inventividade; a vasta folhagem, sinais de criatividade e imaginação. A partir dos cinco anos é frequente que a criança desenhe um círculo no centro do caule das árvores, o que representa um despertar para a sexualidade do ponto de vista social.

Flores: As flores cativam com suas cores e delicados perfumes. As flores significam o desejo da criança em agradar, atrair e manter a atenção dos pais. Em excesso, é comum quando ocorre o Complexo de Édipo.

Pássaros e borboleta: A representação de pássaros significa alegria, curiosidade e algum desejo de fazer muitas coisas ao mesmo tempo. Já a borboleta simboliza transformação.

Casa: No geral, o tamanho da casa demonstra a maneira que as crianças entram em contato com o seu ambiente. Quanto mais alegre pareça a casa, principalmente pelas cores usadas, demonstrará o momento que a criança está vivendo. A casa em **dimensões normais** significa segurança e, mesmo sem figura humana aparente dentro dela, pode representar a família; já a **casa estreita** significa um momento mais introspectivo. **Janelas amplas e abertas** significa curiosidade com relação ao que ocorre ao seu redor. A **porta grande e aberta** significa boas-vindas e que a vida lhe é uma festa contínua;

por outro lado, a **porta muito pequena** significa que a criança é seletiva com amigos e parentes, não lhe agrada que lhe façam muitas perguntas, nem que a vigiem com frequência e não abre a porta a qualquer um. A **maçaneta da porta situada mais à esquerda** significa que os pensamentos desta criança estão ligados ao passado e baseada nisso, busca maior segurança para o futuro. Nem todas as crianças desenham casas com chaminés, mas quando estas existem, o fumo que sai delas revela o tipo e o grau de emoção que prevalece no lar, na família ou no ambiente da criança. Se o **fumo for de dimensões proporcionais** significa que a criança reage favoravelmente à influência emotiva vivida na família; se o fumo formar uma **nuvem densa e escura**, pode ser o sinal de uma relação não muito favorável; um traço **excessivamente fino** pode levar a pensar em duas possibilidades: ou o fogo apagou ou que acaba de se acender neste preciso momento.

Barco e tempestade: Esta imagem significa uma situação menos favorável e mudança drástica na vida da criança.

Esta interpretação de Bédard (1998) sobre os desenhos das crianças constituiu a base teórica para a interpretação dos desenhos das crianças do presente estudo (ver secção 2.2.5 da Metodologia) embora as outras classificações acima referidas também tenham sido tomadas em conta.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

2.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Com o intuito de auferir os parâmetros, a prática e os efeitos da intervenção das atividades artísticas dentro do programa de apoio pedagógico em âmbito de tratamento em oncologia pediátrica, fundamentamos a pesquisa relacionando dois estudos de caso referidos na introdução deste trabalho: Pediatria do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-P) em Portugal e Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC) em Salvador, Bahia, Brasil.

A estratégia adotada nesta investigação será a combinação qualitativa e quantitativa. Segundo Santo (2010), o método procura traduzir uma conceção global de planeamento de uma investigação que compreende, em primeiro lugar, um caminho de investigação apropriado e validado face a objetivos, meios, resultados esperados da mesma e contexto de implementação, incluindo a definição e operacionalização de conceitos e a formulação de hipóteses.

Numa atitude própria das abordagens qualitativas situadas no âmbito do paradigma interpretativo de estudo de caso, tornou-se necessário abordar estes dois campos de investigação em particular, IPO-P e GACC, a partir dos seus interiores, ou seja, estando pessoalmente implicada ao nível de um estudo aprofundado de situações específicas, com uma atitude aberta, tendo como objetivo reunir informações numerosas e pormenorizadas, tanto quanto possível, com vista a abranger a totalidade da situação, utilizando técnicas variadas de recolha de informação: observações, entrevistas, documentos (Hébert, Goyette & Boutin, 2010).

Para além da análise qualitativa enveredámos também pela investigação quantitativa que, tal como refere Coutinho (2010), é um tipo de pesquisa que se centra na análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação de variáveis comportamentais e/ou sócioafetivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo da investigação empírica, ou seja, baseado na experiência.

A escolha do IPO-P como ponto de partida do estudo deveu-se ao fato de ser um dos três institutos de referência no tratamento do cancro em Portugal, sendo este

localizado na região norte e mais próximo da Universidade do Minho, tornando locomoção, abordagem e as deslocações mais fáceis, configurando-se assim como um adequado ambiente para o primeiro estudo de caso.

Para a seleção da segunda opção para estudo de caso, planeou-se um estudo comparativo com uma instituição estrangeira, tendo-se para o efeito estabelecido contacto com duas instituições no Canadá e duas no Brasil, mencionadas no quadro 2.1.

Quadro 2.1 – Instituições contactadas para efetuar o 2º estudo de caso

Instituições contactadas para o estudo	Cidade - País
Instituto Português de Oncologia	Porto- Portugal
Intensive Care Unit - Alberta Children's Hospital	Alberta - Canadá
SickKids Hospital	Toronto - Canadá
Grupo de Apoio à criança com câncer	Salvador- Brasil
Hospital Aristides Maltez	Salvador - Brasil

Dos contatos efetuados, obtiveram-se respostas positivas com brevidade tanto da parte do Instituto Português de Oncologia do Porto, quanto do Grupo de Apoio à Crianças com Câncer em Salvador da Bahia. O Hospital Aristides Maltez indicou que haveria possibilidade, mas que nas questões burocráticas, por ser uma instituição federal, faria demorar a resposta em meses. O contato do Alberta Children's Hospital foi bastante atencioso indicando uma das suas unidades, o Intensive Care Unit, que acabou por não responder. Por fim, os profissionais contactados no SickKids disseram não poder colaborar na investigação.

Após este processo de seleção, procederam-se os pedidos de autorização aos comitês de ética do IPO-P (anexo A) e GACC (anexo B) a garantir que a pesquisa se desenvolveria dentro dos princípios da ética apropriada a este tipo de investigações, e que seria salvaguardada a confidencialidade de todos os dados e o anonimato de todos os intervenientes, bem como seria dado a conhecer aos responsáveis do Serviço todas as análises feitas e conclusões retiradas.

Com os dois campos de estudos definidos, prosseguimos com o processo de preparação dos objetivos específicos do estudo. Pretende-se assim, descrever o enquadramento da prática das atividades artísticas e os resultados destas no contexto de apoio pedagógico em oncologia pediátrica nas duas instituições, procurando obter informações e percepções relevantes, mediadoras de uma argumentação coerente,

positiva, que ilustre e acrescente ferramentas no seu contributo para a melhoria do bem-estar pessoal, social e educativo das crianças em tratamento oncológico pelo apoio prestado. Desta maneira, os objetivos específicos desta pesquisa foram:

- 1-Aceder ao estado da arte sobre o tema central e aos temas adjacentes a este;
- 2-Aceder às práticas das Atividades Artísticas (AA) através da equipa pedagógica do IPO-Porto;
- 3-Averiguar aos procedimentos feitos pela equipa pedagógica do IPO-Porto relativamente as AA inseridas no programa de apoio escolar e de atividades de ocupação no âmbito da pediatria do hospital;
- 4-Construir um questionário de sondagem semiaberto baseado nas impressões da equipa pedagógica da pediatria do IPO-Porto sobre os AA (atividades artísticas) e aplicá-lo a três grupos distintos: Crianças (Grupo-A), Pais (Grupo-B) e Equipa de Assistência à Criança (Grupo-C);
- 5-Aplicar e avaliar os resultados do questionário de sondagem de forma descritiva;
- 6-Entrevistar sujeitos chave da equipa médica sobre as AA;
- 7-Construir um instrumento de avaliação sobre as Atividades Artísticas Aplicadas em Crianças em Tratamento Oncológico (AAACTO);
- 8-Aceder aos procedimentos feitos pela equipa pedagógica e de terapia ocupacional do GACC relativamente às AA no âmbito da instituição referida;
- 9-Documentar procedimentos e ações dos sujeitos das duas instituições através de fotografia.
- 10-Aceder às práticas e percepções da equipe pedagógica e de terapia ocupacional do GACC sobre as AA;
- 11-Aplicar o AAACTO no IPO-Porto e no GACC;
- 12-Prosceder à análise estatística descritiva das práticas das AA sob o olhar dos três grupos (A, B e C) do IPO-Porto e GACC;

13-Contextualizar e caracterizar imagens produzidas pelas crianças das duas instituições no período da investigação;

Segundo Flick (2009), os planeamentos de pesquisa que integram métodos qualitativos e quantitativos podem ser classificados segundo a sequência de abordagens metodológicas, o peso dado a cada abordagem, sua função e a reflexão metodológica das combinações. Sendo assim, em função dos objetivos deste estudo, optou-se pela combinação de vários métodos de investigação que conduziram à aplicação de diversificados instrumentos de recolha de dados, sendo uns de índole qualitativa (observação não participante, entrevistas a elementos chave, questionário de sondagem, desenho das crianças) e outro de índole quantitativa (questionário sobre Atividades Artísticas Aplicadas a Crianças em Tratamento Oncológico - AAACTO), como esquematizado na Figura 2.1 e quadro 2.2.

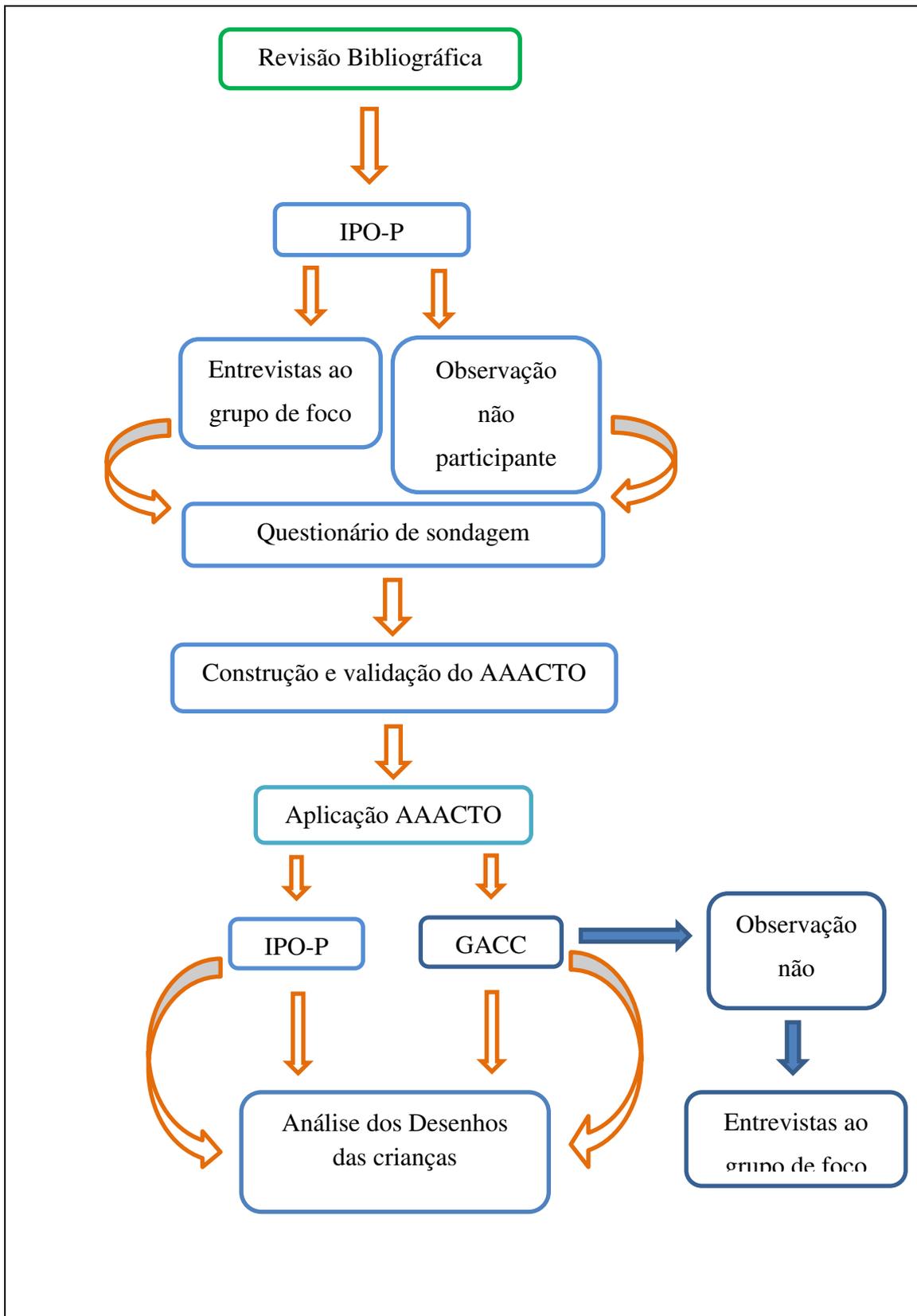


Figura 2.1 – Desenho de investigação: esquema de percurso

Quadro 2.2 – Métodos, objetivos e cronologia da investigação

Métodos			Objetivos	Cronologia
Instrumentos	Instituição	Sujeitos		
Revisão Bibliográfica	-	-	Acéder ao Estado da Arte	2009-2013
Entrevistas a elementos chave	IPO-P	Membros do apoio pedagógico e enfermeira	Acéder às práticas e percepções da equipe pedagógica e médica sobre as AA	2009-2010
Observação participante	IPO-P	Membros do apoio pedagógico e Crianças	Acéder aos procedimentos das AA no âmbito	2009-2013
Questionário de sondagem	IPO-P	Grupos A, B e C	Acéder às práticas e percepções dos três grupos sobre as AA	2009-2010
Questionário AACTO	IPO-P	Grupos A, B e C.	Construção de instrumento de avaliação sobre a prática das atividades artísticas	2010
Entrevistas a elementos chave	GACC	Terapeuta ocupacional e brinquedista	Acéder às práticas e percepções da equipe de terapia ocupacional	2010
Observação não participante	GACC	Grupos A, B e C	Acéder aos procedimentos das AA e às atitudes e comportamentos das crianças	2010-2011-2012
Questionário AACTO	IPO-P GACC	Grupos A, B e C	Aplicar e avaliar estatisticamente e de forma descritiva às práticas das AA sob a visão dos três grupos	2010-2011-2012 - 2013
Observação não participante	GACC	Grupo C	Acéder aos procedimentos das AA e às atitudes e comportamentos das crianças	2010-2011-2012
Tratamento estatístico	IPO-P GACC	Grupos A, B e C	Analisar os resultados do AACTO	2011-2012-2013
Análise dos desenhos das crianças	IPO-P GACC	Crianças	Interpretar as imagens produzidas pelas crianças	2012-2013

Grupo A – Crianças; Grupo B – Pais; Grupo C – Equipa de Assistência à criança.

2.2. INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

2.2.1. Observação não participante

Uma investigação empírica é uma investigação em que se fazem observações para compreender melhor o fenómeno a estudar. As observações da investigação empírica podem ser utilizadas para construir explicações ou teorias mais adequadas (Hill & Hill, 2008).

Levando-se em conta o critério da participação do observador, a observação pode ser participante ou não participante.

Quando o investigador pertence naturalmente ao grupo, pode e deve designar-se este tipo de investigação como participação-observação. Apesar desta expressão ser mais adequada com a posição do investigador, correntemente aquela vertente também pode designar-se como observação-participante (Santo, 2010).

Já a observação não participante é aquela em que o observador permanece fora da realidade a ser estudada (Kauark, Manhães & Medeiros, 2010) não interferindo na ordem dos eventos.

Assim, tanto no IPO-P como no GACC, a observação não participante adequou-se de forma a compreender o meio social que, à partida, permite a aproximação progressiva da investigadora externa ao ambiente e retirar as primeiras impressões relativas às atividades do contexto do apoio pedagógico hospitalar.

2.2.2. Entrevistas a elementos chave

As entrevistas servem para obter informação do que não foi possível captar pela observação ou para verificar (triangulação/cominação) observações. O objetivo é sempre o de explicar o ponto de vista dos participantes, como pensam, interpretam ou explicam o seu comportamento no contexto natural em estudo (Coutinho, 2011).

Este método permite examinar, categorizar, classificar em tabelas ou recombinar evidências para o tratamento dos discursos do estudo (Yin, 2005).

A entrevista consiste numa conversa intencional, e no caso desta investigação, ocorre entre duas pessoas, o pesquisador e cada um dos entrevistados, com o objetivo de obter informações, recolher dados descritivos expressos pelo próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver uma ideia mais concreta sobre a maneira como os sujeitos

interpretam aspetos do contexto que estão inseridos (Bogdan & Biklen, 1994). As entrevistas, no sentido comum do termo, assumem um significado muito restritivo e, por outro lado, não unívoco (Ketele & Roegiers, 1993), o que se cria é uma relação de interação entre o pesquisador e o entrevistado, gerando uma relação hierárquica entre ambos, numa atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde (Lüdke & André, 2007).

Neste estudo, e no caso das duas instituições, IPO-P e GACC, fizeram-se entrevistas semiestruturadas, onde não há imposição de uma ordem rígida de questões, como sucede nas entrevistas totalmente estruturadas. Assim, deu-se possibilidade aos entrevistados de discorrerem sobre o tema proposto, com base nas informações que detêm sendo esta a verdadeira razão da aplicação deste método (Bogdan & Biklen, 1994; Hill & Hill, 2011).

No âmbito da pediatria do Instituto Português de Oncologia do Porto, a entrevista com o formato de uma “discussão guiada” foi aplicada a cinco elementos chave para o estudo, que não estão necessariamente relacionadas e não foram recrutadas com a preocupação de representatividade (Coutinho, 2011): duas educadoras de infância, sendo uma delas a coordenadora da equipa de apoio pedagógico, uma professora do 1º ciclo, uma professora do 2º ciclo (estas em 2009) e a enfermeira chefe do serviço (em 2011).

Do mesmo modo também se procedeu às entrevistas no Grupo de Apoio à Criança com Câncer, sendo que aqui a amostra foi reduzida a duas entrevistadas: a terapeuta ocupacional e a brinquedista, ambas em 2010.

2.2.3. Questionário de sondagem

A partir das informações obtidas a observação e das entrevistas realizadas no IPO-P, entre anos letivos de 2009 e 2010, bem como da experiência da investigadora no ensino de educação artística e como voluntária pela Liga Portuguesa Contra o Cancro entre o início de 2006 e fins de 2007 na própria pediatria do IPO-P, partiu-se para a construção de um questionário de sondagem que teve como objetivo aceder à percepção de três grupos distintos: A-Crianças, B-Pais e C-Equipa de assistência à criança (médicos, enfermeiros, educadores, professores, voluntários, terapeuta ocupacional, brinquedista, auxiliar administrativo) para depois se construir um questionário mais alargado centrado na questão fulcral da investigação: **A prática das atividades**

artísticas exerce influência positiva na melhoria do bem-estar das crianças com cancro quando estas estão em tratamento hospitalar?

Assim, construiu-se o questionário em que os respondentes pudessem dar respostas de cariz qualitativo, ou seja, descritas por palavras e, respostas quantitativas, a partir de um conjunto de respostas alternativas (Hill & Hill, 2011). Produziram-se três questionários semelhantes, específicos para cada um dos referidos grupos, a partir de itens considerados relevantes para os mesmos, sendo que em todos os questionários os itens eram relacionados com as atividades artísticas realizadas no âmbito do hospital e os possíveis benefícios daquelas para a qualidade de vida e bem-estar das crianças em tratamento. Assim, para o Grupo-A o questionário era constituído por quatro questões fechadas, cinco semiabertas e quatro abertas (Anexo 1); para o Grupo-B era constituído por oito questões fechadas e seis semi-abertas (Anexo 2); e para o Grupo-C era constituído por quatro fechadas e três semi-abertas (Anexo 3).

Este questionário de sondagem com questões abertas, semiabertas e fechadas assemelha-se à entrevista, mas sem impor as restrições referidas para esta, e por serem impressos, é possível dispensar a presença da entrevistadora, pois são autoadministrados (Coutinho, 2011). Mas, neste caso específico, foi preferível aplicar o instrumento pessoalmente, com duas ou três exceções, para que em ocasião de dúvidas por parte do respondente fosse possível esclarecer as questões nessa primeira recolha que envolveu os três grupos. Mesmo sem intenção de se fazer uma análise estatística com este instrumento, criamos uma base de dados no programa SPSS (“*Statistical Package for the Social Sciences*”) para facilitar a leitura das informações adquiridas.

2.2.4. Questionário AACTO (Atividades Artísticas Aplicadas às Crianças em Tratamento Oncológico)

Durante o processo de pesquisa bibliográfica não foi encontrado nenhum instrumento de medida específico para o tema em questão, ou seja, um instrumento já existente e previamente validado. A escala que encontramos foi a *POQOLS- Pediatric Oncology Quality of Life Scale*, citada por Rocha (2008), adaptada para a população portuguesa por Silva (2008) como– *POQOLS: Adaptation of a Questionnaire to the Portuguese Population*.

Assim, prosseguiu-se a organização do questionário principal, mais específico, deste estudo para a prática das atividades artísticas. Para o efeito, utilizou-se a

informação adquirida do processo da observação das atividades artísticas realizadas pelas crianças em tratamento (item 2.2.1), da aplicação de entrevistas a elementos chave da equipe de apoio pedagógico do IPO-Porto (item 2.2.2) e da aplicação do questionário de sondagem (item 2.2.3). O questionário final foi intitulado de **AAACTO – Atividades Artísticas Aplicadas à Criança em Tratamento Oncológico**, constituído por 46 itens, contendo quatro modalidades de resposta: Concordo totalmente (CT), concordo (C), discordo (D) e discordo totalmente (DT). Os 46 itens agruparam-se em cinco blocos da seguinte forma:

Bloco 1 – Percepção sobre a participação das crianças nas AA – positiva (itens 1 a 8) e negativa (itens 9 a 14);

Bloco 2 – Percepção sobre a participação das crianças nas AA - grupo ou individual (itens 15 a 19);

Bloco 3 – Percepção sobre indicadores de comportamento positivo e do bem-estar (itens 20 a 28 + 41);

Bloco 4 – Expressões artísticas (29 a 37);

Bloco 5 – Representação gráfica e pictórica pelas crianças (38 a 46 - 41).

Tal como no caso do questionário de sondagem (item 2.2.3), também o questionário AAACTO foi preparado em três versões específicas para os três grupos de inquiridos: Grupo A – Crianças (Quadro 2.3 e Anexo 4), Grupo B – Pais (Anexo 5), e Grupo C – Equipa de assistência à criança (Anexo 6).

Quadro 2.3. – Distribuição dos itens do questionário AACTO para o Grupo A – Crianças

Enunciados para o GRUPO A – Crianças	
BLOCO 1 - Percepção sobre a participação das crianças nas Atividades Artísticas	
Positiva	
1.	Demonstra interesse em participar em atividades artísticas
2.	Valoriza a prática das atividades artísticas
3.	Tem participado frequentemente em atividades artísticas quando está no hospital (ou instituição)
4.	Pede frequentemente para participar em atividades artísticas como atividade de ocupação
5.	Pede para participar frequentemente em atividades artísticas mesmo quando está em isolamento
6.	Passa a maior parte do tempo que está no hospital a praticar atividades artísticas
7.	Demonstra gostar de realizar atividades artísticas mesmo quando está a receber tratamento através de cateter e ligado a aparelhos
8.	Demonstra disposição em participar em atividades artísticas mesmo quando faz quimioterapia
Negativa	
9.	Recusa-me frequentemente a praticar atividades artísticas enquanto estou no hospital (ou instituição) em tratamento
10.	Não gosto de praticar atividades artísticas no hospital (instituição)
11.	Não tenho vontade de praticar a atividade artística no hospital (ou instituição) quando os tratamentos são mais dolorosos
12.	Não tenho vontade de praticar a atividade artística no hospital (ou instituição) quando estou em baixo
13.	Não tenho vontade de praticar a atividade artística no hospital (ou instituição) logo após o internamento
14.	Sinto dificuldade na prática da atividade artística
BLOCO 2 – Percepção sobre a participação das crianças nas AA - grupo ou individual	
15.	Gosto de participar em atividades artísticas sozinho
16.	Prefiro participar em atividades artísticas com os amigos
17.	Prefiro praticar atividades artísticas na sala de apoio pedagógico
18.	Passo a maior parte do tempo isolado devido ao tratamento
19.	Passo a maior parte do tempo isolado porque não gosto de estar em grupo
BLOCO 3 – Percepção sobre indicadores de comportamento positivo e do bem-estar	
20.	Sinto frequentemente bem-estar ao realizar atividade artística durante o tratamento
21.	Fico contente quando realizo atividades artísticas
22.	Gosto de realizar atividades artísticas
23.	Sinto-me bem com os colegas quando realizo atividades artísticas
24.	Sinto-me importante quando estou a realizar atividade artística
25.	Sinto-me feliz quando realizo atividade artística
26.	Tenho tido uma melhor qualidade de vida devido a prática da atividade artística durante o tratamento hospitalar (ou institucional)
27.	Aprendo melhor as outras disciplinas por fazer atividades artísticas
28.	Sinto mais vontade de aprender devido à atividade artística
29.	41-Gosto de fazer coisas novas nas atividades artísticas
BLOCO 4 - Expressões artísticas	
30.	Gosto de desenhar
31.	Gosto de pintar
32.	Gosto de atividades com modelagem
33.	Gosto de atividades com colagem
34.	Gosto de construir objetos
35.	Gosto de participar em oficinas de teatro
36.	Gosto de fazer artesanato
37.	Gosto de participar em atividades com música

38. Toco instrumentos musicais
BLOCO 5 - Representação gráfica e pictórica pelas crianças
39. Prefiro cores quentes (vermelho, amarelo ou laranja)
40. Prefiro cores frias (azul, verde ou roxo)
41. Utilizo o preto como cor predominante nos meus desenhos e pinturas
42. Represento a minha família em desenhos e pinturas
43. Represento a minha vida fora do hospital (ou instituição) no hospital (ou instituição)
44. Represento a minha vida dentro do hospital (ou instituição) no hospital (ou instituição)
45. Os meus desenhos e pinturas são alegres
46. Os meus desenhos e pinturas são tristes

No processo de construção do questionário, houve a preocupação de se colocar os itens em linguagem acessível para os sujeitos dos três grupos, de maneira que estes pudessem responder às questões de forma independente. As crianças entre dois e nove anos precisaram da ajuda dos pais para responderem às questões. Como os sujeitos têm estatutos diferentes nesta investigação, também se tornou necessário modificar as formas verbais dos enunciados. Para o Grupo A – Crianças (Quadro 2.3), os itens começam na primeira pessoa do singular do presente indicativo, como por exemplo, «Gosto de participar em atividades artísticas» (item 1, Quadro 2.3). Para os Grupos B – Pais (Anexo 5) e C – Equipa de assistência à criança (Anexo 6), os itens começam na terceira pessoa do singular do presente indicativo, respetivamente «Demonstra disposição em participar em atividades artísticas mesmo quando faz quimioterapia» (item 8) e «Não têm vontade de praticar a atividade artística na instituição quando os tratamentos são mais dolorosos» (item 11).

Os itens são constituídos de forma equivalente para os três grupos, e os três questionários aplicados em Portugal (IPO-P) foram também aplicados no Brasil (GACC), embora sujeitos a algumas pequenas modificações de expressões, adaptadas ao português do Brasil.

Em resumo, podemos dizer que a produção deste questionário AAACTO foi um processo complexo que teve como princípios os objetivos da investigação que se pretendia alcançar, a população alvo, o formato das modalidades de resposta e, por fim, a aferição do instrumento para os três grupos alvo (os mesmos do questionário de sondagem) com características definidas, tal como indicado por Coutinho (2011).

Também segundo Moreira (2009), esta é uma das formas essenciais de influência das teorias sobre o instrumento de medida: a definição das características a observar como domínio da teoria, a relevância do resultado da investigação como apoio

ou desconfirmação de outra qualquer teoria, e a definição de medida proposta consistir num processo de codificação (ou seja, passá-la a outra forma), de modo a possibilitar a realização de armazenamento e integração. Para a codificação e análise descritiva do AAACTO, criou-se uma base de dados no programa de *softwer* SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*.

2.2.5. Desenhos das crianças

Entende-se que a imagem designa algo que, embora não seja remetido sempre para o visível, toma empréstimo alguns traços ao visual e, em todo caso, depende da produção de um sujeito: imaginária ou concreta, a imagem passa por alguém, que a produz ou a reconhece (Joly, 2007). Após uma exaustiva pesquisa nesta matéria, como já mencionado no primeiro capítulo, e no encontro de vasto leque de teorias e trabalhos práticos desenvolvidos por psicólogos, psicanalistas, psicoterapeutas e profissionais ligados à área da comunicação visual, como os profissionais da educação artística e arte terapêuticas, citamos aqui as falas de alguns autores a respeito da representação gráfica das crianças e as suas possíveis interpretações:

Segundo Di Leo (1987), na busca de significados, o pesquisador pode trilhar, satisfatoriamente, mais do que um caminho. O mais satisfatório, para uma mente cientificamente orientada, são os factos significativos, que podem ser submetidos a uma análise estatística e testados na sua confiabilidade e validade. No estudo de desenhos, este método é usado para estabelecer o grau em que um dado encontrado se relaciona com os significados atribuídos a ele.

Gândara (1998), afirma que a arte ou representação visual é outra forma simbólica muito importante, pois este veículo de expressão do significado foi sempre primordial na história, e é de vital importância no crescimento e desenvolvimento das crianças. Pode-se incluir, na interpretação, a tendência geral, indicada pelos estudos estatísticos, mas o conhecimento de crianças pode ser alcançado apenas estudando-as individualmente, já que nunca as crianças são iguais.

Bédard (1998) sugere que é recomendável deixar que as crianças se manifestem com toda a sua liberdade, pois em algumas, seu desejo de expressão canaliza-se através de outros meios como a música, a dança, o canto e os desportos. Cada qual encontrará o que mais lhe convier.

Ao definir a significação como seu objeto de estudo (Pietroforte, 2004) a semiótica desenvolve uma tecnologia de análise de texto que contribui bastante para responder à conhecida questão a respeito do que um texto quer dizer, ou seja, o que ele significa. A semiótica plástica e a teoria dos sistemas semi-simbólicos é parte dessa tecnologia, permitindo estudar o plano da expressão e suas relações com o plano de conteúdo.

Urrutigaray (2011), diz que “fazer arte” em um sentido literal envolve vários níveis humanos como sensorio-motor, o emocional, o cognitivo e o intuitivo. Por meio da atividade com arte, o sujeito transforma a realidade e a si mesmo, promovendo o desabrochar da percepção, da organização, e a ordenação de seu pensamento, possibilitando a compreensão do momento circunstancial, bem como da dimensão de si mesmo.

No presente estudo pretendeu-se aceder à produção de imagens de crianças durante o percurso da pesquisa, e dirigir algumas delas a três temas específicos: o retrato, a família, e o medo. O intuito foi captar alguma relação com as características dos resultados dos outros instrumentos de recolha de dados.

Para além disso ainda tivemos em consideração algumas variáveis independentes: género, idade, data de nascimento, cidade de origem, local de residência, nacionalidade, data de início de tratamento, tratamento atual, profissões do pai e da mãe, número e idade de irmãos, outro familiar a viver com a família, ano escolar, neoplasia de que estava a ser tratado. Para o efeito preparámos uma grelha de análise a ser aplicada a cada desenho, conforme Figura 2.2.

Espera-se que a triangulação de todos estes dados poderá acrescentar algum conhecimento a respeito destas crianças, o que poderá ser utilizado como ferramenta pela equipa de assistência e até pelos próprios pais na compreensão da relação do mundo interior e exterior da criança, e se a neoplasia que está a tratar influência de alguma forma nos seus traços.



Género		Masculino		Feminino	
Neoplasia –		Tratamento atual –			
Data do início do tratamento –					
Data de nascimento –		Cidade de nascimento –			
Cidade da morada –		Nacionalidade -			
Profissão do Pai -		Profissão da Mãe –			
Número de irmãos -		Idade dos irmãos -			
Número de irmãs -		Idade das irmãs –			
Outro a viver na família		Sim		Não	Quem
Ano Escolar -		Sim		Não	
Frequentou jardim-de-infância -		Sim		Não	
Áreas fortes					
Áreas fracas					
Desenho nº					
TEMA					
ORIENTAÇÃO ESPACIAL					
ELEMENTOS PRINCIPAIS					
INTERPRETAÇÃO					
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU MOMENTO CRIATIVO					

Figura 2.2 – Grelha de apresentação dos dados relativos aos desenhos das crianças

2.3. RECOLHA DE DADOS

2.3.1. Observação não participante

A observadora (autora desta tese) iniciou a coleta de dados buscando sempre manter uma perspectiva da observação na sua totalidade, mas sem se desviar demasiado de seus focos de interesse. A investigadora atuou dando a conhecer a sua identidade e objetivos do estudo, que foram clara e transparentemente revelados ao grupo desde o início, tendo assim acesso a uma gama variada de informações (Lüdke & André, 2007) e respeitando as questões de ordem ética.

No IPO-P, em Portugal, a primeira etapa da investigação em campo consistiu em observar o funcionamento do âmbito pedagógico na pediatria, que no 12º andar inclui uma ludoteca (1) e sala de estudos, e no 3º andar inclui outra ludoteca (2) junto às consultas. Nos três ambientes interagem principalmente os educadores, professores, voluntários e crianças, seguidamente das participações pontuais dos pais (a depender da idade e necessidade dos filhos), e com menor frequência ainda dos médicos, enfermeiros e auxiliares. A observação centrou-se (*i*) na prática das atividades pelas crianças, (*ii*) em como elas interagem com cada indivíduo que não faz parte do seu grupo, (*iii*) como estes indivíduos se relacionavam entre eles e como se integravam nas atividades, e (*iv*) com se desenrolavam todas estas ações mútuas com o espaço. Esta etapa desenvolveu-se com olhar mais curioso e silencioso nas primeiras visitas, estendendo-se ao longo do tempo de pesquisa com uma ideia mais apurada e integrada no meio por parte da pesquisadora, na medida em que ia colhendo outros dados com diferentes técnicas para a investigação. As anotações foram feitas entre princípios de 2009 e até meados de 2013.

Já no GACC, no Brasil, a observação foi realizada durante as deslocções da investigadora até Salvador da Bahia, que ocorreram em Novembro de 2010, entre Novembro de 2011 e Fevereiro de 2012, e de Agosto a Outubro de 2012. Aqui, desenvolveu-se da mesma forma que na instituição Portuguesa, apenas com ligeira diferença dos integrantes do grupo-C, composto por terapeuta ocupacional, professores, brinquedista, voluntários, psicóloga, auxiliares administrativos, e porque o espaço não era do tipo hospitalar, mas antes era uma instituição composta por várias áreas por onde as crianças podem circular: brinquedoteca, espaço de música, espaço de expressão plástica, biblioteca, refeitório, recepção, salas pedagógicas, espaço do adolescente, horta,

pátios interno e externo e todos espalhados pelos três andares da instituição. As sessões de observação tiveram duração entre uma hora e trinta minutos a duas horas e trinta minutos.

Conforme o quadro 2.3.1, mostramos os espaços observados durante a investigação nas duas instituições:

Quadro 2.4 – Espaços em que as atividades artísticas foram observadas

Instituição	Espaço	Andar
IPO-P	Sala de estudos e reuniões	12º
	Ludoteca 1	12º
	Ludoteca 2	3º
GACC	Brinquedoteca	1º
	Sala de expressão plástica	1º
	Sala de música	1º
	Biblioteca	1º
	Sala pedagógica 1	Rés do chão/térreo

2.3.2. Entrevistas a elementos chave

Os entrevistados foram selecionados em função da sua grande experiência e permanência em funções no âmbito das instituições em estudo, o que lhes garante estabilidade profissional e maior conhecimento dos contextos locais. Todos os seis entrevistados são do sexo feminino, duas contratadas pelo Ministério da Saúde de Portugal, duas pelo Ministério da Educação de Portugal, e duas pelo Grupo de Apoio à Criança com Câncer de Salvador da Bahia, Brasil (Quadro 2.5).

Como no IPO-P as atividades artísticas eram promovidas pela equipa de apoio pedagógico, num primeiro momento fizeram-se entrevistas a todos os membros efetivos: a educadora de infância que era também a coordenadora da equipa pedagógica, a educadora de infância, a professora do 1º ciclo e a professora do 2º ciclo do ensino básico. Num segundo momento, aproximadamente dois anos depois, entrevistámos a enfermeira chefe que esta estava a dois meses da reforma e trabalhou mais de 30 anos na função, lidando de forma próxima com os pais, as crianças e a própria equipa de ensino.

Na instituição Brasileira, as duas primeiras entrevistas ocorreram na primeira visita em Novembro de 2010, com a brinquedista; e com a terapeuta ocupacional responsável pelo serviço de assistência à criança.

Na medida em que havia um diálogo de estímulo e aceitação mútua, as informações fluíram facilmente e de maneira autêntica. Em torno de questões que são debatidas, em ambas as instituições durante as entrevistas, as sessões tiveram a duração de uma hora à uma hora e trinta minutos. O quadro 2.3.2, mostramos a distribuição das entrevistas em cada instituição:

Quadro 2. 5 – Distribuição de entrevistados

Instituição	Função	Contratação	Tempo de serviço	Ano da entrevista
IPO-P	Educadora de infância e coordenadora de acompanhamento pedagógico	Ministério da Saúde	18 anos	2009
	Enfermeira chefe	Ministério da Saúde	34 anos	2011
	Educadora de infância	Ministério da Educação	5 anos	2009
	Professora do 1º ciclo	Ministério da Educação	12 anos	2009
	Professora do 2º ciclo	Ministério da Educação	10 anos	2009
GACC	Enfermeira e Brinquedista	GACC	3 anos	2010
	Terapeuta ocupacional e responsável pelo acompanhamento lúdico	GACC	6 anos	2010

2.3.3. Questionário de sondagem

Esta etapa da recolha de dados foi realizada somente no IPO-P durante o ano letivo de 2009/2010 e a amostra foi composta por 32 sujeitos divididos em três grupos distintos (Quadro 2.6): Grupo-A com 6 crianças de idades entre os 5 e 13 anos sem a indicação das neoplasias que estavam a tratar; Grupo-B com 11 progenitores cujos filhos, de idades entre os 2 e 5 anos, estavam em tratamento a mais de 2 meses e apresentando neoplasias diversificadas (Quadro 2.7); Grupo-C com 15 sujeitos da

equipa médica e não-médica (4 enfermeiros, 3 médicos, 2 professoras, 2 educadoras, 2 assistentes operacionais e 2 voluntários). O instrumento levou entre 15 e 25 minutos para ser respondido e só foram considerados válidos os que estavam totalmente preenchidos pelos respondentes.

Quadro 2.6 - Amostra do questionário de sondagem

Grupos	Sujeitos	Nº Sujeitos
A	Crianças	6
B	Progenitores	11
C	Enfermeiros	4
	Médicos	3
	Professoras	2
	Educadoras	2
	Assistentes operacionais	2
	Voluntários	2

Quadro 2.7 – Neoplasias dos filhos dos progenitores respondentes

Neoplasia	Nº de casos
Tumor de Wilms	4
Leucemias	3
Neuroblastomas	2
Hepatoblastoma	1
Linfoma de Burkitt	1

2.3.4. Questionário AACTO (Atividades Artísticas Aplicadas às Crianças em Tratamento Oncológico)

O questionário preliminar AACTO, preparado de acordo com o referido em 2.2.4 foi sujeito a um teste piloto numa pequena amostra do IPO-P com vista a identificarem-se algumas eventuais ambiguidades na formulação das questões e para validação do mesmo. Não tendo havido necessidade de melhoria do questionário, o questionário final AACTO foi aplicado nas duas instituições. Obtivemos um total de 150 questionários respondidos, sendo que em cada país (no IPO-P e no GACC), a amostra compreendeu 75 sujeitos divididos em três grupos de igual dimensão: Grupo-A com 25 crianças de idades entre os 2 e 19 anos em tratamento oncológico e desenvolvendo atividades artísticas; Grupo-B com 28 progenitores; e Grupo-C com 22 elementos de equipa de assistência à criança (Quadro 2.8).

Quadro 2.8 – Número de sujeitos nas subamostras

	Grupos		
	A Crianças	B Pais	C Equipa de assistência à criança
IPO-P	25	28	22
GACC	25	28	22
Total	150		

Em Portugal a aplicação do AAAC TO foi realizada entre os meses de Outubro de 2010 e Setembro de 2011, Abril de 2012 a Julho de 2012 e Novembro de 2012 a Fevereiro de 2013. No Brasil, ocorreu em Novembro de 2010, Novembro de 2011 a Fevereiro de 2012 e Agosto de 2012 a Outubro de 2012.

Na sua grande maioria, os questionários foram distribuídos pela própria investigadora, que acompanhou de perto os respondentes para o caso de alguma dúvida por parte destes. Aproximadamente uma dezena de questionários ficou sob a responsabilidade das responsáveis de acompanhamento pedagógico e terapia ocupacional (no IPO-P, a educadora e também coordenadora do apoio pedagógico, e no GACC, a terapeuta ocupacional), pois no momento em que a investigadora os distribuiu para que os sujeitos preenchessem, não o puderam fazer porque estavam ocupados com outras tarefas, ficando combinado responderem num primeiro momento disponível para que de seguida as responsáveis repassassem para as mãos da investigadora.

O instrumento levou 10 a 15 minutos para ser respondido e todos foram considerados válidos por estarem totalmente preenchidos pelos respondentes.

2.3.5. Desenhos das crianças

A recolha de desenhos das crianças no IPO-P deu-se desde 2010, e algumas das imagens acedidas foram arquivadas em formato fotográfico. Mas, dado que a ideia de se proceder à análise dos desenhos surgiu já no decurso do estudo, muitos dos trabalhos ficaram com informações incompletas dificultando e estreitando as condições de uma interpretação mais aprofundada. Por exemplo: sabia-se a idade e o nome de uma determinada criança, mas não havia informação sobre quando havia começado o tratamento ou o tipo de neoplasia que estava a tratar. A instituição possuía todas as informações nas suas fichas de entrada e acompanhamento, e as equipas pedagógicas poderiam ter fornecido os dados pormenorizados, mas tal tomaria tempo demasiado às equipas a identificarem as imagens, quando e como foram

feitas, o que tornaria esta etapa ainda mais complexa tanto para as equipas quanto para a investigadora. O ideal teria sido acompanhar a prática da criança, apontar todos os dados pessoais possíveis e o relato da própria criança do que estava a fazer.

Sendo assim, para o IPO-P, em finais de 2011, organizou-se uma ficha com algumas variáveis independentes (Quadro 2.9) de modo a facilitar a análise das imagens com mais pormenores. Para além disso foram estipulados três temas de desenhos (retrato, medo, família) e na medida em que as crianças produziam os trabalhos, esses dados são apontados. No IPO-P as imagens foram sendo esporadicamente coletadas até início de 2013 e pelo tempo de recolha ter sido maior, possibilitou uma amostra mais alargada que a do Brasil, onde os desenhos para análise foram coletados apenas na visita de 2012, num período de três meses, onde se ministraram sessões uma vez por semana, às terças-feiras à tarde. As sessões tiveram tempo de duração variadas, de 20 minutos à uma hora e trinta minutos.

Do IPO-P obteve-se uma amostra de 20 desenhos de 12 crianças, e no GACC a amostra foi composta por 20 desenhos de 9 crianças (Quadro 2.10) onde procuramos identificar a simbologia imagética da expressão visual delas.

Quadro 2.9 – Tabela com variáveis dependentes associadas aos desenhos

Género	Masculino		Feminino	
Nome	Neoplasia			
Data do início do tratamento	Tratamento atual			
Data de nascimento	Cidade de nascimento			
Cidade da morada	Nacionalidade			
Profissão do Pai	Profissão da Mãe			
Número de irmãos	Idade dos irmãos			
Número de irmãs	Idade das irmãs			
Outro a viver na família	Sim		Não	Quem

Quadro 2.10 – Tabela com nº de crianças e nº de respectivas imagens

Instituições			
IPO-P – 2012/2013		GACC - 2012	
Nº Crianças	Nº Desenhos	Nº Crianças	Nº Desenhos
12	20	9	20

2.4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

2.4.1. Observação não participante

As notas de campo foram materializadas descrevendo a observação de forma mais detalhada quanto possível: do ambiente, do caráter dos participantes, daquilo que dizem e como atuam.

Cada sessão centrou-se no objetivo do problema. Relatou-se sobre os sujeitos, o desenrolar das sessões, o contexto do ambiente pediátrico e que atividades e interações foram significativas.

No cuidado da investigadora de separar a sua própria argumentação sobre o que foi assistido, a análise destes dados foi de natureza reflexiva, com ideias e impressões que foi formando a partir dos dados que observou (Coutinho, 2011) e são apresentados de forma textual com os exemplos mais relevantes que foram captados.

2.4.2. Entrevista a elementos chave

Para a análise dos dados obtidos das entrevistas, organizaram-se as mesmas em tabelas com a esquematização dos depoimentos feitos pelos participantes-chave, tomando em conta a frequência com que determinadas características eram expostas nas respostas, para uma melhor compreensão da descrição e interpretação do contexto.

2.4.3. Questionário de sondagem

Embora a amostragem do questionário de sondagem tenha sido em número reduzido, para a descrição dos elementos aqui colhidos, construímos uma base de dados no programa SPSS, de onde se retirou as características mais relevantes, sistematizando-as para uma melhor compreensão e triangulação com as interpretações dos dados recolhidos nos métodos anteriores para a construção do instrumento de avaliação (AAACTO).

2.4.4. Questionário AACTO (Atividades Artísticas Aplicadas às Crianças em Tratamento Oncológico)

Para a análise dos dados do questionário AACTO foi realizada a codificação dos dados através do programa SPSS, que neste instrumento possui todos os itens fechados. Os resultados foram trabalhados de forma a que, basicamente, se procedesse à elaboração de gráficos, tabelas de frequências e tabelas comparativas (Pereira, 2008).

2.4.5. Desenhos das crianças

As notas sobre a prática dos desenhos e pinturas das crianças foram sendo executadas na medida em que estas desenvolviam o trabalho, e algumas vezes após ele, com o intuito de complementar informação com os educadores, professores e pais. As características do plano de conteúdo (significado) também foram apontadas na medida em que as crianças descreviam a imagem que produziam, e quando descreviam. Relativamente ao plano da expressão (o que se vê), as anotações foram feitas posteriormente pela investigadora e da forma mais sintética possível, apenas sinalizando para os elementos mais expressivos da imagem.

Por fim, esboçaram-se alguns comentários acerca da relação entre o plano de conteúdo e o plano da expressão da criança, tendo em conta o contexto do âmbito no momento da representação da imagem pela criança, também com o mesmo cuidado de separar a sua própria reflexão sobre ideias e impressões do que foi assistido. Os dados são esquematizados em quadros e apresentados de forma visual (desenho) e descritiva.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados que descrevem a análise de conteúdo no que se refere à observação não participante (secção 3.1), às entrevistas a elementos chave (3.2), aos resultados do questionário de sondagem (3.3), ao questionário AACTO (Atividades Artísticas Aplicadas em Crianças em Tratamento Oncológico) (3.4), bem como à análise dos desenhos das crianças institucionalizadas (3.5).

3.1. OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

A primeira etapa da investigação em campo foi observar o funcionamento das atividades artísticas dentro do âmbito de apoio pedagógico, em ambas as instituições em estudo: o Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-P) e Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC). A observação centrou-se em como os sujeitos de assistência à criança e cuidadores principais se relacionavam com as crianças, como desenvolviam as atividades com elas, a articulação deste interagir dos grupos com o espaço, e como as próprias crianças desenvolviam as atividades artísticas. Esta etapa foi-se desenvolvendo pausadamente no início com as primeiras visitas, progredindo a percepção dos âmbitos na sua íntegra ao longo do tempo, e enquanto outros dados com outras técnicas iam sendo recolhidas para a investigação.

3.1.1. Observação não participante no IPO-P

Para a observação das atividades, no IPO-P, encontram-se três espaços a considerar:

- 1- Sala de Apoio Pedagógico do Adolescente, localizado no 12º andar do prédio principal onde também funcionam reuniões e atendimento por parte do corpo docente;
- 2- Sala de Brincar-1, localizada também no 12º andar, separada por parede e ao lado do espaço da Sala de Apoio Pedagógico do Adolescente;
- 3- Sala de Brincar-2, localizada no 3º andar, separado por divisória em PVC e painel acrílico, ao lado da sala de espera das consultas.

Nestes espaços interagem principalmente os educadores, professores, voluntários e crianças, por vezes com participações eventuais dos pais, e com menor frequência dos médicos, enfermeiros e auxiliares (Figura 3.1.1).

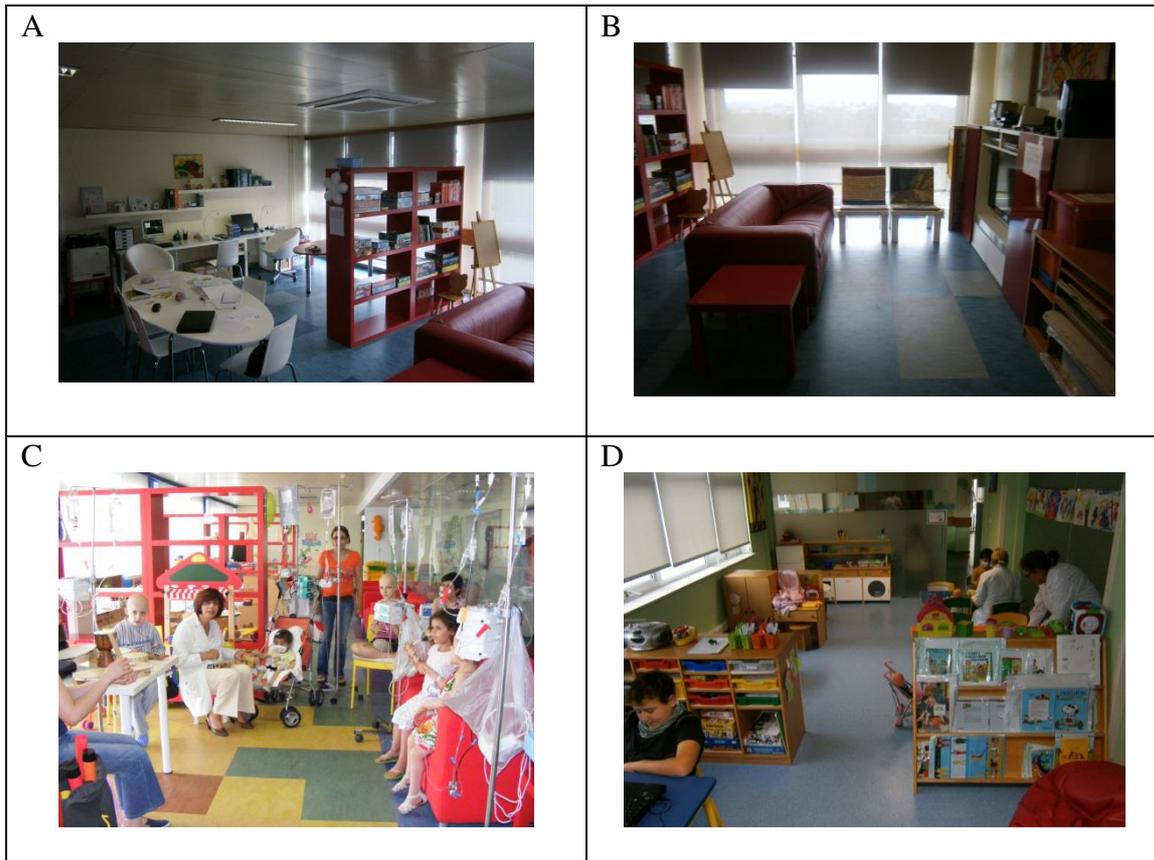


Figura 3.1.1- Sala de Apoio Pedagógico do Adolescente (A e B); Sala de Brincar-1 (C); e Sala de Brincar-2 (D)

As crianças dirigem-se para estas áreas se estiverem em condições físicas para realizarem as tarefas. Podem ou não estar a utilizar cadeira de rodas, carrinhos de bebé, muletas, terem cateteres e estarem ligados as máquinas perfusoras, que doseiam medicações (inclusive quimioterapia), o que por vezes causa a interrupção do exercício da atividade artística por parte dos médicos ou enfermeiros no intuito destes verificarem o seu quadro clínico e desenvolvimento/efeito de dosagem medicamentosa, o que não impede que elas continuem depois com as atividades, ainda que por esta razão algumas vezes se apresentem fragilizadas. As crianças interagem entre elas e principalmente com os educadores e professores, seguidamente com os pais e voluntários, desenvolvendo os trabalhos sem complicações, podendo o comportamento variar de uma criança/adolescente para outro.

No geral, as crianças dos 2 aos 12 anos parecem ser mais receptivas às atividades artísticas manuais, enquanto os adolescentes preferem o computador e os jogos eletrónicos.

Quando por algum motivo alguma criança/adolescente demonstra necessidade em parar com a atividade em decorrência de algum mal-estar ou indisposição, pede para retirar-se, podendo voltar mais tarde ou retomar o decurso do trabalho outro dia quando estiver disposta para o efeito.

3.1.1.1. Sala de Apoio Pedagógico do Adolescente

A área da Sala de Apoio Pedagógico do Adolescente tem 45,5 metros quadrados com janelas de um lado a outro da parede exterior do prédio. Aqui as educadoras desempenham a maioria das reuniões internas, dirigem e monitoram as atividades com os adolescentes, desde vídeo conferências ao exercício artístico. O espaço também possui armários, estantes, vídeo jogos, uma mesa alta em formato oval (180 cm x 90 cm) com seis cadeiras, duas poltronas e dois cadeirões. Neste espaço os adolescentes podem comunicar com a escola por sistema audiovisual (Figura 3.1.2-A), estudar (Figura 3.1.2-B e C), desenvolver atividades artísticas (Figura 3.1.2-D e E) ou entreter-se com videogames (Figura 3.1.2-F).

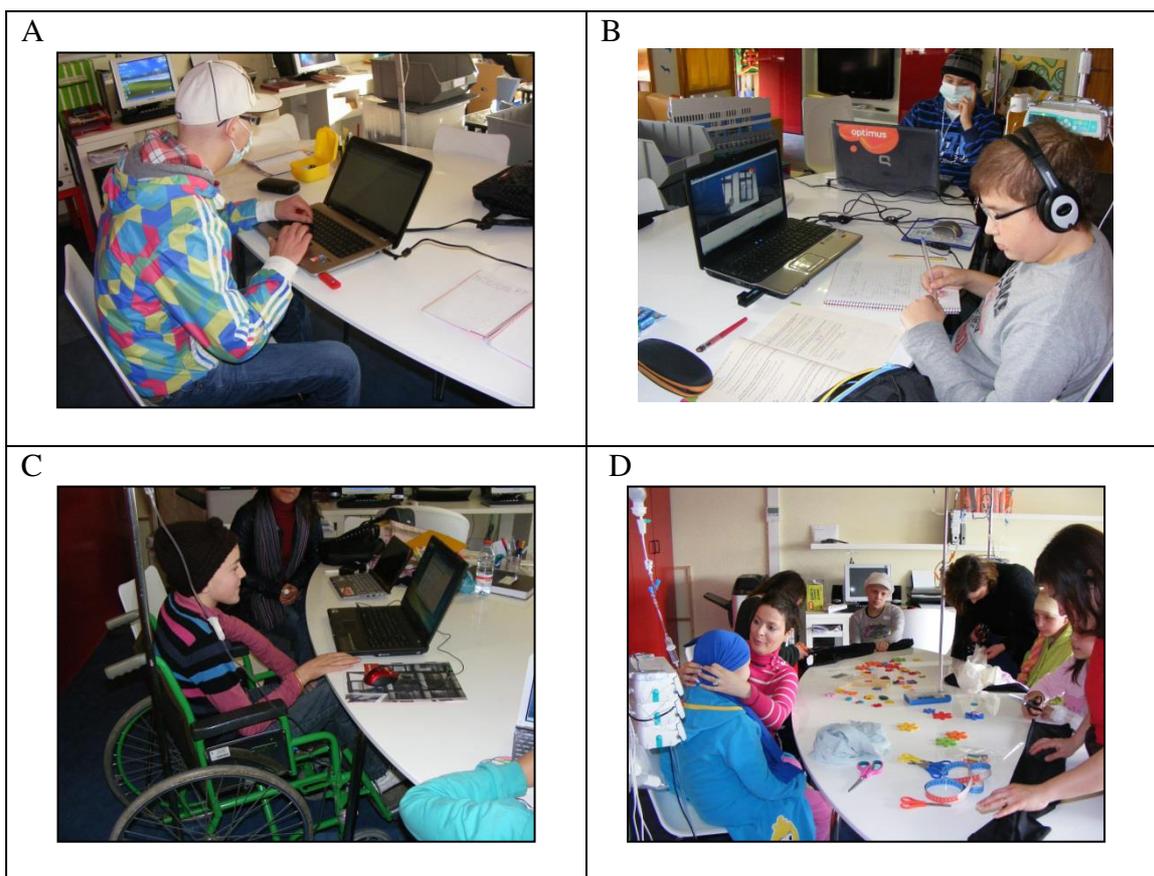




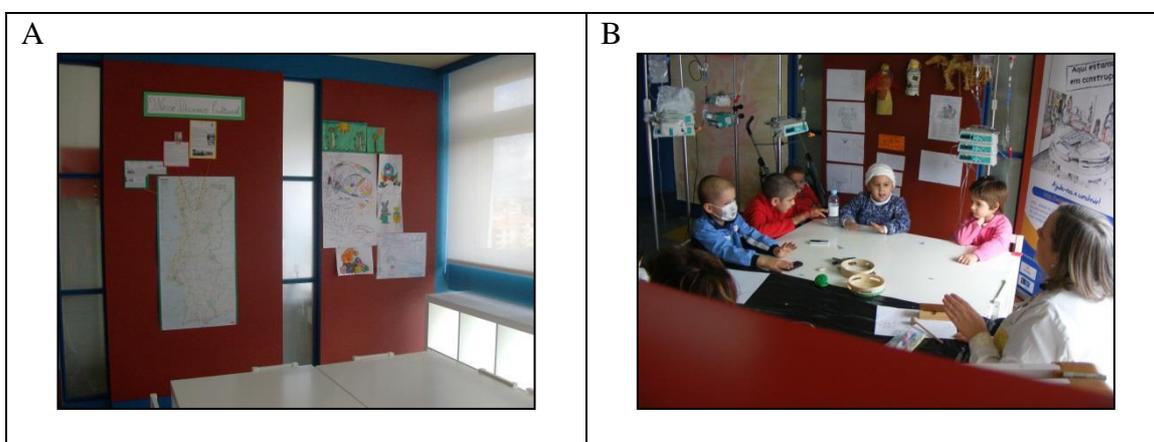
Figura 3.1.2 – Adolescentes em contacto com a escola (A); a estudar (B e C); a desenvolver exercícios artísticos (D e E); e a entreter-se com videojogos (F)

3.1.1.2. Sala de Brincar-1

A área da Sala de Brincar-1 é subdividida em 5 partes: áreas da Expressão Plástica, Sala de Jogos, Casinha das Bonecas, Sala de Vídeo e Biblioteca.

Área da Expressão Plástica

A área da Expressão Plástica possui uma mesa baixa (160 cm x 160 cm) com oito cadeiras, painel de exposição dos trabalhos artísticos, bancada com pia, cavalete, higienizador para as mãos, e estantes com materiais de expressão plástica (Figura 3.1.3). Todo material, desde os de expressão plástica não descartável aos livros, são esterilizados após cada utilização. Esta pode ser feita com álcool etílico (pelas próprias crianças e acompanhantes), ou pelo serviço de esterilização (com técnicas variadas) instalado no próprio hospital. O sistema de esterilização foi implementado no IPO-P desde 2007 com o objetivo de extinguir possibilidades de proliferação de bactérias e infeções.



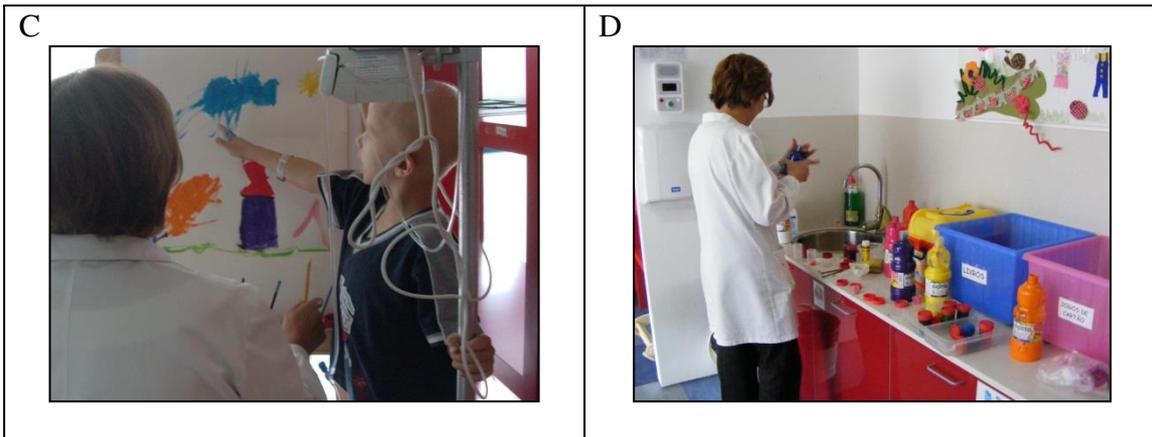
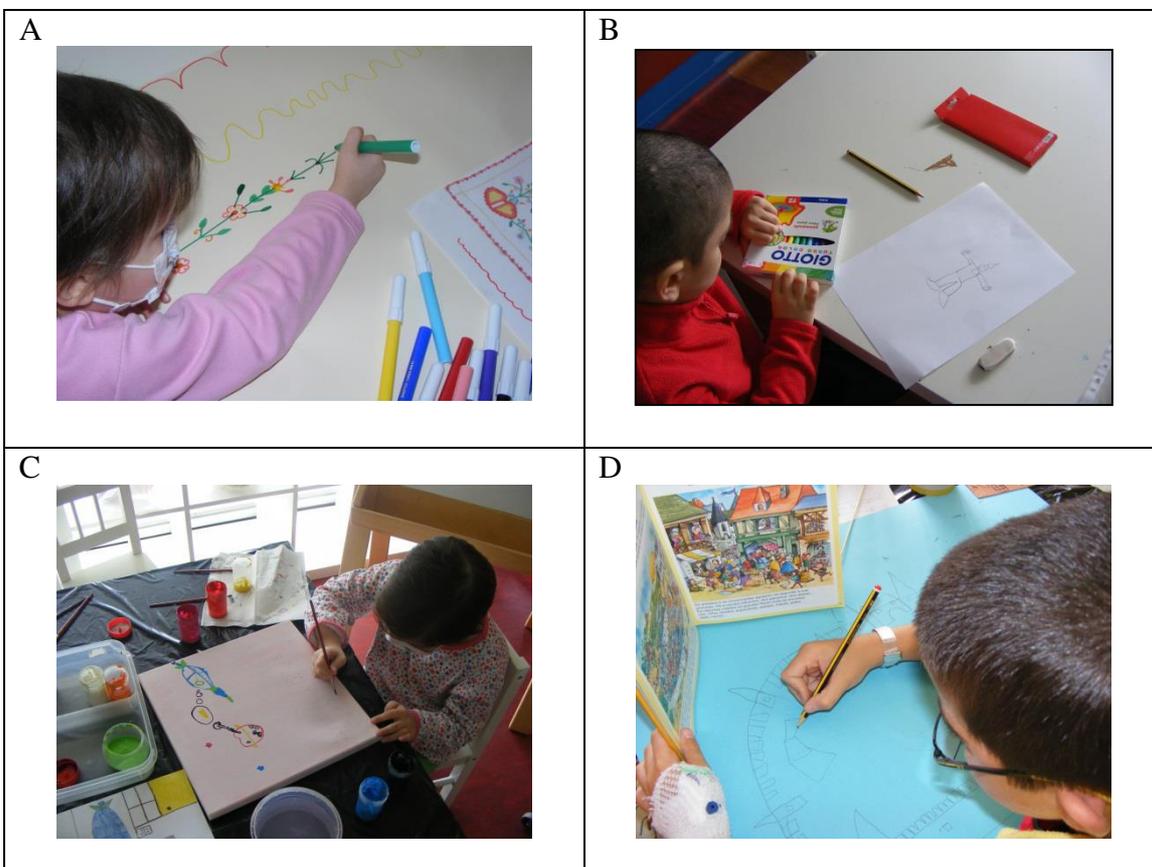


Figura 3.1.3 – Sala de Brincar-1: Painel com trabalhos expostos (A); crianças no exercício artístico e com máquinas perfusoras (B e C); professora a preparar atividades junto ao balcão com pia e materiais de expressão plástica (D)

Nesta área pode observar-se várias atividades de expressão plástica: modelagem, colagem, pintura e desenho, podendo também ocorrer outras atividades, como expressão dramática e o ensino e acompanhamento de outras disciplinas. As crianças realizam as atividades individualmente e/ou em grupo, sempre acompanhadas por um ou mais sujeitos da equipa de assistência e/ou pelos seus pais (quadro 3.1.4).



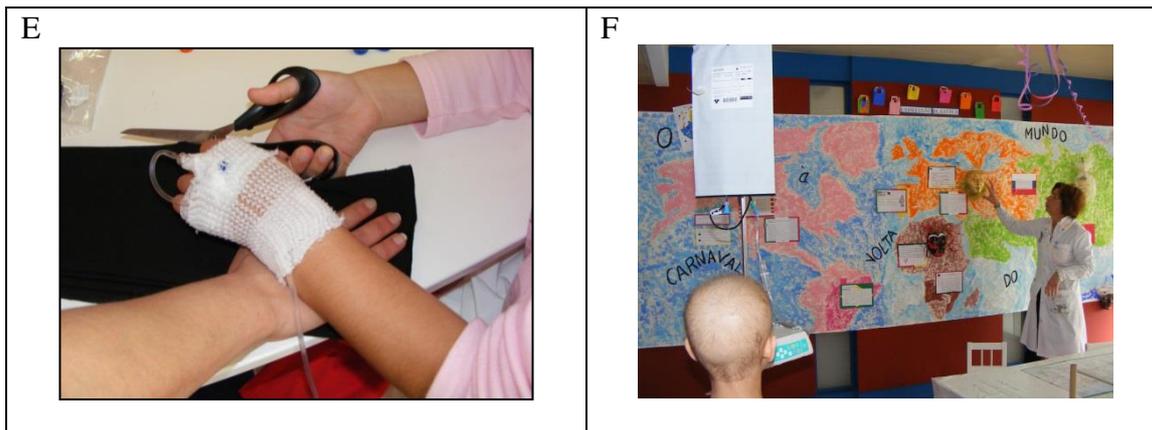


Figura 3.1.4 – Crianças na Sala de Brincar-1 desenvolvendo atividades de desenho e pintura (A a C); de desenho e literatura (D); menina com cateter e em atividade de recorte de papel (E); e atividade de pintura e geografia (F)

A título de exemplo, apresenta-se a seguinte anotação (Diário de Bordo, Porto, 12/02/2010):

“A Educadora orienta ‘Maria’, de cinco anos. Entrou no internamento recentemente e está a ser tratada de leucemia. Está com cateter, ligada a aparelho e recebe dosagem de quimioterapia. Procede à atividade de ciências e ao mesmo tempo conversa comigo e com a educadora, que me permite observar e participar no acompanhamento pedagógico. ‘Maria’ apresenta concentração, boa disposição, fala pausadamente e à medida que desenha e pinta contentores de lixo reciclável, vai explicando a ligação das cores com os respetivos materiais reutilizáveis.”

Sala de Jogos

A segunda divisão da Sala de Brincar-1, Sala de Jogos, possui uma mesa alta (140 cm x 90 cm), seis cadeiras, estantes divisórias e um sofá de dois lugares. Aqui também decorrem atividades de apoio pedagógico de outras disciplinas, inclusive a música, que são ministradas uma vez por semana em ocasião das visitas combinadas com a Fundação Gil e outras instituições que oferecem acompanhamento voluntário (Figura 3.1.5).



Figura 3.1.5 – Sala de Jogos

A seguinte anotação (Diário de Bordo, Porto, 16/04/2011) caracteriza a situação:

“O professor de música, voluntário da Fundação Gil, ministra a aula para um grupo de seis crianças com idades entre os três e onze anos. Duas mães colocam os seus filhos no colo e também participam indiretamente na intervenção, que também é observada por uma das professoras de acompanhamento pedagógico do hospital. Um pai de uma menina de 11 anos observa emocionado. A filha acabara de entrar em internamento. A atividade decorre e as crianças demonstram boa disposição e contentamento com a atividade que inclui instrumentos de agitação e percussão: chocalhos e pandeiretas. A aula tem uma duração de aproximadamente uma hora.”

Casinha de Bonecas

Na terceira divisão, Casinha de Bonecas, também há estantes divisórias e muitos brinquedos para idades dos dois aos dez anos, onde as crianças se podem entreter com variadas atividades lúdicas (Figura 3.1.6).



Figura 3.1.6 – Casinha das Bonecas (A e B)

Sala de Vídeo

A quarta divisão da Sala de Brincar-1, Sala de Vídeo, possui um sofá de dois lugares, dois cadeirões e TV também para vídeos e jogos, a destacar a consola de videogame que se destaca pelo seu controlo sem fios, dotado de um acelerómetro capaz de detectar movimentos em três dimensões com a qual as crianças podem conjugar jogos e atividades físicas (Figura 3.1.7).

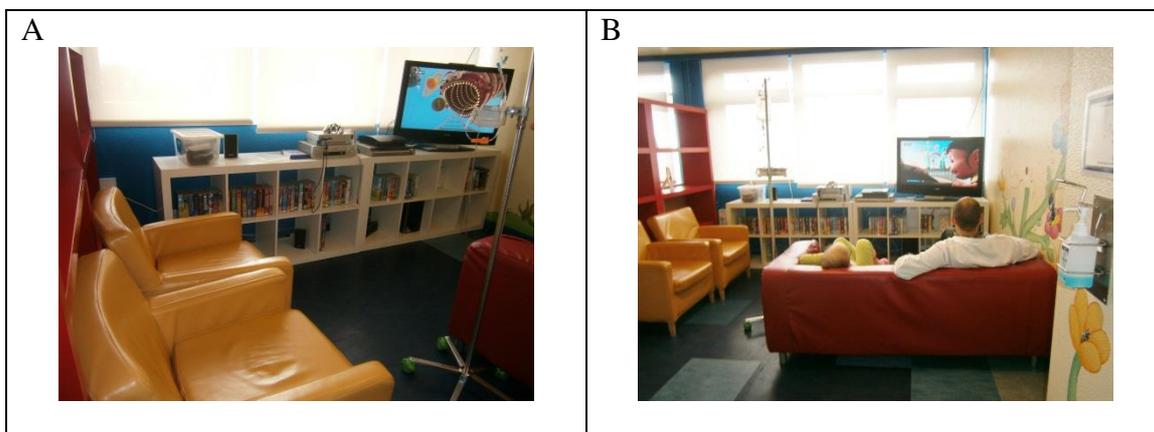


Figura 3.1.7 – Área de vídeo e jogos eletrónicos (A e B)

Biblioteca

E finalmente, a área da Biblioteca com estante de livros e *pufs* para leitura, e onde também podem ocorrer atividades de expressão musical.

A separação entre a Sala de Brincar-1 e o corredor que dá acesso aos elevadores é de vidro, onde há aproveitamento da iluminação natural vinda das janelas, atribuindo amplitude e maior visibilidade ao espaço e de quem nele circunda.

3.1.1.3. Sala de Brincar-2

A Sala de Brincar-2 encontra-se no 3º andar, onde ocorrem as consultas de Pediatria. Este espaço sofreu alteração durante o período desta pesquisa. No início da investigação, as atividades passavam-se num espaço de 17,64 metros quadrados. No espaço, havia uma mesa baixa (160 cm x 160 cm) com oito cadeiras, um painel onde se expunham os trabalhos de desenho e pintura, armários com materiais de expressão plástica, um higienizador a porta para as mãos e um balcão que dá acesso à parte exterior (sala de espera) onde ficavam, à medida que chegavam às crianças e os respectivos pais ou cuidadores principais, à espera de serem chamados para as consultas (quadros 3.1.8).



Figura 3.1.8 – Sala de Brincar-2 na 1ª fase: crianças no exercício artístico (A e B); painel com trabalhos de expressão plástica (C) e sala de espera (D)

No Diário de Bordo (Porto, 19/10/2010) ficou registado:

“Miguel’, que tem 8 anos, representa a família numerosa apenas com seus rostos, pintados em cores quentes. A composição é bem distribuída no papel de modo a ocupá-lo na sua totalidade. É falante, participativo, interage com a educadora e com as

demais crianças. Só para a atividade quando é libertado pelo médico que o atende e quando os seus pais o chamam para retornarem para casa.”

Neste serviço, a média de pacientes em dias mais movimentados era de 50 crianças por manhã. Considerando a grande procura de pacientes e o espaço exíguo, a equipa de assistência à criança juntamente com a direcção do hospital, considerou reformular e ampliar o espaço. Deste modo, no segundo semestre de 2011, a Sala de Brincar-2 adquire nova configuração de espaço com 30 metros quadrados, mais iluminação natural, estrutura com bancada de pia, armário para materiais didácticos de expressão, e local de exposição dos trabalhos. A sala foi subdividida em 4 partes: Expressão Plástica, com duas mesas baixas e oito cadeiras; Biblioteca, com estante de livros e dois pufs; Sala de Jogos, com uma mesa alta (140 cm x 90 cm) e 4 cadeiras; e Casinha de Bonecas com mini quarto e mini cozinha de brinquedo. Do lado oposto à porta de entrada há uma bancada com pia, e armários na parte inferior. Havia higienizadores para as mãos nesta bancada e na entrada ao lado da porta de correr em acrílico (Figura 3.1.9).

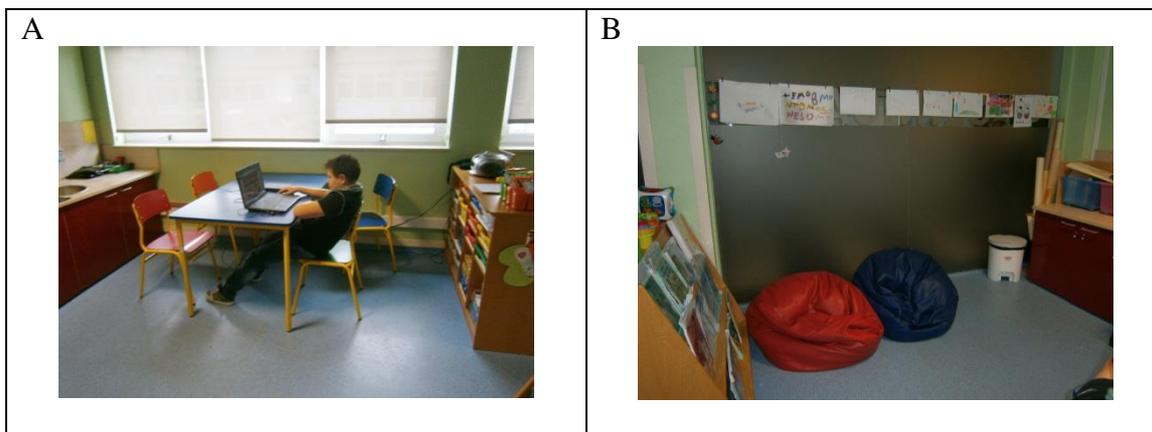


Figura 3.1.9 – Sala de Brincar-2 reconfigurada: Sala de Jogos (A) e Biblioteca (B)

A parede que dá para a parte exterior do prédio tem janelas de um lado ao outro, tornando o ambiente mais iluminado, e onde a equipa de assistência e as crianças podem ter maior visibilidade. Neste espaço (e no primeiro), as crianças que estão em espera das consultas, podem dar início as suas atividades finalizando-as ou não, a depender do momento do exercício artístico quando são chamadas para as consultas. Após o procedimento clínico, estando os pais ou cuidadores principais disponíveis, pois estes podem ter horários e outros compromissos (incluindo viagens para as suas cidades de

origem) a cumprir, no caso da não conclusão das atividades, após libertação pelos médicos, algumas crianças ainda podem retornar ao espaço para terminarem as atividades a que deram início. Os tratamentos a que são submetidas neste âmbito, podem ser variados, desde revisões a quimioterapia.

No Diário de Bordo (Porto, 12/04/2011) registou-se:

“Rui’ já não apresenta sinais da doença e tem vindo ao hospital apenas para revisão e vigilância. Frequenta aulas externas de música. Pediu permissão à educadora e aos avós para fazer uma pequena apresentação musical para as crianças que ainda estão em tratamento. Assistiram pais, outras crianças e voluntários. Tocou violão, cantou e em princípio disse que era tímido, mas acabou por tocar mais que duas canções e com boa desenvoltura. Todos assistiram com admiração e a apoiá-lo, e as outras crianças abstraíram-se por completo das outras atividades.”

No decorrer de algumas observações, foram presenciadas situações em que algumas crianças apresentavam sinais de mal-estar. Algumas delas, mesmo assim, pediam para retornar à Sala de Brincar-2, algumas para darem continuidade à atividade, e outras, apenas para estarem presentes a observarem os movimentos da sala. É um ambiente bastante dinâmico, pelas próprias atividades propostas e pelo número de crianças que circula no decorrer do tempo de espera das consultas (Figura 3.1.10).

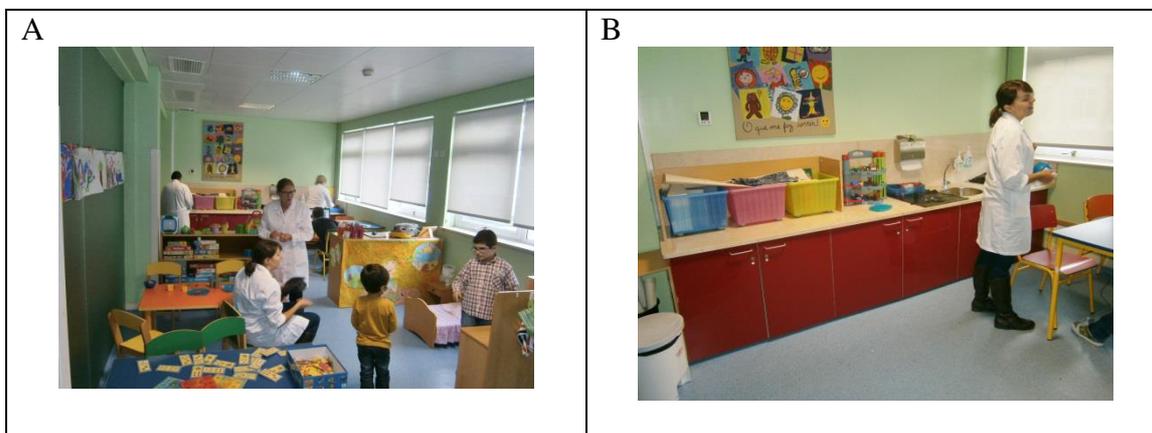


Figura 3.1.10 – Sala de Brincar-2 (A e B)

Eis o que diz o Diário de Bordo (Porto, 22/05/2012) refere:

“Nuno’ acaba de retornar das consultas onde recebeu medicamento intravenoso. Antes, estava a criar uma história e a representá-la através de desenhos. Voltou demonstrando mal estar, mas não queria abandonar a Ludoteca-2. Pediu atenção exclusiva da educadora. Esta, prontamente o atendeu e ficou a conversar e a contar histórias para ele no espaço de literatura.”

Todos os espaços descritos, tanto no 12º como no 3º andar, são tratados com exímio cuidado, e dentro deste âmbito; a educadora, as crianças, pais, enfermeiros, médicos e voluntários trabalham e interagem em conformidade e harmonia. De acordo com as necessidades das atividades, estes espaços podem ser alterados com a modificação da arrumação dos móveis e equipamentos.

3.1.2. Observação não participante no GACC

Nas instalações do Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC), encontram-se quatro espaços para observação:

- 1- Brinquedoteca;
- 2- Biblioteca;
- 3- Sala de Expressão Plástica;
- 4- Sala de Música.

3.1.2.1. Brinquedoteca

No ambiente da Brinquedoteca interagem principalmente os professores, voluntários, o terapeuta ocupacional, o brinquedista, pais e crianças. Tal como na Sala de Brincar-2 do IPO-P (item 3.1.1.3), na brinquedoteca também houve reformulação dos espaços ao longo desta pesquisa. No início de presente estudo, as atividades decorriam todas num mesmo espaço, onde essa primeira Brinquedoteca possuía mais metros quadrados (valor da área não fornecido) que a atual, e englobava atividades várias, desde exercícios pedagógicos (acompanhamento escolar) e lúdicos (informática, vídeo, música, expressão plástica e expressão dramática). Possuía balcão com pia; área cercada e aberta com pufs e brinquedos; armários para brinquedos, materiais didáticos, de expressão plástica e dramática; área cercada e aberta com instrumentos para as aulas de música; três mesas baixas com quatro cadeiras cada uma; painel de exposição dos trabalhos de desenho e pintura; e dois computadores. Nesta estrutura, havia basculantes altos localizados no centro da parede que dava para o exterior do prédio (Figura 3.1.11 e 3.1.12).



Figura 3.1.11 – Visão geral da primeira Brinquedoteca (A e B); área com almofadas e pufs (C); e crianças em atividades sob monitoramento de voluntários e pais (D)

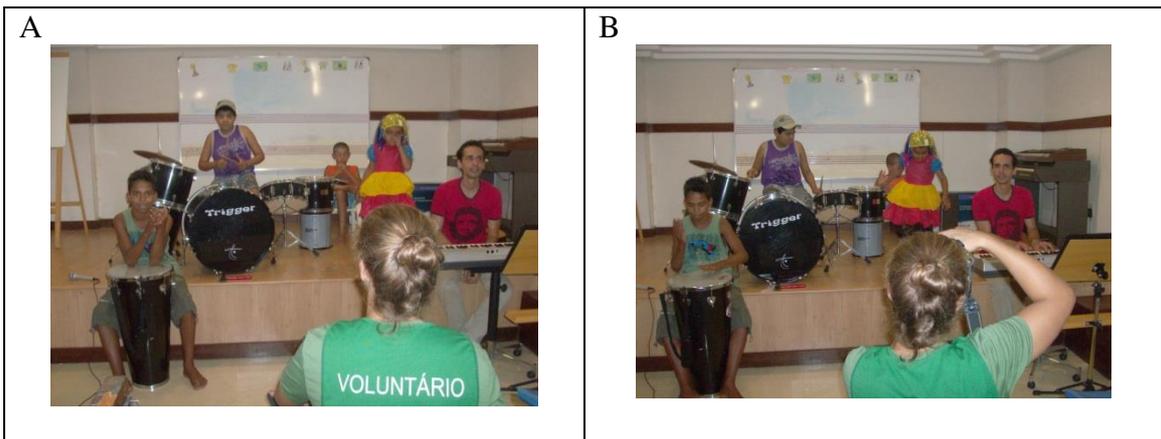




Figura 3.1.12 – Uma das extremidades da 1ª primeira Brinquedoteca onde se realizavam aulas de música (A e B); área das expressões plásticas (C e D) e crianças em exercício artístico (E e F)

No registo do Diário de Bordo (Salvador, 10/11/2010) pode ler-se:

“Ele entra no ambiente a procurar pela brinquedista. João tem 4 anos e está a tratar um tumor na cabeça. Está mal disposto devido aos tratamentos a que foi submetido no hospital público da cidade pela manhã. Só quer ficar deitado sobre um dos almofadões da Brinquedoteca, onde atendido por ela, adormece ouvindo canções.”

O Playground, designação local utilizada para o espaço exterior de recreio, não sofreu alteração de maior ao longo do presente estudo. Aqui podem acontecer atividades lúdicas, de expressão motora, plástica e dramática. (Figura 3.1.13).



Figura 3.1.13 – Espaço da Criança (A e B); e Playground (C e D)

3.1.2.2. Biblioteca

A Biblioteca, por sua vez, no início do estudo estava localizada no 1º Pavimento e funcionava ocasionalmente para atividades pedagógicas (Figura 3.1.14).

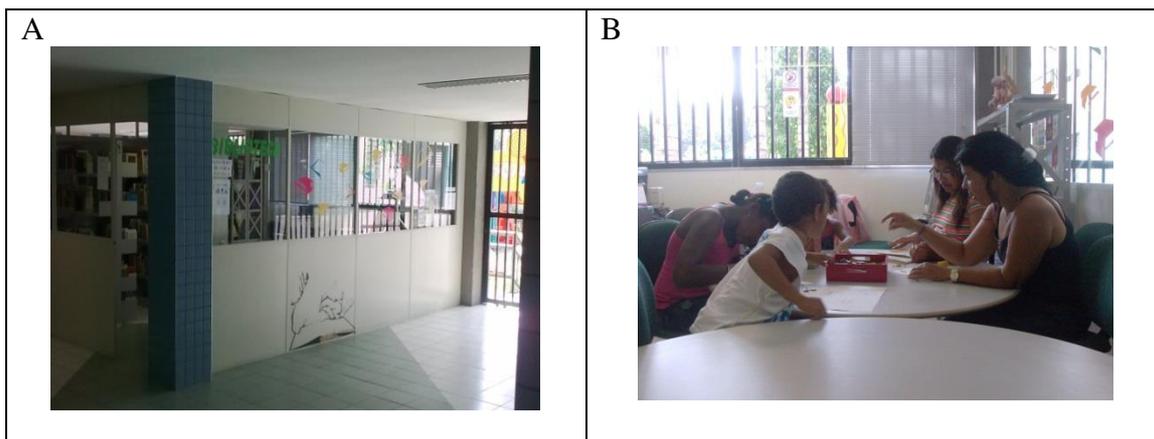


Figura 3.1.14 – Biblioteca do andar térreo: parte externa (A) e parte interna

(B)

Na segunda fase da pesquisa, já em finais de 2010 a estrutura que abrigava a antiga biblioteca, no 1º Pavimento, passou a ser sala de acompanhamento pedagógico (Figura 3.1.15).

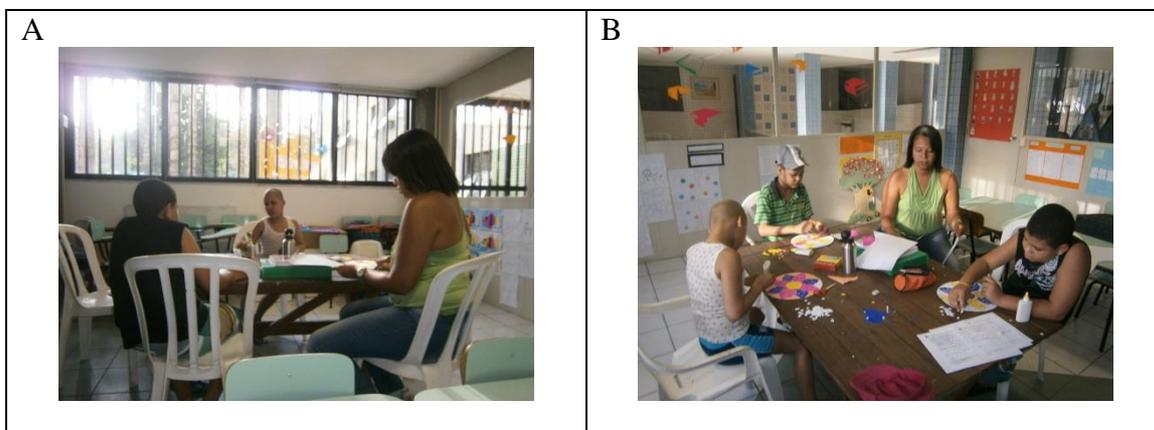
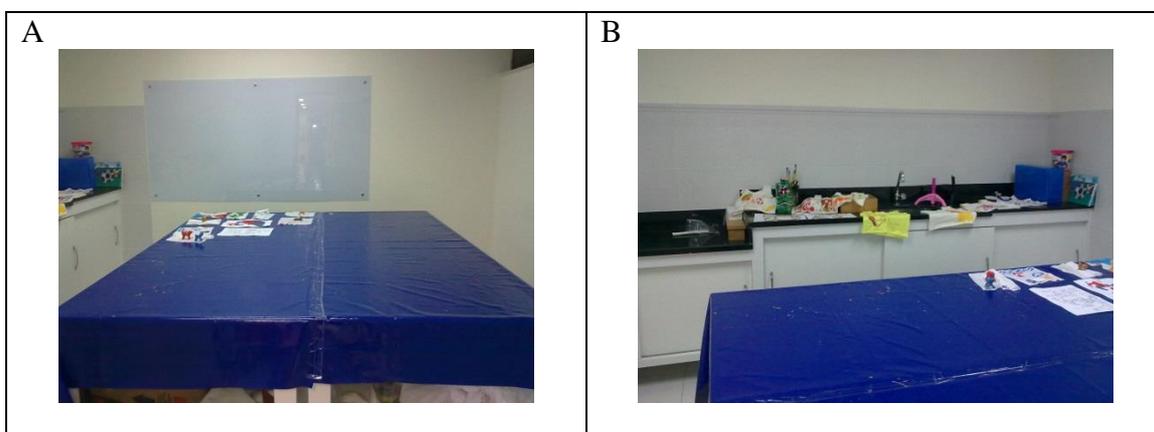


Figura 3.1.15 – Crianças em atividades na sala de acompanhamento pedagógico (A e B)

3.1.2.3. Sala de Expressão Plástica

Nesta nova fase, em mês de 2011, o espaço da Brinquedoteca, no 3º Pavimento, também foi subdividido estruturalmente e cada atividade artística ganhou um espaço fechado e específico. Assim, a área das artes plásticas adquiriu espaço com 25 metros quadrados, basculantes altos em toda parede exterior, uma mesa alta (170 cm x 140 cm) com dois bancos para 5 lugares, painel de exposição dos trabalhos, bancada com pia e armário com materiais diversos. Nesta área observam-se várias atividades promovidas pela equipa de assistência da instituição: modelagem, colagem, artesanato, pintura, desenho, entre outras (Figura 3.1.16).



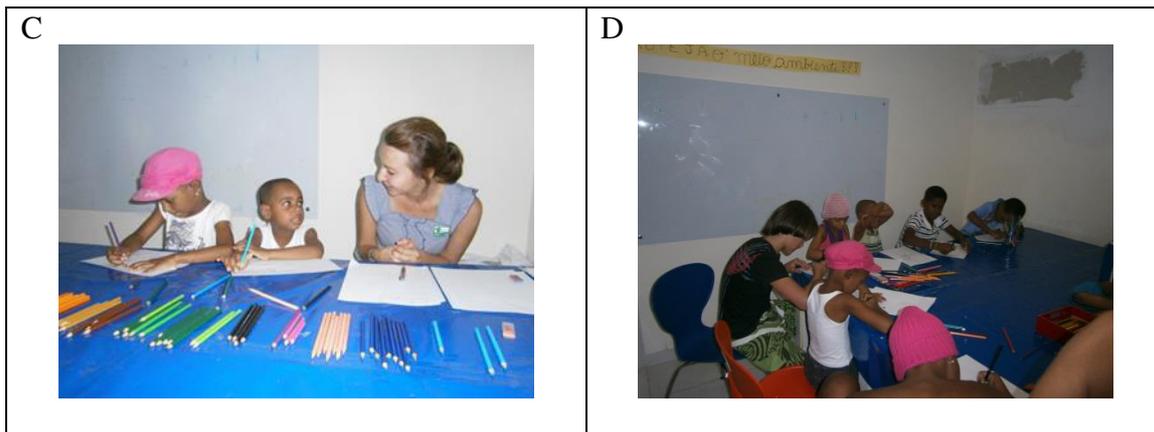


Figura 3.1.16 – Sala vista a partir da porta de entrada (A), bancada com pia (B), crianças e adolescentes em exercício artístico (C e D)

O Diário de Bordo (Salvador, 12/09/2012) refere:

“As crianças chegam num grupo de aproximadamente dez crianças e adolescentes. Uma profissional da educação pela arte propõe três temas para serem feitos com lápis de cor. Estes são dispostos pela mesa de modo que o grupo tenha fácil acesso e possam escolher o tom desejado para a composição. À medida que realizam o exercício, conversam entre o próprio grupo e os de assistência à criança. Trocam ideias e alguns sugerem o uso de outros materiais, como cola colorida. À medida que completam o trabalho retiram-se da sala para o refeitório, Brinquedoteca, pátio externo, para os seus quartos, ou seguem atividade em outra subdivisão. Alguns que permanecem na sala, pedem para realizar mais trabalhos e a intervenção termina no horário pré determinado.”

3.1.2.4. Sala de Música

Para a Sala de Música, foi construída uma nova estrutura no 3º Pavimento. Possui um palco, arquibancada para aproximadamente 22 lugares, instrumentos musicais (bateria, guitarras, baixos, violões, atabaques, bombo, tambores, pandeiros, chocalhos, teclado e outros) e tem sistema de isolamento acústico. No espaço também podem ocorrer atividades de teatro e cinema. (Figura 3.1.17).



Figura 3.1.17– Sala de Música: crianças em atividades com orientação do professor e acompanhamento de voluntários e pais (A a F)

No Diário de Bordo (Salvador, 19/09/2012) pode ler-se:

“A aula começa pontualmente no Estúdio. Algumas crianças ainda vão chegando e se instalam pela arquibancada ou pelo palco. A maioria muito familiarizada com o espaço e professor. Um menino que está na cadeira de rodas e recém-chegado na instituição, recebe um pandeiro pelas mãos do professor. Sorri, e timidamente emite os primeiros sons com o instrumento. O professor toca, canta e circula de modo a colocar todas as crianças a interagirem entre elas e com a

música escolhida que tocam. O tempo passa sem que se perceba. Todos demonstram boa disposição e bem estar. É chegado o término desta aula e a sensação é de se querer mais.”

A Biblioteca, agora no 3º Pavimento e junto à Brinquedoteca, possui um computador com uma cadeira, uma mesa alta (70 cm x 160 cm) com seis cadeiras e três estantes de livros.

Diz-se no Diário de Bordo (Salvador, 5/12/2011):

“Um grupo com três crianças entre seis e dez anos fazem atividades de acompanhamento pedagógico junto a uma assistente e dois voluntários. Enquanto isso, um adolescente se encontra em pesquisa e a trabalhar no computador. Seguem atentos, interagem e mantêm-se concentrados no exercício.”

As crianças realizam as atividades individualmente e/ou em grupo, sempre acompanhadas por um ou mais sujeitos da equipa de assistência e/ou pelos seus pais. Interação entre elas e principalmente com a equipa de assistência, seguidamente dos cuidadores principais.

Contrariamente ao que sucede no IPO-P, os espaços do GAAC não se encontram dentro de uma unidade de tratamento de saúde, pois elas vêm do acompanhamento de hospitais públicos, raramente estão ligados a algum aparelho, mas podem estar com cateter e/ou sob os efeitos de tratamentos e medicamentos (como radioterapia e quimioterapia). Podem também estar a utilizar carrinhos de bebé, cadeira de rodas ou muletas, o que não impede de exercerem as atividades, ainda que por esta razão algumas vezes se apresentem fragilizadas. Tal como no IPO-P, quando por algum motivo alguma criança/adolescente mostra necessidade de parar ou pausar a atividade, pede para retirar-se, podendo voltar mais tarde ou retomar o decurso do trabalho outro dia quando estiver disposta a tal. No geral, crianças e adolescentes dos 2 aos 18 anos são recetivas as atividades oferecidas pela instituição.

Em todos os ambientes citados, quer seja na primeira ou na segunda fase, todas as atividades podiam acontecer ao mesmo tempo e/ou separadamente. Nos âmbitos da Brinquedoteca, Expressão Plástica e Música, todos os indivíduos, inclusive as crianças eram convidadas a descalçar os sapatos, de modo a manter a sala sempre limpa e para estarem mais a vontade nos espaços. A equipa de assistência à criança ministrava e monitorava as atividades com crianças e adolescentes, dependendo da programação

feita pelos mesmos. As aulas de música eram pontuais, decorrendo durante as quartas-feiras nos dois turnos (manhã e tarde), e nas sextas-feiras pela manhã; assim como as aulas de expressão plástica, que decorriam nas manhãs de terça-feira e nas tardes de quinta-feira.

O ambiente é primorosamente bem cuidado e dentro deste parâmetro, não foi visto nada digno de registo.

3.2 ENTREVISTAS A ELEMENTOS CHAVE

Apresentam-se os resultados das entrevistas efetuadas à equipa de assistência à criança do IPO-Porto e do GACC–Salvador, acerca da prática das atividades artísticas em cada instituição. Citam-se os pareceres de cada grupo acerca de algumas características dos serviços, para identificação de aspetos positivos e de outros aspetos eventualmente desfavoráveis, com vista ao melhoramento da qualidade dos serviços prestados às crianças com doença oncológica.

A análise de conteúdo das entrevistas deu origem a um conjunto de categorias e subcategorias que permitem a apresentação destes dados de forma sintética. No entanto, expõem-se algumas transcrições das respostas que suscitaram maior interesse e pareceram ser as mais ilustrativas.

3.2.1. Entrevistas realizadas no IPO-P

Da análise de conteúdo das cinco entrevistas realizadas no IPO-P (Enfermeira, Coordenadora do Acompanhamento Pedagógico, Educadora de Infância, Professora do 1º Ciclo e Professora do 2º Ciclo do Ensino Básico), identificaram-se três categorias (Serviço de Pediatria e fases de tratamento, Pedagogia Hospitalar e Atividades Artísticas, e Expressão Plástica) com diversas subcategorias, como se apresenta no Quadro 3.2.1.

Quadro 3.2.1.. Categorias e subcategorias identificadas nas entrevistas da equipa de assistência à criança do IPO-P

Categoria	Subcategoria
1. Serviço de Pediatria Oncológica e fases do tratamento	Origem e desenvolvimento do Serviço de Pediatria Oncológica
	Aceitação do espaço pela criança/adolescente
	Aceitação da doença pela criança/adolescente
2. Pedagogia Hospitalar e Atividades Artísticas	Métodos e limitações no ensino
	Expressão plástica, musical, leitura e ludicidade
	Interdisciplinaridade
3. Expressão Plástica	Plano de atividades e componente lúdica
	Expressão das emoções através dos desenhos
	Adaptação de materiais
	Esterilização

3.2.1.1. Serviço de Pediatria Oncológica

Origem e desenvolvimento do serviço de Pediatria Oncológica

O serviço de pediatria anteriormente era realizado conjuntamente com o serviço de adulto do hospital, mas o apoio às crianças tem vindo a evoluir gradualmente. Atualmente, as crianças já têm a sua unidade de internamento, hospital de dia, consultas e uma equipa de apoio pedagógico com educadores e professores. Refere a Enfermeira:

“Estou aqui desde 1987. Nessa época não havia pediatria no serviço nem apoio pedagógico.

O apoio pedagógico era feito através do voluntariado, para poder dar suporte às crianças e aos pais, até vir a educadora. Havia pediatria espalhada pelo hospital. Imagine que uma criança era operada, fazia quimioterapia e ficava nos serviços de adultos. Ficavam no quarto, na enfermaria, com os pais.

E tem melhorado de ano para ano. Primeiro era só um educador. Depois vieram professores, mais educadores, e algumas já estão há muito tempo, o que também é importante manter”.

Aceitação do espaço pela criança/adolescente

Algumas crianças que iniciam o tratamento em internamento gostam do espaço da sala de brincar porque têm toda uma estrutura que lhes proporciona conforto, apoio social e pedagógico; e assim podem manter-se ativas, o que as remete a uma vida próxima da normalidade, como refere a mesma enfermeira:

“Há meninos que aceitam bem o internamento porque têm um bem-estar que o internamento lhes pode dar: uma sala de brinquedos espetacular, jogos, computadores.

Até gostam de estar internados porque têm muito apoio; e mais, acabam por ter o apoio também permanentemente e ainda têm os professores, têm uma vida quase normal, e gostam de estar.

As crianças gostam de estar ativas, e aqui é a mesma coisa, e nota-se a diferença”.

Aceitação da doença pela criança/adolescente

A recaída da doença das crianças e adolescentes é a situação mais complexa porque terão de passar por todo o processo de tratamentos e recuperação. Devido ao organismo fragilizado e conseqüentemente, sujeito a doenças oportunistas que podem complicar ainda mais a situação clínica, não têm condições para poderem interagir com outras pessoas nos contextos habituais, sendo necessário o apoio de toda a equipe de assistência para que eles possam dar continuidade ao processo escolar na tentativa de não se complicar nenhuma etapa do tratamento. A enfermeira é clara, explicando esta situação:

“Aqui, os nossos meninos passam por fases em que estão muito deprimidos. Depois podem estar bem, e a seguir ter uma recaída e podem voltar a essa fase pior. É importante termos todos os apoios; educadoras, professoras para fazerem uma boa ligação com a escola, para terem uma vida mais normal possível e não haver cortes.

A fase inicial é a fase pior. A aceitação da doença, que vai cair o cabelo, que vai deixar os colegas. Hoje temos internet, mas antes não havia. Agora até podem estar a falar para casa, mas de qualquer maneira é uma fase difícil. Então os adolescentes, é terrível! A fase das saídas, namoros, tudo vai alterar. Não podem ir ao cinema, e não podem ir porque estão em contato com muita gente e estão muito mais sujeitos a apanhar doenças, E depois ficarem bem, a recaída é ainda pior porque é uma aceitação que vai ter que passar por tudo aquilo que já passou novamente”.

3.2.1.2. Pedagogia Hospitalar e Atividades Artísticas

Métodos e limitações no ensino

O procedimento para o acompanhamento pedagógico utilizado no âmbito da pediatria oncológica utiliza a mesma metodologia das escolas e espaços de educação onde as crianças estão inscritas, apenas com o diferencial de ser aplicada no contexto hospitalar. Como primeiro passo do procedimento, contactam com a escola da criança/adolescente internado para que assim possam desenvolver um acompanhamento continuado, de modo a não confrontar com o processo inicial de aprendizagem da criança/adolescente, tal como refere a Coordenadora do grupo de Acompanhamento Pedagógico:

“Pois, e as metodologias a que nós recorremos, no fundo, são as que são comuns a outros espaços. Ela só é hospitalar porque decorre num contexto diferente.

A minha questão é o que falamos quando discutimos pedagogia hospitalar, do que é que falamos? Duma metodologia diferente? Não. Porque a metodologia de ensino acaba por ser a mesma, dependendo da opção.

Aqui, as crianças do 1º Ciclo que entram no primeiro ano de escolaridade, vamos supor, a preocupação da colega que cá está é, em primeiro lugar, falar com a professora da criança para saber que método de leitura e de iniciação à escrita e leitura usam, que é para ensinar com o mesmo método. Portanto, lá está, a metodologia é a mesma, não é? Nós apenas adaptamos a um contexto diferente. Porque a criança realmente vai aprender aqui por um método, e depois chega à escola e tem outro?... Nunca mais vai conseguir ler direito. Portanto, é uma das preocupações. Eu acho que é um bocado isto. Ela só é hospitalar pelo contexto, não pelas metodologias, não é?

Expressão plástica, musical, leitura e ludicidade

As atividades artísticas, neste contexto hospitalar, são as práticas que melhor resultam e as crianças gostam de ver os resultados dos seus próprios trabalhos, como expressa a Educadora de Infância:

“[As atividades artísticas] é o que resulta melhor, é o que dá mais, o mais motivador. As crianças fazem, vêem os resultados dos trabalhos delas no próprio dia. Pelo menos aqui na consulta, não é? E, portanto, o que dá mais resultado são mesmo os *ateliers* de expressão plástica, sem dúvida alguma”.

As crianças têm grande inclinação pelos trabalhos de expressão plástica e musical e gostam da intervenção da equipa do Nariz Vermelho, que fazem visitas à pediatria regularmente, mas precisam de ser incentivadas à leitura, como explica a Enfermeira:

“Eu acho que eles gostam de trabalhos manuais, de tudo que sejam com as mãos: pintura, montagens. Acho que eles gostam muito mais, até os colares para as meninas; e os rapazes, todas aquelas coisas que constroem. Estão a fazer agora as máscaras de carnaval.

Importante mesmo, sem ser só isso, ter o conto, incentivar as crianças à leitura, depois outras atividades que vêm, a música também é espetacular, às vezes os miúdos estão todos a tocar, nem que seja para rir; uma pandeireta e eles conseguem sentir-se bem. Vêm também os bonecos e as crianças adoram. Por exemplo, o Nariz Vermelho, eles gostam muito. E por exemplo, crianças que estão fechadas, podem fazer um puzzle.

Interdisciplinaridade

Exemplos de interdisciplinaridade entre as atividades de expressão plástica e história foram dados pela Professora do 2ºciclo, pela Coordenadora do Acompanhamento Pedagógico e pela Educadora de Infância a propósito da comemoração do dia 5 de Outubro, Dia da República. Primeiramente, as crianças fizeram uma pesquisa sobre o tema e em seguida, construíram um tabuleiro semelhante ao jogo de damas (jogo de confronto), com peças da Monarquia e peças da República, de forma a promover a participação e interação entre as crianças/adolescentes. As três entrevistadas referem-se a estas atividades da seguinte forma:

“Para a comemoração do dia 5 de Outubro, propus uma pesquisa inicial sobre quais eram os reis da primeira dinastia e da segunda, uma vez que vamos fazer um tabuleiro, um conjunto de damas de forma que todas as crianças possam participar. São as crianças que vão construir o jogo. Os reis e os presidentes da república vão ser com alguns cubinhos de madeira, pintados com as cores da monarquia e com as cores da república. Serão colocadas determinadas referências relativamente aos reis, o que é que caracteriza cada um deles. E com os da república, exatamente a mesma coisa”. (Professora do 2º Ciclo).

“Uma metade do tabuleiro vai ser azul e branco, da cor da monarquia; e a outra metade em verde, das cores da república. As peças da monarquia são reis, e as da república são os presidentes. Estamos a fazer os tabuleiros. Os meninos já pintaram as peças, algumas de azul, e outras de vermelho e verde, precisamente para identificarem os

republicanos e os monárquicos”. (Coordenadora do Acompanhamento Pedagógico).

“Achei uma ideia fantástica, que foi fazermos um jogo de confronto, aproveitando as regras do jogo das damas”. (Educadora de infância).

3.2.1.3. Expressão Plástica

Plano de atividades e componente lúdica

A coordenadora do Acompanhamento Pedagógico relata que, naquele ano, iriam programar as atividades baseadas na componente lúdica para tratar vários temas que surgissem ao longo do ano letivo; já a professora do 2º ciclo refere a utilização do lúdico para dar a conhecer datas históricas às crianças.

“Nós ainda estamos a fazer a programação definitiva do plano anual de atividades. Só agora é que temos a equipa, só há uma semana, mas nós pensamos trabalhar muito com base nos diferentes dias que ao longo do ano se vão comemorando, portanto, debater e tratar esses temas sempre com uma componente lúdica, porque nós precisamos muito construir os nossos materiais, não é? De acordo com aquilo em que estamos a trabalhar”. (Coordenadora do Acompanhamento Pedagógico).

“Neste contexto, utiliza-se uma forma lúdica para dar conhecimento de uma data histórica”. (Professora do 2º Ciclo).

Expressão das emoções através dos desenhos

O estado emocional das crianças pode ser detetado através da expressão facial, plástica (desenhos) e verbal bem como pela expressão facial e verbal dos pais. Quando as crianças/adolescentes estão numa fase pouco favorável, observam-se cores muito mais intrincadas nos trabalhos de expressão plástica e, em fases mais favoráveis, cores muito mais vistosas, como elucida a Enfermeira:

“Primeiro nós vemos como está a criança, como se sentem dentro delas através dos desenhos e do que falam, e através da cara dos pais, porque os pais também transmitem como é que a criança está em casa. Normalmente se a criança passou bem, eles vêm muito mais sorridentes do que se passou mal. E, realmente numa fase em que estão mal, observamos cores muito mais escuras; e cores muito mais alegres quando se sentem bem. E acho que em revolta eles fazem rabiscos às vezes sem sentido para nós, mas têm significado para eles.

Quando se está na parte de gestão, é mais fácil observarmos, do que as colegas que estão a atendê-los sistematicamente”.

Adaptação de materiais

Há dificuldade de se conjugar algumas atividades de expressão plástica quando as crianças estão ligadas a aparelhos. Quando as atividades são apresentadas, algumas crianças podem sentir-se inseguras quanto ao resultado dos seus próprios trabalhos e, como incentivo, as professoras preparam um modelo como um ponto de partida para as crianças manifestarem a sua própria inventividade acerca do tema em causa. Esta situação é elucidada pela Coordenadora do Acompanhamento Pedagógico:

“Temos que ter em consideração as condições das crianças, não é? Porque as vezes queremos fazer uma determinada atividade, mas elas com as máquinas e os sistemas...

Sempre temos duas leituras na mesma coisa, não é? Mas por outro lado a criança que chega aqui, que está mal disposta, a primeira coisa que nos dizem é que “eu não sei, eu não sou capaz.” E dizemos nós a elas: “uma pessoa gosta, estás a ver? Olha, nós fizemos assim para vocês verem como é que se pode fazer, agora tu fazes como entenderes. Mas isso pode colar isto, enrola-se acolá e pronto”.

E depois até o modelo pode não ficar presente, percebe? Desaparece, que é para ele não se prender”.

Neste mesmo contexto, a Educadora de Infância também exemplifica duas situações: a primeira, em que leva uma proposta, mas as crianças não aderem à atividade; e a segunda, em que substituem um material não esterilizável (folhas de árvores) por cartolina, dando abertura para que elas manifestem a sua criatividade e efetuem a atividade:

“Estamos a aproveitar o Outono, estivemos a falar, como nós não pudemos apanhar folhas, não é? Tivemos de as fazer de cartolina e depois é eles inventarem a história da folha deles. Então nós fazemos em cartolina. Uma menina de 4 anos, por exemplo, quer que a folha dela seja uma princesa. Esta folha vai ter a história duma princesa.

Hoje eu trazia outra proposta, como foi ontem o dia mundial da música. Mas eles não quiseram. Temos assim, várias coisas”.

Esterilização

A Coordenadora de Acompanhamento Pedagógico fala da problemática da utilização de alguns objetos coletivos (livros, lápis, pincéis, etc) pelas crianças, já que há uma norma estabelecida no hospital desde 2007, em que todo material deve ser esterilizado, ou em câmara de gás etileno ou através de álcool etílico para evitar transmissão de doenças e para uma melhor higienização, o que de certa forma limita o leque de atividades e ações pedagógicas, mas cujos profissionais procuram adaptar-se de modo a utilizar somente aquilo que está dentro das regras. A Coordenadora de Acompanhamento Pedagógico explica com exemplos concretos:

“Para conseguirmos dar resposta a essas atividades na unidade de cuidados especiais, este ano, nós estamos a pensar em fazer kits porque já sabemos especificamente o material que precisamos para cada atividade. Obviamente já mandámos para esterilização todos os materiais (os papéis, as lãs).

Elas [as crianças/adolescentes] só podem fazer determinadas coisas com determinados materiais. Assim, com esta experiência que vamos adquirindo, chegamos à conclusão que a forma de chegar às crianças que estão em isolamento é preparando antecipadamente estes kits, e enviar para esterilização.

As crianças que depois veem para a Sala (de brincar), já podem, a maior parte delas, utilizar sem precisar dessa esterilização.

Depois da utilização, o material é desinfetado com álcool, o material rígido. Desinfetando-o com álcool, fica pronto para outra criança utilizar.

Os nossos materiais estão todos embalados. Evita contaminação por bichinhos de umas crianças para as outras. A criança que está cá fora (sala de brincar), por exemplo, pode trabalhar com papel de jornal. Nós só vamos ter o cuidado é de lhe pôr umas luvas.

Nós aqui agora estamos com um problema, que é este ano o surto da gripe A. Provavelmente o que vamos fazer é mandar tudo para a esterilização, ou borrifar com álcool, evapora.

3.2.2. Entrevistas realizadas no GACC

Da análise de conteúdo das duas entrevistas realizadas no GACC (Brinquedista e Terapeuta Ocupacional), identificaram-se três categorias (Fases e Consequências do Tratamento, Brinquedoteca e Atividades Artísticas) com diversas subcategorias, como se apresenta no Quadro 3.2.2.

Quadro 3.2.2. Categorias e subcategorias identificadas nas entrevistas da equipa de assistência à criança do GACC

Categoria	Subcategoria
1. Fases e Consequências do Tratamento	Aceitação da doença pela criança/adolescente
	Importância da presença dos pais
2. Brinquedoteca	Início e construção do espaço
	Sistema de divisão do espaço
	Estratégias de funcionamento do espaço
	Acolhimento e bem-estar
	Sistema ESAR (Exercício-Simbólico-Acoplagem-Regras)
3. Atividades Artísticas	Conexão entre GACC e hospitais oncológicos – o papel dos pais
	Expressão plástica, musical e leitura
	Atividades individuais ou em grupo
	Esterilização

3.2.2.1. Fases e Consequências do Tratamento

Aceitação da doença pela criança/adolescente

Mesmo quando as crianças/adolescentes estão debilitadas devido aos tratamentos feitos no hospital (inclusive quimioterapia) gostam e pedem para estar no espaço da *Brinquedoteca* do GACC, só levando atividades até eles (nos quartos), quando estão recém-chegados a esta instituição ou em situações mais críticas, como uma recaída. Explica a Terapeuta Ocupacional:

“Quando eles estão supercansados, super-enjoados da quimioterapia, veem, ficam a ponto de passar mal aqui dentro, em meio a náuseas, vômito, mas eles veem para aqui. Só vão direto para o quarto quando eles... ou são aquelas crianças que estão na fase de revolta, ou então que estão na recaída; não querem contato com ninguém. Nós temos que levar a atividade lá para eles porque eles não veem, pois estão numa revolta, não aceitam que estão de recaída, ou quando o paciente acabou de chegar e ainda não conhece, não sabe ainda como. Aqui a demanda é espontânea, a gente não vai buscar ninguém, na verdade as próprias crianças é que trazem as outras crianças para cá [Brinquedoteca].

Eles não têm vontade de praticar atividade artística lá no hospital logo após o internamento. O que funciona aqui, é a partir do momento que

eles sabem como é o trabalho, quando abrem essa portinha de vidro eles vêm para aqui [Brinquedoteca]”.

Importância da presença dos pais

A Terapeuta Ocupacional exemplifica um caso em que um menino brinca de ser a própria mãe dele devido à cumplicidade entre ela e a própria mãe, o que demonstra a importância da ligação da criança com o cuidador principal, e que a presença deste elo familiar é importante para ele/ela permanecerem e desenvolverem-se na *Brinquedoteca*. Sublinha ainda que muitas vezes as mães não querem ficar no espaço durante muito tempo, e que a equipa de assistência tenta transmitir à família a importância do acompanhamento deles nas primeiras participações da criança no espaço para que elas se sintam integradas e “em casa”. Elucida a Terapeuta Ocupacional:

“Ele tem essa simbiose com a mãe, tão grande, que ele se veste como ela. Na sala, quase sempre ele se veste de princesa, ele se veste da mãe mesmo, vai lá para a cozinha de brinquedo fazer panela, fazer comidinha que é para nós comermos.

Às vezes as mães não querem que os filhos fiquem aqui, porque claro, no primeiro contato, quando o menino vem, ele não conhece a gente, ele conhece a mãe dele, então ele quer ficar aqui dentro com a mãe, mas as mães não querem ficar o dia todo aqui dentro para o filho ficar brincando, e elas sentadas. Tentamos conversar com a mãe o que é bom para a criança, que ela tem que ficar primeiro com ela até saber o quanto pode ir e depois ela vai ficar sozinha. Tem mãe que não deixa até hoje. Tem menino que tem ótima relação connosco no refeitório, mas ele não vem aqui para dentro porque a mãe não deixa, por causa de virose.

Porque tem muita criança aqui reunida, porque pode machucar o filho dela, porque vai bater nele.

Ela vem. Não importa. Quer vir? Venha. Contanto que traga a criança porque para os meninos o importante é estar aqui, brincar e participar.

O mundo deles, da criança, é aqui, eles podem fugir dessa coisa de estar doente, de fiscalização”.

3.2.2.2. Brinquedoteca

Início e construção do espaço

O espaço da *Brinquedoteca* de início (em 2000) era bem reduzido, mas foi-se desenvolvendo aos poucos, como refere a Terapeuta Ocupacional:

“A sede definitiva veio pra cá em 2000, e nós tínhamos uma salinha pequenininha que era onde os meninos estavam para poder ter atividade lúdica. Em 2002, foi feito um pedido de autorização para transformar o terreno ao lado em uma *brinquedoteca*. Antes havia só um corredor que dava para os quartos. O terreno já fazia parte do GACC. Ela foi desenhada já pensando em cada espaço e para que serviria”.

Sistema de divisão do espaço

A subdivisão da *Brinquedoteca*, com funções próprias (expressão plástica, musical e dramática; jogos, brinquedos, leitura e vídeo) e objetivos específicos, como promover o desenvolvimento motor, cognitivo e social foram descritos pela Terapeuta Ocupacional e a Brinquedista desta forma:

“A estrutura foi pensada da seguinte forma: espaço de arte (com uma mesa de “fazendo arte”, desenho, etc), que era uma dificuldade que nós tínhamos; leitura, informática, jogo, brinquedos, “canto de casinha”, “contar história”, uma televisão para cineminha, música e teatro. Foi toda planejadinha assim, e foi construída com esse intuito”. (Terapeuta Ocupacional)

A *Brinquedoteca* é toda dividida em funções diferentes para atrair as crianças. Ela foi idealizada para distanciar a criança do tratamento. Aqui eles se distraem, brincam, desenvolvem um trabalho motor, psicológico e social porque interagem entre elas, e isso é muito bom. Porque algumas acabam se isolando por causa do tratamento. E é até uma forma de descarregar acerca disso. Então eles brincam. Aí nós temos a parte de leitura, o cantinho, computadores, a parte da tecnologia. Eles não têm contato com o exterior. (Brinquedista)

Estratégias de funcionamento do espaço

As crianças podem realizar mais de uma atividade no mesmo dia, ao mesmo tempo, e em grupos de crianças diferentes e uma atividade não interfere com a outra. A *Brinquedoteca* possui pontos de luzes como estratégia de funcionamento para determinadas atividades. Na data de realização da entrevista (2010), a aula de expressão musical ainda não possuía um espaço único com isolamento acústico como atualmente (2014), o que fazia com que por algumas vezes as crianças se dispersassem pelas outras atividades, pois o som espalhava-se pelo ambiente quando a atividade se realizava. A Brinquedista elucida com detalhe:

“Então, conseguimos realizar mais de uma atividade no mesmo dia e ao mesmo tempo, com grupos de crianças diferentes. Conseguimos

um “*fazendo arte*” lá dentro com os meninos; com sucata, por exemplo, e conseguimos fazer. Os meninos que não querem, não estão com vontade naquela hora, mas querem pintar. Conseguimos fazer aqui na frente a parte da pintura, na mesma hora, uma atividade não incomoda a outra, não precisa nem participar da atividade da música. A música, claro, é mais difícil por causa do som, mas mesmo assim nós conseguimos. Os meninos queriam ficar em torno do espaço ouvindo a música de cima, nós agora baixámos mais. No dia da atividade de música apagamos todas as luzes da *Brinquedoteca*, deixamos aceso só a do espaço da música para que os meninos fiquem nesse espaço, é isso que funciona. No dia da atividade de artes, desligamos toda a *Brinquedoteca* e fica ligada só a luz no espaço da arte. Nós temos vários pontos de luz exatamente para isso, acendemos as luzes por ambiente; são onze pontos de luz para focarmos”.

Acolhimento e bem-estar

As crianças têm de estar na *Brinquedoteca*, ainda que estejam debilitadas e sem condições de praticar qualquer atividade. Desejam estar presentes apenas para observar e se sentirem integradas com o espaço. Este aspeto é bem elucidado pela Terapeuta ocupacional:

Eles vêm, deitam no tatami, e ficam assistindo o funcionamento da *Brinquedoteca*, quietinhos. Às vezes estão muito tristes ou então estão muito enjoados, aí dizem: ‘Tia, estou com a sondagem, eu já tomei remédio, mas eu não quero ficar de «molho» no quarto, eu quero ficar de «molho» aqui’. Digo: ‘então deita ali’. Deitam na almofada e ficam vendo a *Brinquedoteca* acontecer. Eles querem movimento o tempo todo, mas eles estão participando. É assim: ‘Oi, eu estou aqui’. Aqui [Brinquedoteca] é o lugar que eles se sentem seguros, eu acho, acolhidos; aqui eles estão na «casa»”.

Sistema ESAR (Exercício-Simbólico-Acoplagem-Regras)

A brinquedista explica alguns pontos do sistema ESAR (Exercício-Simbólico-Acoplagem-Regras), pelo qual a *Brinquedoteca* é estrategicamente subdividida nesse sentido. O sistema ESAR é um instrumento de classificação e de análise de material de jogo. Foi elaborado com a finalidade de responder às necessidades dos diversos intervenientes no domínio da educação: os profissionais responsáveis pela aquisição do material de jogo para crianças (ludotecários) ou os responsáveis pelos serviços de empréstimo de jogos e brinquedos e, ainda, os pais. A Brinquedista explica com pormenor:

“Aqui nós temos a parte dos jogos. Foi todo dividido pelo sistema ESAR: “E” significa exercício, “S” simbólico, “A” ação, e R” de regras. No “E” utilizamos brinquedos que os vão fazer mexer: vou colocar você ali, colocar a mão aqui, o velotrol, tudo isso aí é o exercício, é o motor, com movimento. O “R” são os jogos com regras. Tenho uma regra e vou ter que montar uma estratégia para ganhar o jogo. Como é que eu faço essa regra? Todo joguinho de regra tem aqueles folhetinhos que você tem que construir um caminho para chegar a um lugar. Então nós dividimos esses jogos por esses temas. O que vi no curso de cultura lúdica tem um fundamento, então se ele é simbólico, ele vai buscar o simbolismo, o psicológico daquela criança, vai trabalhar o que ela imagina. Então você tem uma fantasia de bruxa, isso é simbólico, imaginar como é que aquela bruxa fala, como ela vai se desenvolver, sua postura, com um sorriso, um grito. O brincar com ação é a construção, então ela vai montar, ela vai construir, para trabalhar o sistema motor, o raciocínio lógico também. Então eu vou saber por que está aqui, como é que eu vou montar”.

3.2.2.3. Atividades Artísticas

Conexão entre GACC e hospitais oncológicos – o papel dos pais

Mesmo após tratamento de quimioterapia no hospital, as crianças não sentem limitações na realização da atividade artística no GACC, segundo afirma a Terapeuta ocupacional:

“Eles nunca sentem dificuldade na realização de atividade artística. Nunca!”

E acrescenta ainda que em algumas ocasiões as mães pedem ao GACC que e envie materiais de expressão plástica para o hospital onde as crianças estão a fazer tratamentos em situação de internamento, período em que não podem estar acolhidos durante um período do dia no GACC.

“Aqui não tem quimioterapia, mas nós sabemos quando o menino tem que fazer a quimioterapia internado. A mãe pede para que sejam enviados, pelo motorista do ônibus [do GACC], desenhos, revistas, e lápis. Elas querem que os meninos fiquem pintando durante a quimioterapia porque eles sentem falta da *Brinquedoteca*, de “estar criança”. Ele aqui está num ambiente mais familiar, mais acolhedor, no ambiente dele”.

Expressão plástica, musical e leitura

As crianças, no geral, estão sempre dispostas a praticar atividade artística, mas os meninos sentem-se melhor quando se inclui a música, porque alguns deles conotam a

atividade de expressão plástica como atividade para meninas, segundo refere a Terapeuta Ocupacional:

“Eles sempre têm vontade de praticar atividade artística, sempre! Quando incluímos atividade artística – a música e o teatro com atividade artística – eu acho que dá uma diferença a mais.

Porque quando falamos em desenho e pintura, muitos meninos não querem porque acham que quem desenha e pinta são as meninas. Aí quando você fala em incluir teatro e a música, ficam mais animados”.

A Brinquedista acrescenta que a própria equipa promove atividades de expressão musical, e que voluntários e estagiários promovem atividades de expressão dramática, dando contínua dinâmica ao espaço:

“Aqui é a parte da música, aqui também tem teatro, como atividade extra. Aqui é a aula de música que acontece quarta de manhã e quinta à tarde, com um professor. E a gente tem outro professor pela Prefeitura que ele agora está fazendo mestrado, então não está tendo aulas no momento.

Nós temos estagiários, estudantes de teatro, e de dança. Então eles sempre veem e fazem atividade também. Tem estagiário de psicologia e pedagogia que fazem atividades. Nós nunca ficamos parados, sempre temos atividades”.

Atividades individuais ou de grupo

De um modo geral as crianças têm maior preferência pelas atividades em grupo do que as individuais, conforme refere a Terapeuta Ocupacional:

“Acho que gostam muito mais de atividade artística em grupo do que individual. Mesmo atividade de desenho, eles gostam de ficar na mesinha para desenhar, mas que tenha outra criança desenhando com eles. Eles chamam outra criança: «Vem pintar aqui o desenho! ».”

Esterilização

Não há esterilização de materiais lúdicos e de expressão plástica no GACC, segundo afirma a Brinquedista:

“Não há esterilização de material de expressão plástica”.

3. 3. QUESTIONÁRIO DE SONDA GEM

3.3.1 - Atividades artísticas - importância no âmbito hospitalar

Na sequência dos primeiros dados e informações advindos da observação não participante e das entrevistas ao grupo de foco no IPO-P, procedeu-se à aplicação do questionário de sondagem com perguntas gerais a respeito das atividades artísticas realizadas pelas crianças durante o tratamento na instituição aos três grupos de inquiridos: A-Crianças, B-Pais (ou familiares encarregues da educação das crianças) e C- Equipa de assistência à criança (isto é, Equipa Médica e Não-Médica). Conforme descrito na secção “2.2.3. Questionário de sondagem” da Metodologia.

A análise dos três questionários mostra que há grande concordância entre os inquiridos no que diz respeito a julgarem relevante a realização das atividades artísticas no período de permanência das crianças no âmbito de tratamento, tendo referido preferencialmente “Sim, sempre”, mas também “Sim, muitas vezes” (Quadro 3.3.1).

Quadro 3.3.1 - Acha importante as atividades artísticas realizadas no âmbito da Pediatria do IPO?

	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, poucas vezes	Não	Total
Progenitores	11	-	-	-	11
Crianças	4	2	-	-	6
Professoras	1	2	-	-	3
Educadora	1	-	-	-	1
Médicos	3	-	-	-	3
Enfermeiros	4	-	-	-	4
A.Operacionais	1	1	-	-	2
Voluntários	2	-	-	-	2
Total	27	5	-	-	32

3.3.2 - Bem-estar e comportamento

Todos os entrevistados estão de acordo que se observam sinais de melhoria do bem-estar e comportamento das crianças aquando das atividades artísticas, embora as 3 professoras, os 3 médicos, e os 2 voluntários refiram apenas “Sim, muitas vezes” e os restantes entrevistados se distribuam entre “Sim, sempre” (Quadro 3. 3.2.a).

Quadro 3.3.2.a - Observa algum sinal de melhoria no bem-estar e ou comportamental da criança ao realizarem atividades artísticas?

	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, poucas vezes	Não	Total
Progenitores	7	4	-	-	11
Professoras	-	3	-	-	3
Educadora	1	-	-	-	1
Médicos	-	3	-	-	3
Enfermeiros	2	2	-	-	4
A.Operacionais	1	1	-	-	2
Voluntários	-	2	-	-	2
Total	11	15			26

No que diz respeito a alguns traços de melhoria apresentados pelas crianças, os progenitores e os membros da equipa técnica e não técnica tenderam a considerar a “Boa Disposição + Extroversão + Valorização Pessoal” como a principal melhoria, ou seja, consideram que as AA influenciam três das quatro dimensões propostas, tendo pois excluído “Integração social”. No entanto, no seu todo, os respondentes tenderam para a “Boa disposição” que, no total, foi o fator selecionado com maior frequência: 20 vezes (Quadro 3.3.2.b).

Quadro 3.3.2.b – Se sim, que tipo de melhoria?

	Grupos
	A e B
Boa Disposição+Extroversão+Valorização Pessoal+Integração Social	5
Boa Disposição	4
Boa Disposição+Integração Social	4
Boa Disposição+Valorização Pessoal+Integração Social	3
Boa Disposição+Extroversão+Integração Social	2
Boa disposição+Extroversão	2
Boa Disposição+Extroversão+Valorização Pessoal	1
Extroversão+ Valorização Pessoal + Integração Social	1
Extroversão+Valorização Pessoal	1
Extroversão+Integração Social	1
Valorização Pessoal	1
Integração Social	1
Extroversão	-
Total	26

Para além destas opções, alguns sujeitos ainda acrescentaram por escrito à pergunta aberta “Outras” algumas impressões que caracterizam outros traços no modo como as crianças se apresentavam e do que adquiriam no exercício das atividades artísticas, tais como: entusiasmo, criatividade, autoconhecimento e sentido estético.

A abstração do tempo e espaço no ambiente hospitalar, o desenvolvimento cognitivo e auxílio para aprendizagem de outras disciplinas, foram também algumas das considerações apresentadas relativamente a outros benefícios sentidos no exercício da atividade artística como verificamos implícitas nas frases a seguir:

- *“Ajuda a criança a esquecer da problemática em que está.”*
- *“Alivia o stresse relacionado com os procedimentos menos agradáveis no âmbito do tratamento.”*
- *“Ajuda a criança a recuperar-se mentalmente.”*
- *“Reforça os laços de amizade.”*
- *“Ficam mais bem-dispostas e não sentem tanto o tempo de espera para as consultas e para o tratamento.”*
- *“Com esta atividade posso partir para outras disciplinas que a criança precisa trabalhar.”*
- *“É fundamental para o desenvolvimento cognitivo.”*
- *“Meu filho passa o dia a comentar sobre o trabalho que fez e de todos que estiveram a acompanhá-lo no processo.”*
- *“A doença rouba aos meninos a infância ou parte dela. As atividades ajudam a recuperar a perda.”*
- *“Desenvolve competências manuais.”*
- *“Desde que veio para o IPO, durante as atividades, a integração social tem sido muito importante. Ele ficou mais comunicativo e menos tímido.”*

3.3.3 - Estímulo à atividade de ocupação

Com respeito aos inquiridos promoverem o “estímulo à atividade de ocupação”, verificámos que 15 inquiridos assinalaram que “Sim, sempre” incentivam, e os outros 11 indicam que também incentivam “Sim, muitas vezes” (Quadro 3.3.3).

Quadro 3.3.3 – Incentiva a(s) criança(s) ou filho(s) à prática das atividades artísticas como atividade de ocupação?

	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, poucas vezes	Não	Total
Progenitores	6	5	-	-	11
Professoras	1	2	-	-	3
Educadora	1	-	-	-	1
Médicos	1	2	-	-	3
Enfermeiros	2	2	-	-	4
A.Operacionais	2	-	-	-	2
Voluntários	2	-	-	-	2
Total	15	11	-	-	26

3.3.4 - Percepção de interesse em praticar Atividades Artísticas

Na perspectiva dos pais e equipa médica e não-médica, as crianças gostam e valorizam a prática da atividade artística, sendo que 16 assinalaram aperceber-se do valor dado pelas crianças “Sim, muitas vezes”, e 10 assinalaram “Sim, poucas vezes”, como se pode observar no Quadro 3.3.4.

Quadro 3.3.4 - Acha que as crianças valorizam e gostam de participar desses tipos de atividades?

	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, poucas vezes	Não	Total
Progenitores	6	5	-	-	11
Professoras	-	3	-	-	3
Educadora	1	-	-	-	1
Médicos	-	3	-	-	3
Enfermeiros	-	4	-	-	4
A.Operacionais	2	-	-	-	2
Voluntários	1	1	-	-	2
Total	10	16	-	-	26

3.3.5 - Atividades plásticas mais procuradas pelos filhos

Segundo a opinião dos pais, as crianças fazem atividades artísticas diversificados, não tendo uma atividade propriamente de eleição, sendo talvez a colagem a atividade de mais interesse para as crianças (Quadro 3. 3.5).

Quadro 3.3.5 - Que tipo(s) de atividade(s) plástica(s) o(a) seu(sua) filho(a) mais gosta de praticar?

Actividade Plástica	Progenitores
Pintura+Desenho+Construção de Objectos	2
Colagem+Pintura+Desenho	2
Construção de Objectos	2
Colagem+Pintura+Desenho+Construção de Objectos	1
Colagem+Pintura+Modelagem+Construção de Objectos	1
Colagem+Pintura+Desenho+Modelagem	1
Colagem+Construção de Objectos	1
Colagem+ Artesanato	1
Total	11

3.3.6 - Momentos de introspeção

Em muitas fases do ciclo de tratamento, a criança pode recolher-se com mais frequência. Isto se deve a períodos em que a criança se encontra mais fragilizada. O facto de ter que ficar em isolamento no quarto, devido a uma baixa nos índices de imunidade, encontrarem-se debilitados pela toma de alguns medicamentos, as dores sentidas, e o sentimento de tristeza, são alguns dos aspetos que os pais mencionam como causadores do resguardo dos filhos.

Ainda assim, sete pais responderam que os filhos se recolhem “Sim, poucas vezes”, dois não se apercebem desse momento de introspeção, um reconhece que o filho se recolhe muitas vezes e outro revela que a criança se recolhe sempre.

Ainda procuramos saber, se mesmo nesse momento de maior retiro e dificuldade física, as crianças se ocupavam com o exercício de atividade plástica. Segundo os pais, mesmo fragilizadas fisicamente, as crianças procuram realizar alguma atividade artística, e somente duas não usam deste recurso nesta fase.

3.3.7 - Iniciativa da criança

Quando questionamos os pais acerca da quantidade de vezes que os filhos recorrem às atividades artísticas durante o dia que passam no hospital, 7 pais responderam que as crianças procuram as atividades mais que uma vez e 4 que praticam apenas uma vez.

Procuramos também perceber se ao término, ou no intervalo do ciclo de tratamento, a criança recorre a esta prática em casa, sendo que 8 pais afirmam que “Sim, muitas vezes” e 3 que “Sim, poucas vezes”.

3.3.8 - Satisfação da criança nas Atividades Artísticas

Um dos aspetos fulcrais que pretendemos estudar é a atitude da própria criança, através da sua própria perspetiva, em relação às atividades artísticas viabilizadas pelo apoio pedagógico como atividade de complemento escolar ou como atividade de ocupação. Todas as 6 crianças inquiridas dizem gostar sempre da prática durante o seu período de tratamento.

Relativamente ao momento do dia que preferem fazer essas atividades, duas crianças mostram estar mais dispostas ao exercício somente durante a manhã e quatro crianças pela manhã e tarde.

Sobre o local em que se sentem mais a vontade para o fazer, cinco preferem a sala de atividades, enquanto uma prefere o quarto.

3.3.9 - Sensação de bem-estar

Um dos aspetos que nos interessava aceder era se as próprias crianças sentiam algum tipo de melhoria no seu bem-estar quando estavam a realizar as atividades artísticas. Das 6 crianças, 4 dizem que “Sim, sempre” sentem melhoria, uma responde que sente bem-estar “Sim, muitas vezes” e apenas uma diz que não sente efeito.

3.3.10 - Criatividade e escolhas

Relativamente à criatividade, lançamos algumas questões com o intuito de perceber alguns dos aspetos da expressão plástica mais preferidos pelas crianças. Pelo Quadro 3.3.6 verifica-se que as crianças se distribuem por todas as associações de cores.

Quadro 3.3.6 - Qual a cor ou cores que mais gosta de utilizar nos seus desenhos e pinturas?

Cores	Crianças
Azul+Vermelho+Amarelo+Verde+Rosa	1
Verde+Preto	1
Vermelho+Amarelo+Laranja+Rosa+Castanho	1
Azul+Roxo+Rosa	1
Roxo+Rosa+Preto	1
Azul+Amarelo+Verde+Laranja+Rosa+Branco+Cinza	1
Total	6

No que diz respeito à estação do ano que mais gostam de representar em pintura e ou desenho, 3 optam pela Primavera, 3 pelo Verão e uma pelo Outono, não havendo nenhuma opção assinalada para o inverno. As crianças elegeram as paisagens com mais alternativas de cores.

E finalmente, no Quadro 3.3.7, pode observar-se que as crianças também se distribuem por todo o tipo de atividades, sendo que o desenho e a pintura aparecem com mais frequência, o que pode estar relacionado com a viabilidade dos materiais e a rapidez com que podem ser executados.

Quadro 3.3.7 - Que atividade artísticas mais gostas de praticar enquanto estás no hospital?

Actividade Plástica	Crianças
Construção de objectos	1
Desenho+Pintura	1
Desenho+Pintura+Colagem+Música	1
Desenho+Pintura+Modelagem+Artesanato+Música	1
Desenho+Pintura+Colagem+Modelagem+Construção de Objectos+Artesanato+Teatro+Música	1
Total	5

Os dados obtidos deste questionário, juntamente com a informação obtida da literatura, construíram a base para a construção do questionário “Atividades Artísticas Aplicadas às Crianças com tratamento Oncológico” (AAACTO), conforme descrito na Metodologia (Secção 2.2.4) e cujos dados se apresentam na secção 3.4 dos Resultados”.

3.4. QUESTIONÁRIO AAACTO

O objetivo deste estudo é conhecer, compreender e comparar a importância do papel da educação artística na melhoria da qualidade de vida da criança com cancro em tratamento hospitalar. Conforme explicado na Metodologia, duas instituições foram inquiridas, o serviço de pediatria do IPO-Porto, Portugal, e o GACC, instituição que acolhe crianças do interior do Estado da Bahia, Brasil, enquanto fazem o tratamento em hospitais da capital, Salvador. Em cada instituição aplicou-se o questionário AAACTO (Atividades Artísticas Aplicadas às Crianças em Tratamento Oncológico) que contém 46 itens e que foi aplicado a três grupos distintos: A- Crianças, B – Pais (ou outros cuidadores principais) e C – Equipa de Assistência à Criança.

3.4.1 Caracterização da amostra do questionário AAACTO

O conjunto das subamostras dos dois países foi composto por um total de 150 sujeitos. Cada país abrangeu 75 indivíduos, distribuídos pelas três subamostras (A, B e C) do IPO-P e do GACCC (quadro 3.4.1). Depois de conseguidas as três subamostras do GACC, procurou-se encontrar igual número de elementos para as correspondentes subamostras do IPO-P.

Quadro 3.4.1 - Dimensão das subamostras de cada instituição

Grupos	IPO-P			GACC		
	A - Crianças	B -Pais	C - Equipa de assistência à criança	A- Crianças	B - Pais	C - Equipa de assistência à criança
Amostras	25	28	22	25	28	22
Total	75			75		
	150					

3.4.1.1 Grupo A – Crianças

No IPO-P, as crianças estavam em passagens para consultas médicas ou em internamento, podendo neste caso, estarem isoladas ou não, e em tratamentos vários, entre cirurgia, quimioterapia, radioterapia, revisão e outros. No GACC, as crianças também estavam em acompanhamento de tratamentos vários, assim como no IPO-P, mas não internadas no hospital.

No conjunto dos dois países a subamostra A contou com o total de 50 crianças dos dois sexos, de idades entre os 2 e 18 anos, em tratamento de neoplasias várias (quadro 3.4.2).

Quadro 3.4.2 – Neoplasias apresentadas pelas crianças das duas instituições

Neoplasias	Portugal – IPO-P	Brasil – GACC
Leucemia	9	10
Neuroblastoma	4	0
Leucemia Linfoblástica Aguda	3	1
Tumor Cérebro	0	3
Tumor Cabeça	0	2
Cancro de Medula	1	0
Hepatoblastoma	1	0
Histicocitose	1	0
Linfoma	1	0
Linfoma Hodgking	1	0
Osteossarcoma do Fêmur Direito	1	0
Retinoblastoma	0	1
Sarcoma	0	1
Sarcoma de Ewing – Sacro Ilíaco Direito	1	0
Sarcoma de Ewing e Leucemia	1	0
Tumor Axilas - Costas	0	1
Tumor Crânio	0	1
Tumor Fígado	0	1
Tumor Joelho	0	1
Tumor Medula com Escoliose e Desvio	0	1
Tumor Pescoço – Linfoma	0	1
Tumor Rim – Garganta e Fígado	0	1
Tumor Sólido	1	0
Total	25	25
	50	

Embora se possam referir à mesma neoplasia, manteve-se a terminologia utilizada pelas próprias crianças.

Todas as crianças respondentes estiveram em exercício de atividades artísticas inseridas no programa de apoio pedagógico das duas instituições durante este período. A maioria das crianças do IPO-P são meninas e do GACC são meninos, como mostra o quadro 3.4.3, que apresenta também as respetivas idades. As crianças mais pequenas, com idades entre os dois e os sete anos, tiveram auxílio dos pais ou equipe pedagógica, ou ainda da investigadora para o registo de algumas respostas.

Quadro 3.4.3 – Caracterização da subamostra A – Crianças das duas instituições, por idade e sexo

Idades (anos)	Portugal – IPO-P		Brasil – GACC	
	Meninos	Meninas	Meninos	Meninas
2	0	1	0	0
3	0	1	0	0
4	0	2	2	0
5	1	2	1	1
6	3	0	0	0
7	2	2	1	0
8	2	0	1	0
9	1	0	1	0
10	0	1	1	1
11	1	0	2	0
12	1	0	4	0
13	0	0	0	1
14	0	2	2	2
15	0	1	1	0
16	0	0	2	0
17	0	1	1	0
18	0	1	1	0
Total	11	14	20	5
	25		25	
	50			

3.4.1.2. Grupo B – Pais

No conjunto dos dois países a amostra de pais ou outros familiares foi constituída por um total de 56 cuidadores principais (mãe, pai, avó, irmã e tia), com idades entre os 19 e 55 anos (quadro 3.4.4) e com profissões diversas (quadro 3.4.5). Neste estudo utilizar-se-á o termo “Pais” para referir a generalidade dos cuidadores principais destas crianças, dado que a mãe e o pai são os cuidadores mais frequentes (quadro 3.4.4).

Quadro 3.4.4 - Caracterização da subamostra B – Pais das duas instituições, por idades

Principais Cuidadores	Idades (anos)	Portugal – IPO-P	Brasil – GACC
Mães	21 aos 54	25	21
Pais	31 aos 55	2	4
Irmã	36 e 19	1	1
Avó	51	0	1
Tia	43	0	1
Total	-	28	28
	-	56	

Em ambas as instituições havia uma grande prevalência de mães domésticas (4 no IPO-P e 6 no GACC). Pelo contrário, só no IPO-P havia desempregados (6) e trabalhadoras no calçado (3), enquanto que só no GACC havia lavradores (5) e auxiliares de serviços gerais (3) (quadro 3.4.5).

Quadro 3.4.5 – Caracterização da subamostra B – Pais das duas instituições, por profissão

Profissão Principal Cuidador		
	Portugal – IPO-P	Brasil – GACC
Desempregado (a)	6	0
Doméstica/Dona de casa	4	6
Lavrador	0	5
Auxiliar de serviços gerais	0	3
Gaspeadeira (calçado)	3	0
Diarista	0	2
Jardineiro	0	2
Agricultor	0	1
Cabeleireira	1	0
Colheiteiro	0	1
Comerciante	1	0
Costureira	1	1
Economista	1	0
Educador (a) de Infância	1	0
Empregado (a) de balcão	1	0
Enfermeiro (a)	1	0
Escriturário	1	0
Esteticista	1	0
Instrutora de condução	1	0
Operário (a) de Máquinas	1	0
Operário (a) Têxtil	1	0
Pizzaiola	0	1
Professor (a) de Educação Física 2º Ciclo	1	0
Serigrafista	0	1
T.O.C.	1	0
Vaqueiro	0	1
Oleira	1	0
Sem resposta	0	4
Total	28	28
	56	

3.4.1.3. Grupo C – Equipa de Assistência à Criança

A amostra era constituída por um total de 44 elementos de cuidados e assistência à criança de ambas as instituições, com idades entre os 19 e 67 anos (quadro 3.4.6) e com funções diversificadas no âmbito da instituição, principalmente voluntários (18),

enfermeiros (6, só no IPO-P), educadores de infância (6), professores (5), médicos (3, só no IPO), como se apresenta no quadro 3.4.7.

Quadro 3.4.6 – Caracterização da subamostra C – Equipa de assistência à criança das duas instituições, por idades

Idades	Equipe de assistência à criança	
	Portugal – IPO-P	Brasil – GACC
19-25	0	8
26-31	3	2
32-37	0	4
38-43	1	1
44-49	4	0
50-55	3	0
56-61	2	1
62-67	0	1
Sem resposta	9	5
Total	22	22
	44	

Quadro 3.4.7 – Caracterização da subamostra C – Equipa de assistência à criança das duas instituições, por função

Equipa de Assistência à Criança		
Funções	Portugal – IPO-P	Brasil – GACC
Voluntários	7	11
Enfermeiros	6	0
Educadores de Infância	3	3
Professores	2	3
Médicos	3	0
Assistente técnico	1	0
Auxiliar administrativa	0	1
Brinquedista	0	1
Estagiária de psicologia	0	1
Psicóloga	0	1
Terapeuta Ocupacional	0	1
Total	22	22
	44	

3.4.2. Análise do questionário AACTO

Para a apresentação da análise descritiva dos dados dos inquiridos (grupos A, B e C) sobre as atividades artísticas aplicadas no âmbito de oncologia pediátrica, os 46 itens do questionário foram distribuídos em 5 partes:

1ª Parte: Participação nas atividades artísticas - perspectiva positiva (itens 1 a 8) e perspectiva negativa (itens 9 a 14);

2ª Parte: Atividade individual e de grupo (itens 15 a 19);

3ª parte: Comportamento positivo e bem-estar (itens 20 a 28 e 41);

4ª Parte: Tipos de expressões artísticas (itens 29 a 37);

5ª Parte: Representação das emoções (itens 38 a 40; 42 a 46).

Os gráficos das figuras apresentadas para cada uma destas partes têm como referencial a ordem decrescente de valores das respostas dadas às questões pelas crianças do IPO-P, apresentando-se todas as outras (crianças do GACC, Pais e Equipa de Assistência à Criança do IPO-P e do GACC) em função de tal sequência para que as diferenças entre os grupos fiquem mais visíveis.

Todas as questões apresentadas estão relacionadas às crianças e às atividades que estas praticam durante o tratamento enquanto estão na instituição. Para facilidade de leitura, o longo da descrição e interpretação dos resultados referem-se as percentagens aproximadas de cada subamostra para cada variável (item), mas os gráficos apresentam os dados precisos, com a aproximação às décimas.

3.4.2.1. Participação nas Atividades Artísticas

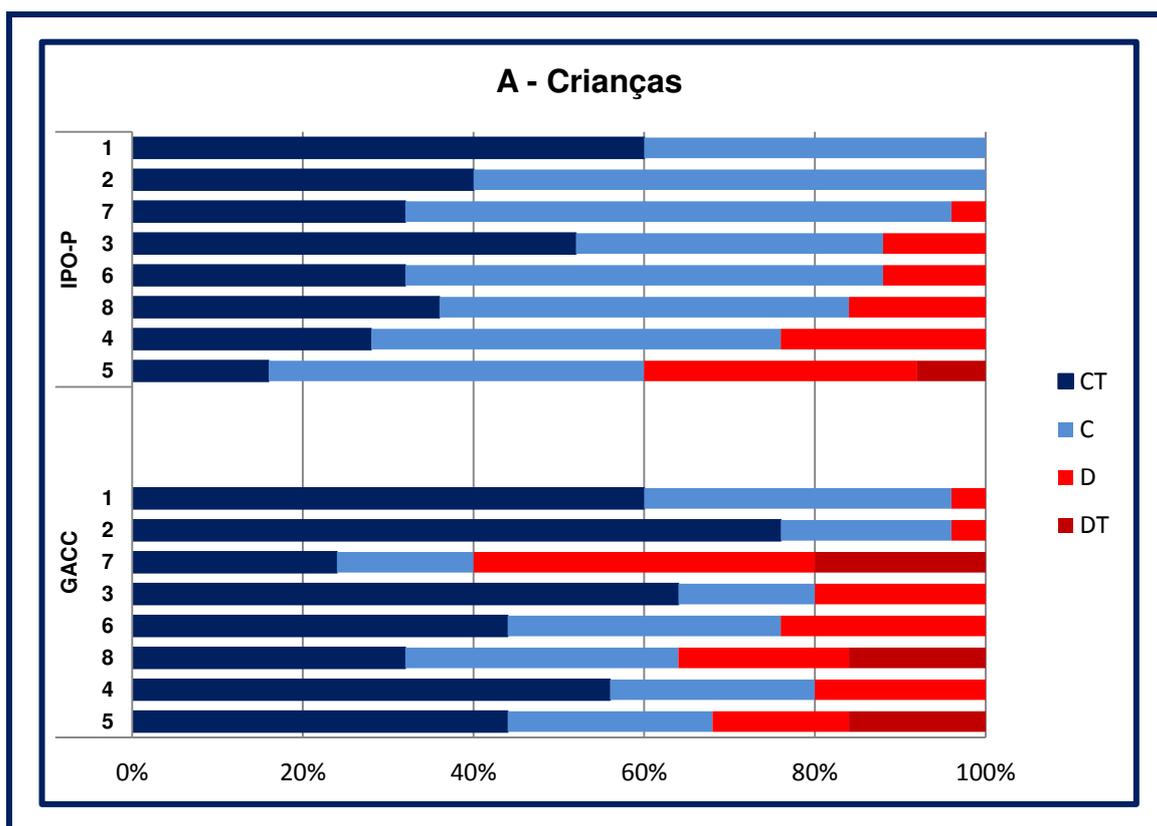
A importância e o **contributo positivo** que as atividades artísticas (AA) desempenham no âmbito de tratamento oncológico tornam-se claros quando a maioria dos sujeitos dos três grupos A, B e C do IPO-P e do GACC concorda (CT+C), com média entre estes de 95%, que as crianças demonstram interesse em participar nas AA (item 1), assim como também assinalam que estas valorizam esta prática quando estão em tratamento, com valor médio de 97% (item 2) (Figura 3.4.1a - A, B e C).

As crianças do GACC, no item 7, contrariamente aos outros inquiridos dos grupos B e C, discordam (DT+D) com 60%, de que gostam de realizar as AA quando estão a receber tratamento via cateter e aparelhos.

No que diz respeito ao exercício das AA nas duas instituições, os três grupos dos dois países concordam (CT+C) que as crianças participam das atividades de forma continuada (item 3).

Sobre o tempo que passam nas instituições, os sujeitos dos 3 grupos de Portugal e do Brasil assinalam que concordam que as crianças dedicam a maior parte do tempo que dispõem neste exercício de AA, mas com alguma ressalva da equipe de assistência à criança do IPO-P que discorda (DT+D) em 60% desta assertiva (item 6).

Quando é referido o tratamento de quimioterapia (item 8), todos os sujeitos dos 3 grupos, concordam que mesmo neste contexto, as crianças demonstram disposição no exercício destas atividades, bem como pedem com frequência para atuarem nas AA como atividade de ocupação (item 4) e até mesmo quando estão em isolamento (item 5) (Figura 3.4.1a).



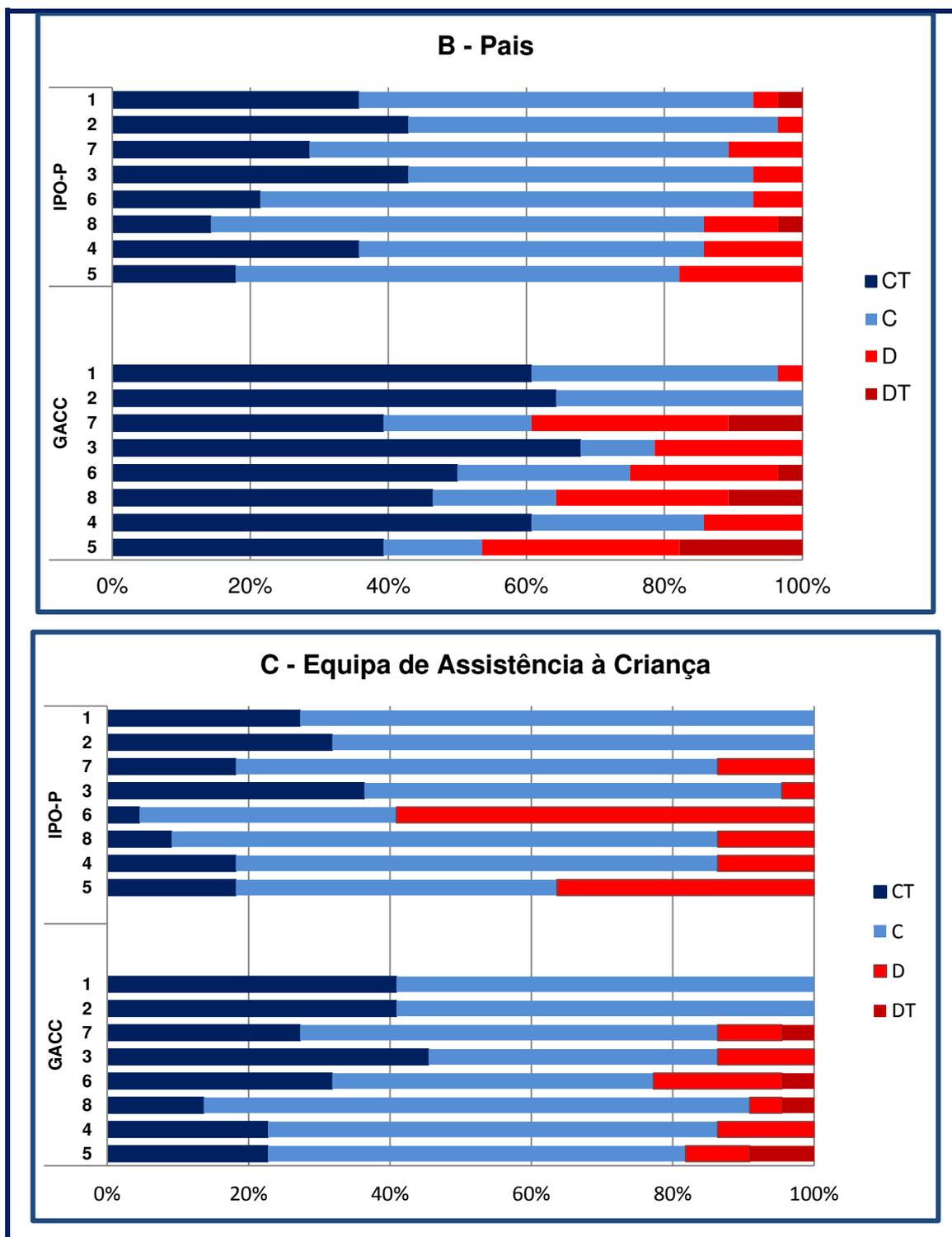


Figura 3.4.1a. Respostas dos inquiridos (Grupos A, B e C) sobre a perspetiva positiva da influência das atividades artísticas nas crianças de pediatria oncológica
 CT – Concordo totalmente; C – Concordo; D – Discordo; DT – Discordo totalmente

Perspetiva positiva (itens 1 a 8):

- 1- Se gosta(m) de participar em atividades artísticas
- 2- Se acha(m) importante à prática das atividades artísticas
- 3- Se participa(m) com frequência em atividades artísticas quando está (ão) no hospital
- 4- Se pede(m) com frequência para participar (em) em atividades artísticas como atividade de ocupação
- 5- Se pedé(m) com frequência para participar (em) em atividades artísticas mesmo quando está (ão) em isolamento
- 6- Se passa(m) a maior parte do tempo que está (ão) no hospital a praticar (em) atividades artísticas
- 7- Se gosta(m) de realizar as atividades artísticas mesmo quando está (ão) a receber tratamento

através de cateter e ligada(s) a aparelhos
8- Se fica(m) bem-disposta(s) quando participa(m) em atividades artísticas mesmo quando faz (em) quimioterapia

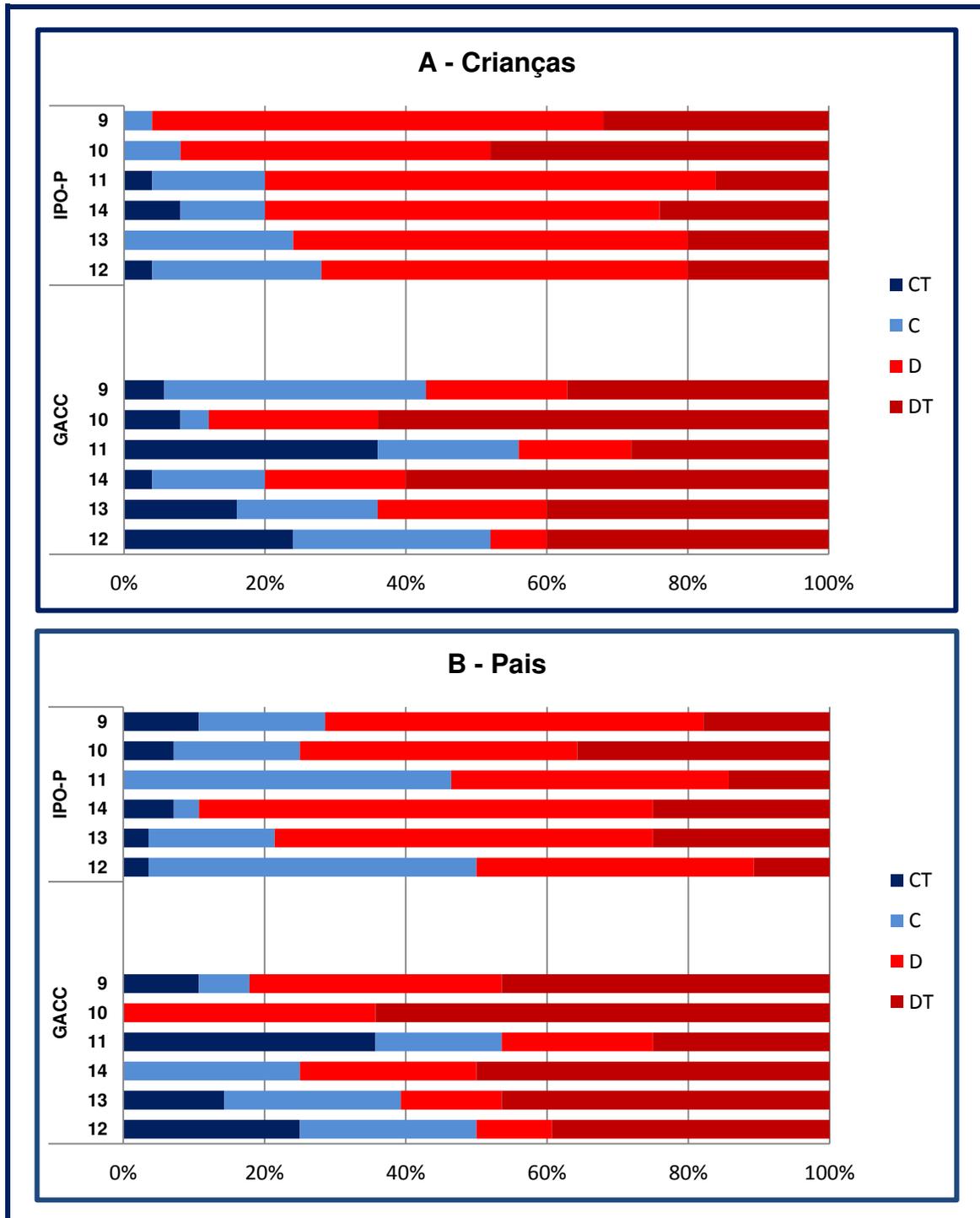
No que diz respeito à **perspetiva negativa** das atividades artísticas, mais de 90% das crianças portuguesas e mais de 50% das crianças brasileiras discordam (DT+D) sobre recusarem a prática de AA quando em fase de tratamento (item 9), indicando que mesmo nestas condições gostam de exercitar AA (Figura 3.4.1b - A, B e C). Da mesma forma, mais de 70% da equipa de assistência do Brasil, mais de 80% dos pais das duas instituições, e 100% da equipe de assistência do IPO-P refutam (DT+D) a ideia de que em tratamento as crianças não querem fazer AA (Figura 3.4.1b).

Também o item 10 sobre o gosto da prática de AA revela que 100% dos pais do GACC e da equipa de assistência à criança do IPO-P discordam (DT+D) quando a pergunta é se as crianças se sentem insatisfeitas com a prática de AA na instituição em que decorre o tratamento, assim como quase a totalidade da equipa de assistência à criança do GACC, mais de 80% das próprias crianças de ambas as instituições e 70% também da discordância dos pais portugueses (Figura 3.4.1b)..

A percepção dos inquiridos sobre a prática das AA quando os tratamentos são mais dolorosos (item 11) é mais diversificada. Assim, a impressão das crianças do GACC (55%), dos pais do GACC (50%) e equipe de assistência do IPO-P (75%) concordam (CT+C) que as crianças não têm vontade de praticar as AA na instituição (Figura 3.4.1b). Por sua vez, a opinião dos pais do IPO-P e equipe de assistência do GACC se dividem no limiar dos 50%, e contrariamente às opiniões anteriores, curiosamente, as crianças portuguesas discordam da afirmativa em 80% (Figura 3.4.1b).

Já no item 14, a grande maioria dos três grupos das duas instituições discorda quando o tema é se as crianças sentem dificuldade na prática das AA durante o processo de internamento; no item 13, mais de 60% dos sujeitos dos três grupos das duas instituições dos dois países, discordam (DT+D) quando inquiridas se as crianças não têm vontade de praticar AA na instituição logo após o internamento; e, finalmente, uma outra diferença significativa revela-se no item 12, quando os sujeitos são inquiridos se as crianças não têm vontade de praticar AA na instituição quando estão tristes, havendo a discordância (DT+D) de 70% das crianças portuguesas e 50% de concordância das crianças brasileiras (Figura 3.4.1b). Já a equipe de assistência à criança do IPO-P

concorda (CT+C) com mais de 60%, enquanto os pais portugueses, brasileiros e equipe de assistência do GACC ficaram divididos entre o sim e o não (Figura 3.4.1b).



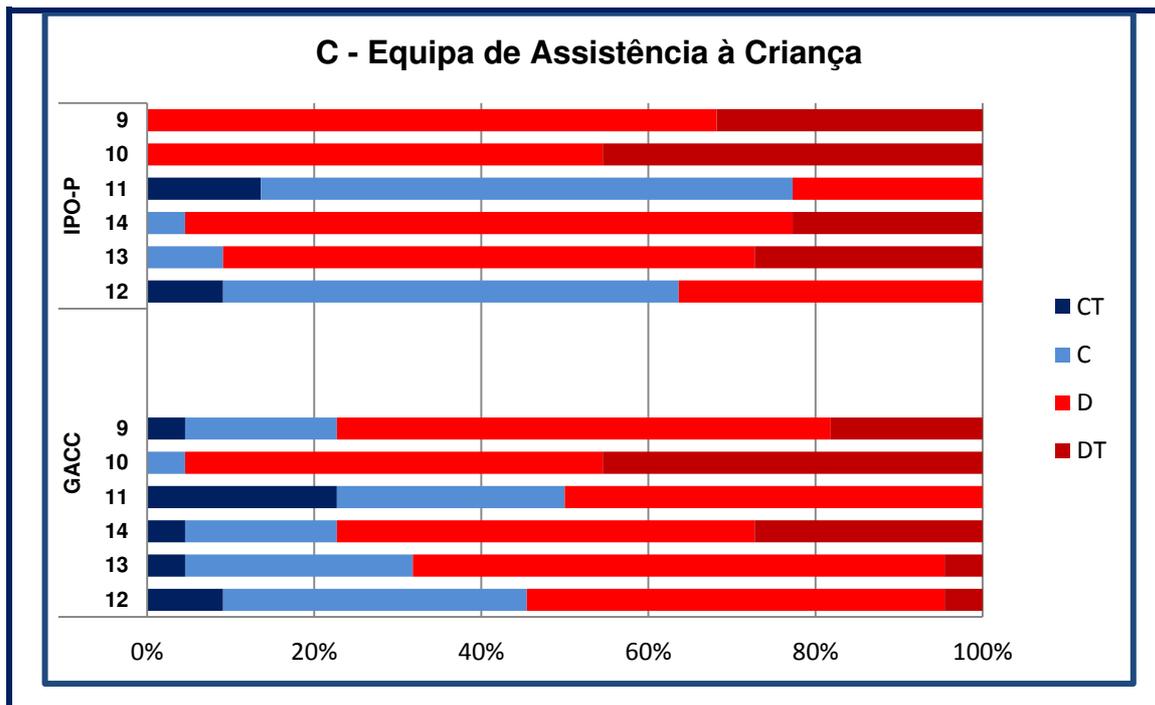


Figura 3.4.1b. Respostas dos inquiridos (Grupos A, B e C) sobre a perspectiva negativa da influência das atividades artísticas nas crianças de pediatria oncológica

CT – Concordo totalmente; C – Concordo; D – Discordo; DT – Discordo totalmente
 Perspetiva negativa (itens 9 a 14):

- 9- Se recusa(m) com frequência a praticar (em) atividades artísticas enquanto está (ão) no hospital em tratamento
- 10- Se não gosta(m) de praticar atividade artística no hospital
- 11- Se não tem (em) vontade de praticar a atividade artística no hospital quando os tratamentos são mais dolorosos
- 12- Se não tem (em) vontade de praticar a atividade artística no hospital quando está (ão) tristes
- 13- Se não tem (em) vontade de praticar a atividade artística no hospital logo após o internamento
- 14- Se sente(m) dificuldade da prática da atividade artística

3.4.2.2. Atividade individual e de grupo

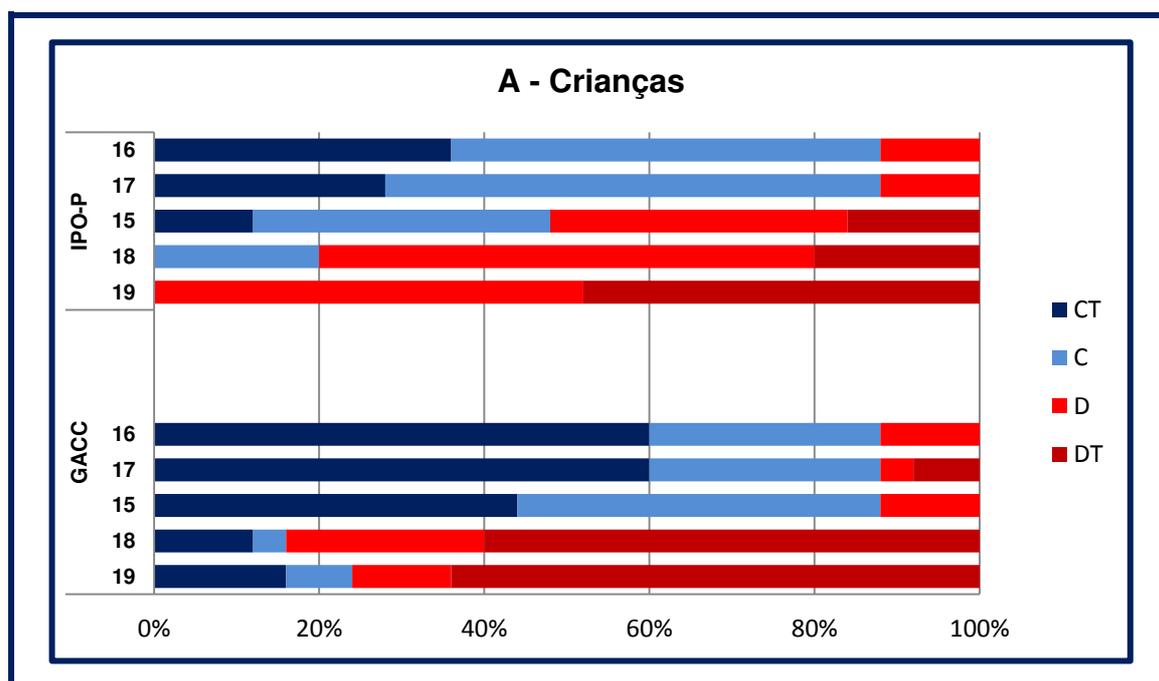
Quando se pergunta se as crianças têm preferência em participar nas AA em grupo (item 16), a maioria das crianças dos dois países (mais de 80%, CT+C) responde afirmativamente (Figura 3.4.2).

No item 17, quando se aborda a preferência das crianças do local para praticar as AA, a maioria delas próprias (mais de 80% no IPO-P e GACC), dos pais (mais de 70% no IPO-P e GACC) e da equipa de assistência (no IPO-P mais de 70% e GACC mais de 50%), dizem que preferem trabalhar nos espaços de lazer, isto é nas salas de brincar (IPO-P) e na brinquedoteca (GACC) (Figura 3.4.2).

Do mesmo modo, no item 15, procurou-se saber se as crianças gostam de participar em AA individualmente, elas próprias, em mais de 80% no GACC, e pouco mais de 50% no IPO-P, responderam afirmativamente (CT+C) em conjunto com mais

de 70% dos pais das duas instituições e da equipa de assistência à criança de Portugal; já a equipa de assistência do Brasil, ficou dividida entre concordância e discordância (Figura 3.4.2 - A, B e C). Comparando com as respostas ao item 16, verifica-se que as crianças do GACC gostam das duas opções (de trabalhar individualmente e em grupo), enquanto as crianças do IPO-P mostram maior interesse na atividade em grupo (Figura 3.4.2). Ainda neste aspeto, a maioria dos pais das duas instituições (IPO-P mais de 60% e GACC mais 80%) e da equipa de assistências à criança do GACC (mais de 80%), as crianças preferem trabalhar em grupo, o que difere da visão da equipa de assistência do IPO-P que assinala discordar em pouco mais de 50% (DT+D) (Figura 3.4.2).

Predominantemente os três grupos das instituições dos dois países discordam (DT+D) que as crianças passam a maior parte do tempo isoladas devido ao tratamento (item 18) e que passam a maior parte do tempo isoladas porque não gostam de estar em grupo (item 19) (Figura 3.4.2).



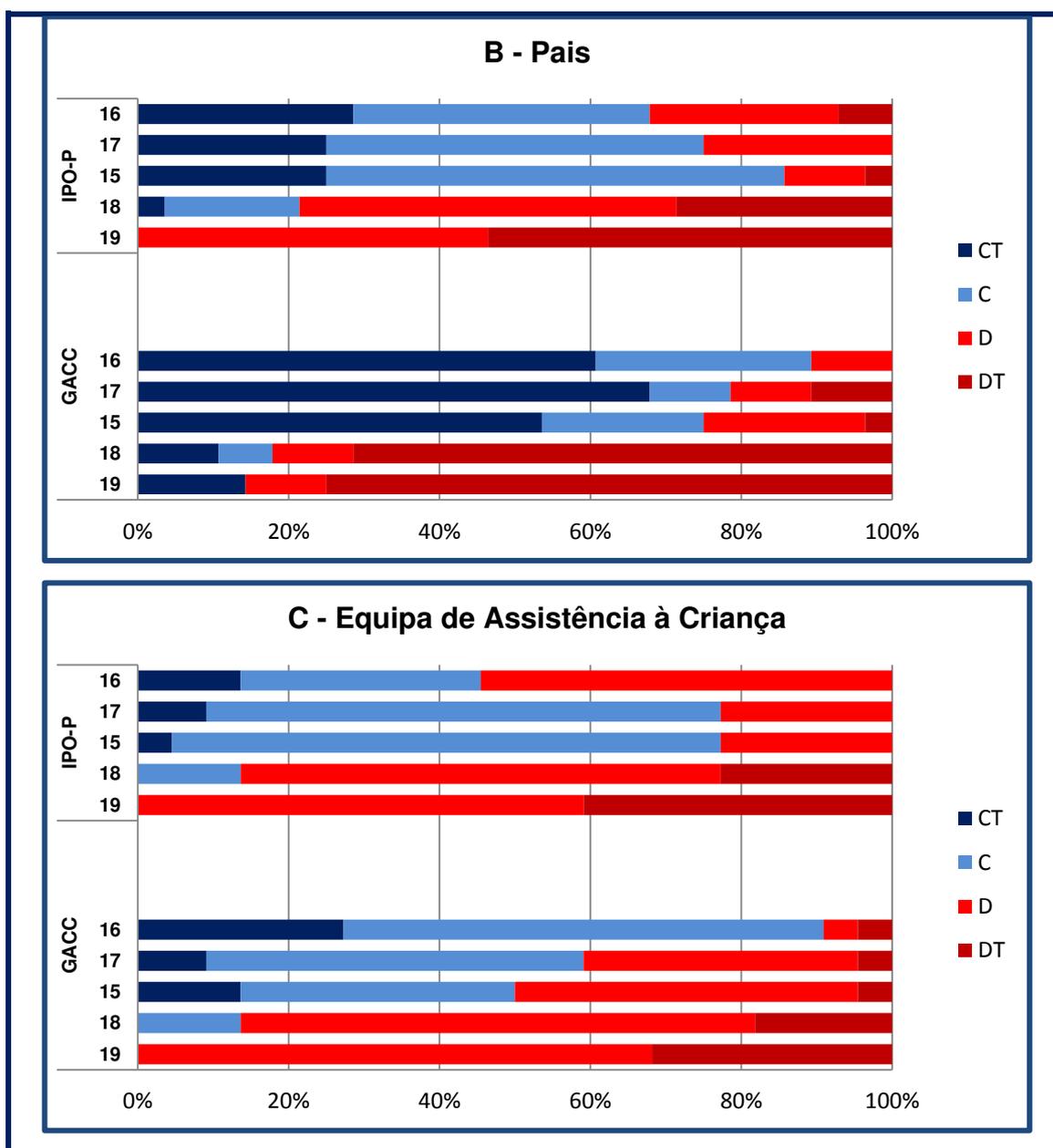


Figura 3.4.2. Respostas dos inquiridos (Grupos A, B e C) sobre a preferência das crianças de pediatria oncológica fazerem atividades artísticas individualmente ou em grupo

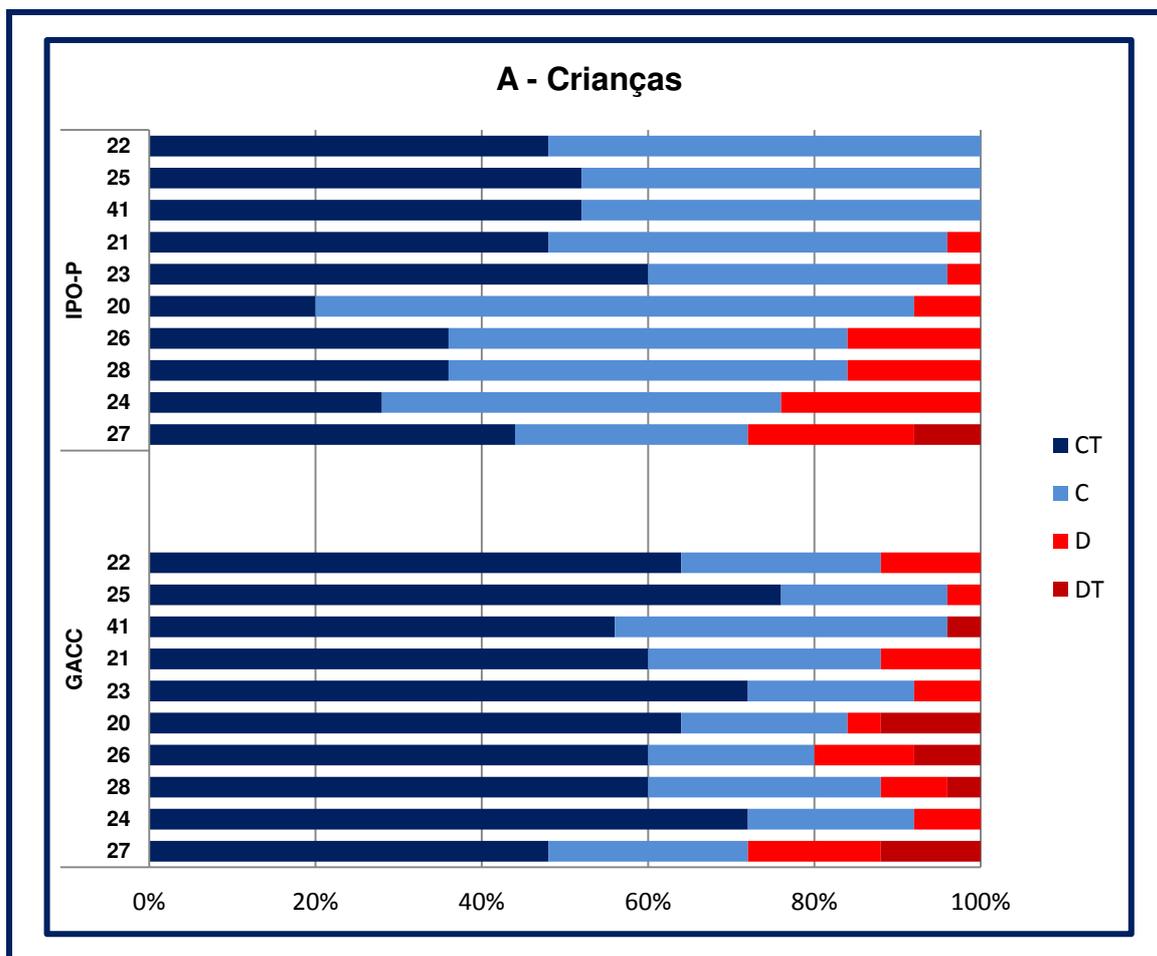
CT – Concordo totalmente; C – Concordo; D – Discordo; DT – Discordo totalmente

- 15- Se gosta(m) de participar em atividades artísticas sozinha(s)
- 16- Se prefere(m) participar em atividades artísticas com os amigos
- 17- Se prefere(m) praticar atividades artísticas na sala de brincar (IPO) ou na brinquedoteca (GACC)
- 18- Se passa(m) a maior parte do tempo isolada(s) devido ao tratamento
- 19- Se passa(m) a maior parte do tempo isolada(s) porque não gosta(m) de estar em grupo

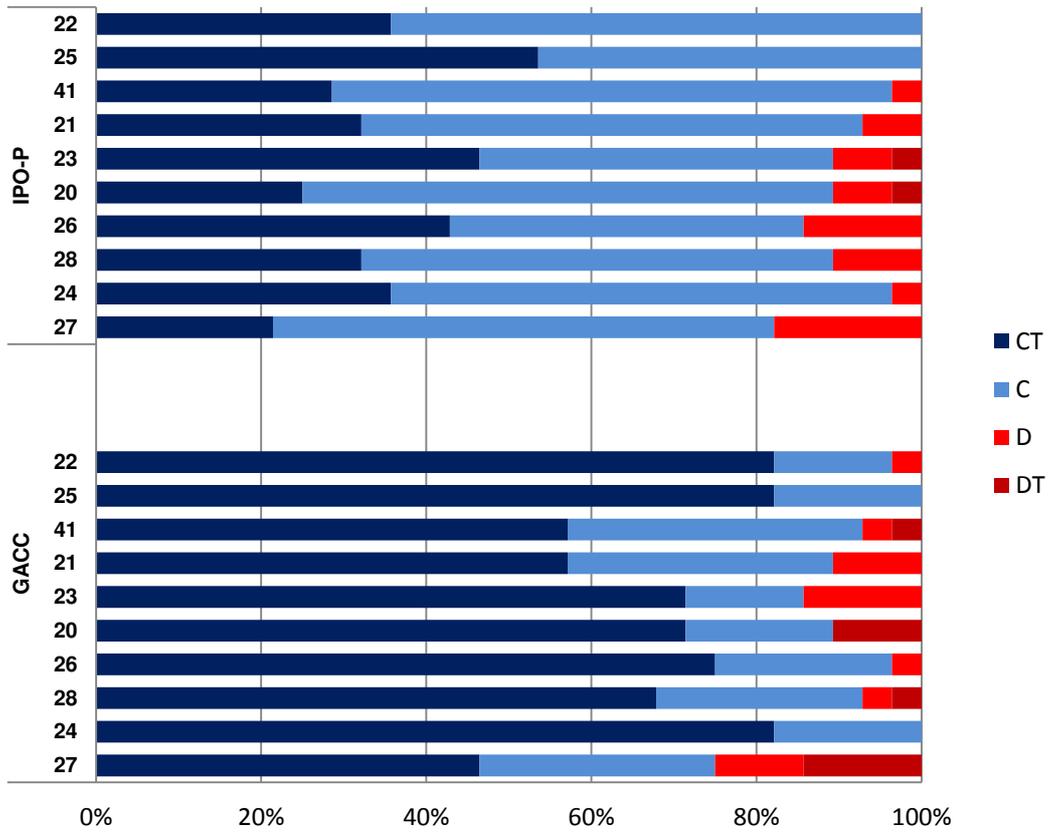
3.4.2.3. *Comportamento positivo e bem-estar*

No que diz respeito ao efeito da prática de atividades artísticas no comportamento e bem-estar das crianças, a maior parte dos sujeitos dos três grupos das duas instituições (IPO-P e GACC) concordam acima dos 70% (CT+C) que no decorrer

da prática das atividades artísticas as crianças gostam do exercício artístico (item 22), sentem-se felizes (item 25), demonstram criatividade nos resultados dos trabalhos (item 41), tornam-se extrovertidas (item 21) e sentem-se integradas em grupo (item 23). Também apresentam, com frequência, sinais de bem-estar (item 20), a sua qualidade de vida melhora consideravelmente (item 26), têm maior estímulo para o desenvolvimento cognitivo (item 28), sentem-se valorizadas (item 24) e têm maior facilidade na aprendizagem de outras disciplinas com o suporte da educação artística (item 27) (Figura 3.4.3 - A, B e C).



B - Pais



C - Equipe de Assistência à Criança

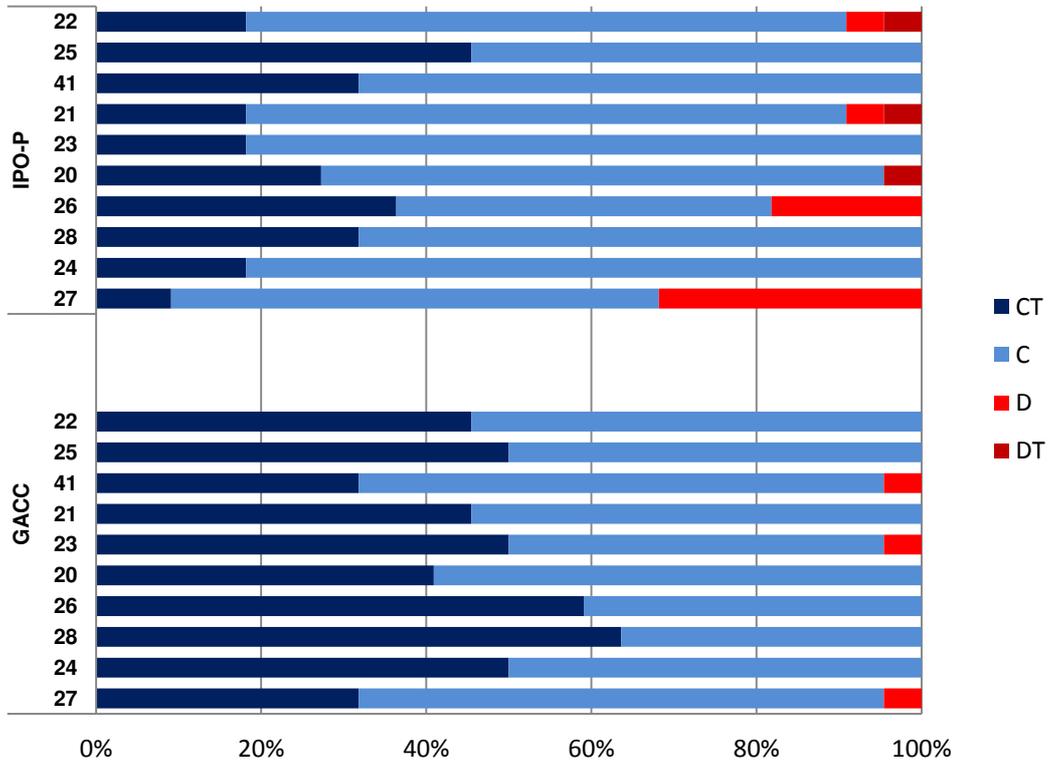


Figura 3.4.3. Respostas dos inquiridos (Grupos A, B e C) sobre o efeito da prática de atividades artísticas no comportamento e bem-estar das crianças de pediatria oncológica

CT – Concordo totalmente; C – Concordo; D – Discordo; DT – Discordo totalmente

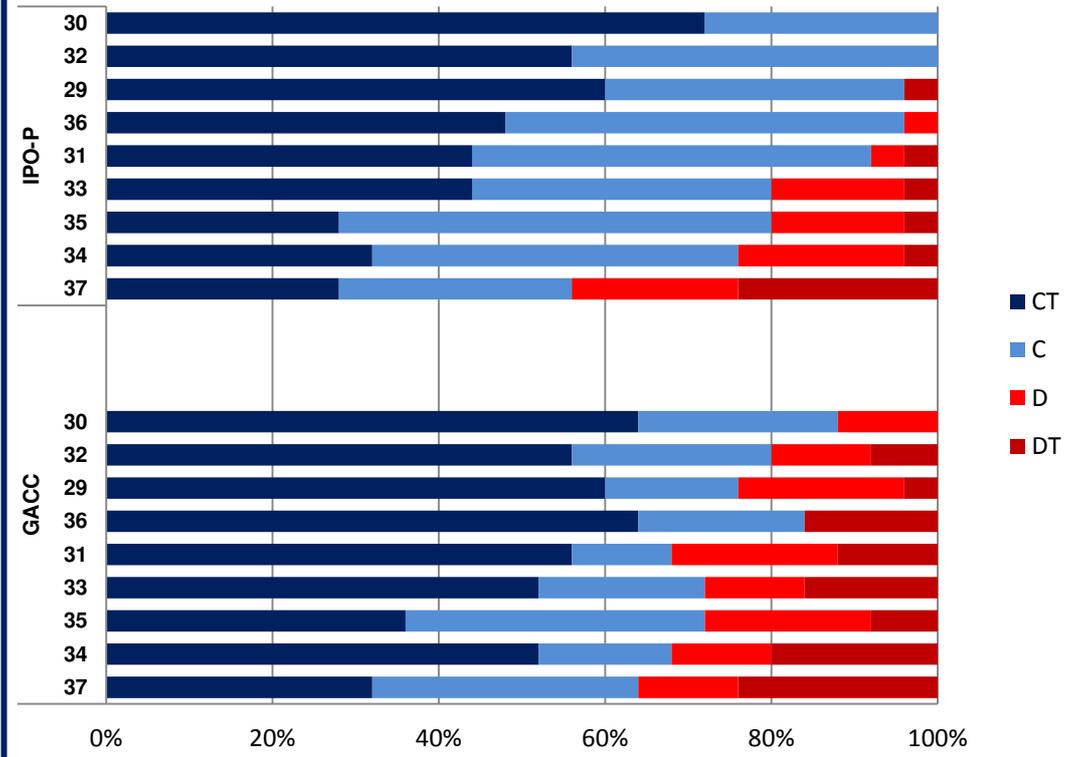
- 20- Se sente(m) com frequência bem-estar ao realizar (em) atividade artística durante o tratamento
- 21- Se fica(m) contente(s) quando realiza(m) atividades artísticas
- 22- Se gosta(m) de realizar atividades artísticas
- 23- Se sente(m)-se bem com os colegas quando realiza(m) atividades artísticas em grupo
- 24- Se sente(m)-se importante quando está (ão) a realizar atividade artística
- 25- Se sente(m)-se feliz (ES) quando realiza(m) atividade artística
- 26- Se tem (em) tido uma melhor qualidade de vida devido a pratica da atividade artística durante o tratamento hospitalar.
- 27- Se aprende(m) melhor as outras disciplinas por fazer (em) atividades artísticas
- 28- Se sente(m) mais vontade de aprender devido à atividade artística
- 41- Se gosta(m) de fazer coisas novas nas atividades artísticas

3.4.2.4. -Tipos de expressões artísticas

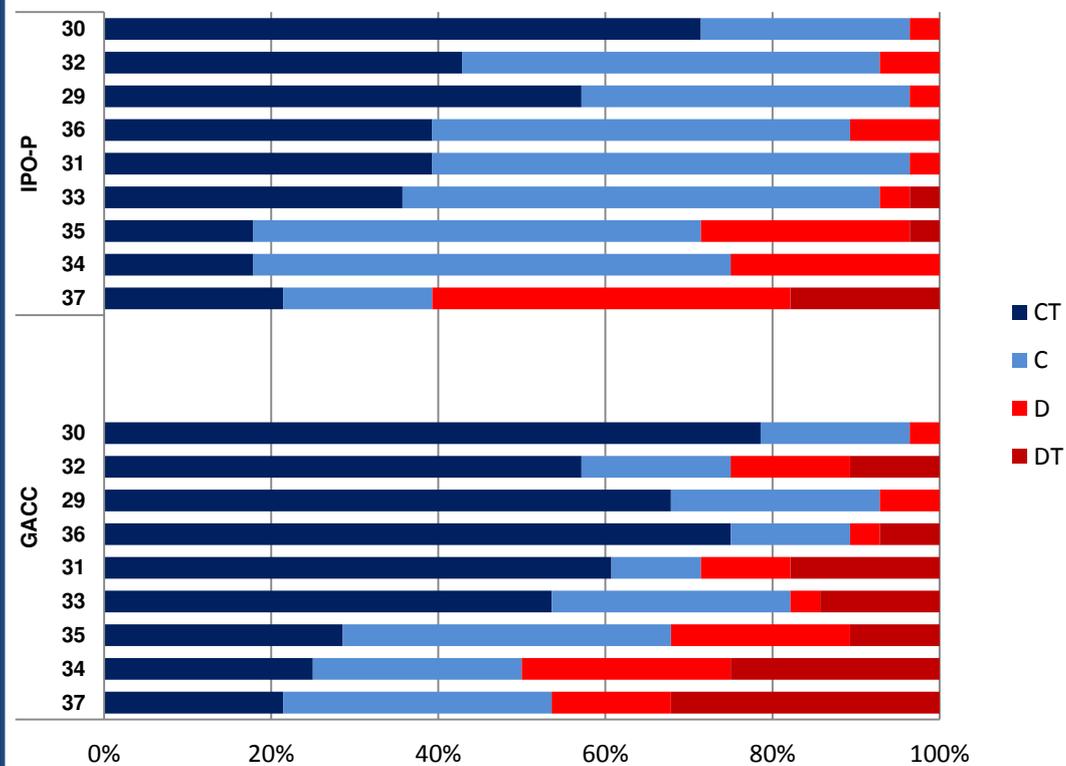
O IPO-P e o GACC oferecem os mesmos tipos de exercícios artísticos, sendo estes adaptados às necessidades que surgem no decorrer do ano letivo de cada instituição. Sendo assim, os sujeitos foram inquiridos a respeito da preferência e inclinação das crianças para determinadas atividades. Para a maioria (mais de 60%, CT+C) dos sujeitos dos três grupos de inquiridos do IPO-P e do GACC, as crianças gostam de pintar (item 30), fazer atividades com colagem (item 32), gostam de desenhar (item 29), participar em atividades com música (item 36), fazer atividades com modelagem (item 31), construir objetos (item 33), produzir artesanato (item 35) e participar em oficinas de teatro (item 34), (Figura 3.4.4 - A, B e C).

No entanto, quando a abordagem é sobre o domínio das crianças nalgum tipo de instrumento musical (item 37), somente a equipa de assistência à criança do GACC concorda a 100% (CT+C) com a afirmativa (Figura 3.4.4). Pelo contrário, as crianças das duas instituições discordam (DT+D) em mais de 30%, os pais do IPO-P em mais de 60% e os do GACC em mais de 40%, e equipa de assistência à criança do IPO-P em mais de 20% (Figura 3.4.4).

A - Crianças



B - Pais



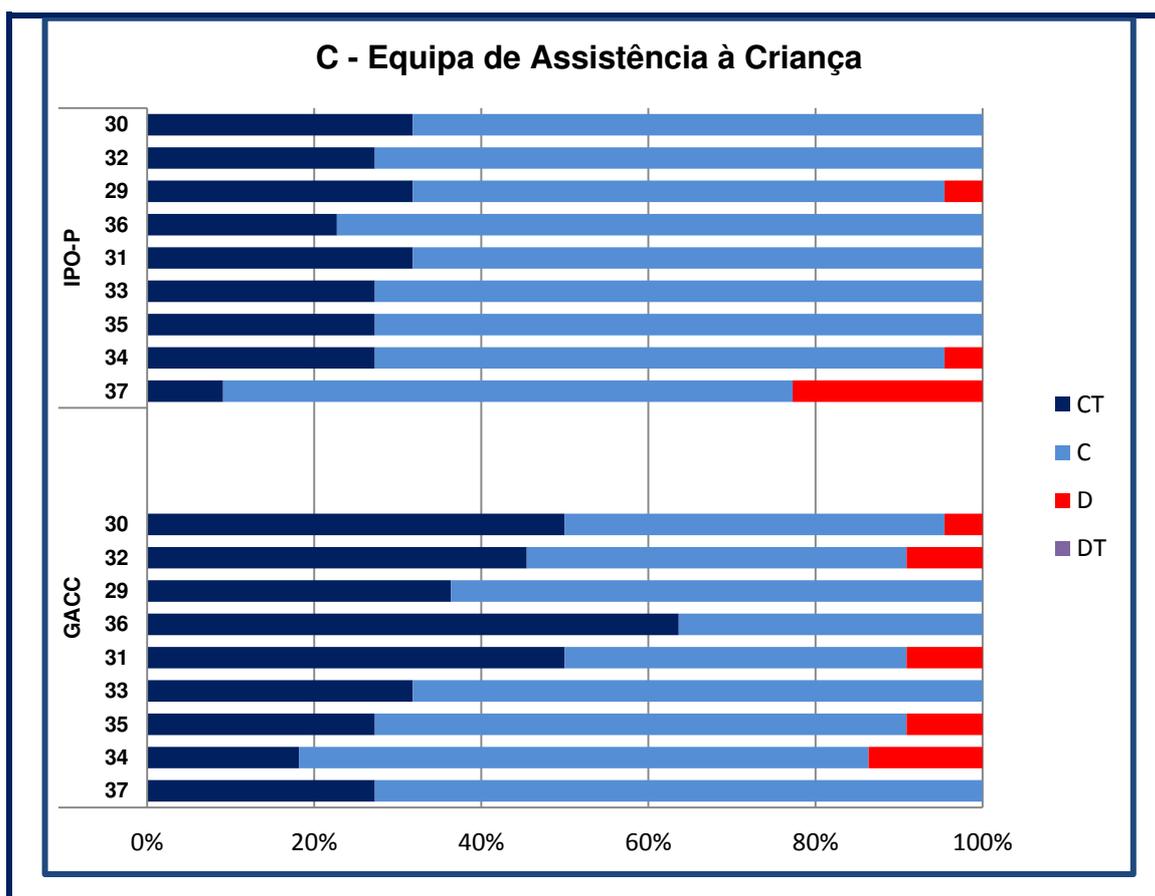


Figura 3.4.4. Respostas dos inquiridos (Grupos A, B e C) sobre o tipo de atividades artísticas que as crianças de pediatria oncológica gostam de fazer
 CT – Concordo totalmente; C – Concordo; D – Discordo; DT – Discordo totalmente

- 29- Se gosta(m) de desenhar
- 30- Se gosta(m) de pintar
- 31- Se gosta(m) de atividades com modelagem
- 32- Se gosta(m) de atividades com colagem
- 33- Se gosta(m) de construir objetos
- 34- Se gosta(m) de participar em oficinas de teatro
- 35- Se gosta(m) de fazer artesanato
- 36- Se gosta(m) de participar em atividades com música
- 37- Se toca(m) instrumento musical

3.4.2.5. Representação das emoções

Os três grupos de inquiridos das duas instituições, IPO-P e GACC, evidenciam maioria afirmativa (CT+C) relativa à expressão de alegria nos desenhos e pinturas das crianças (item 45) e à preferência destas por cores quentes (vermelho, amarelo e laranja) (item 38) (Figura 3.4.5 - A, B e C).

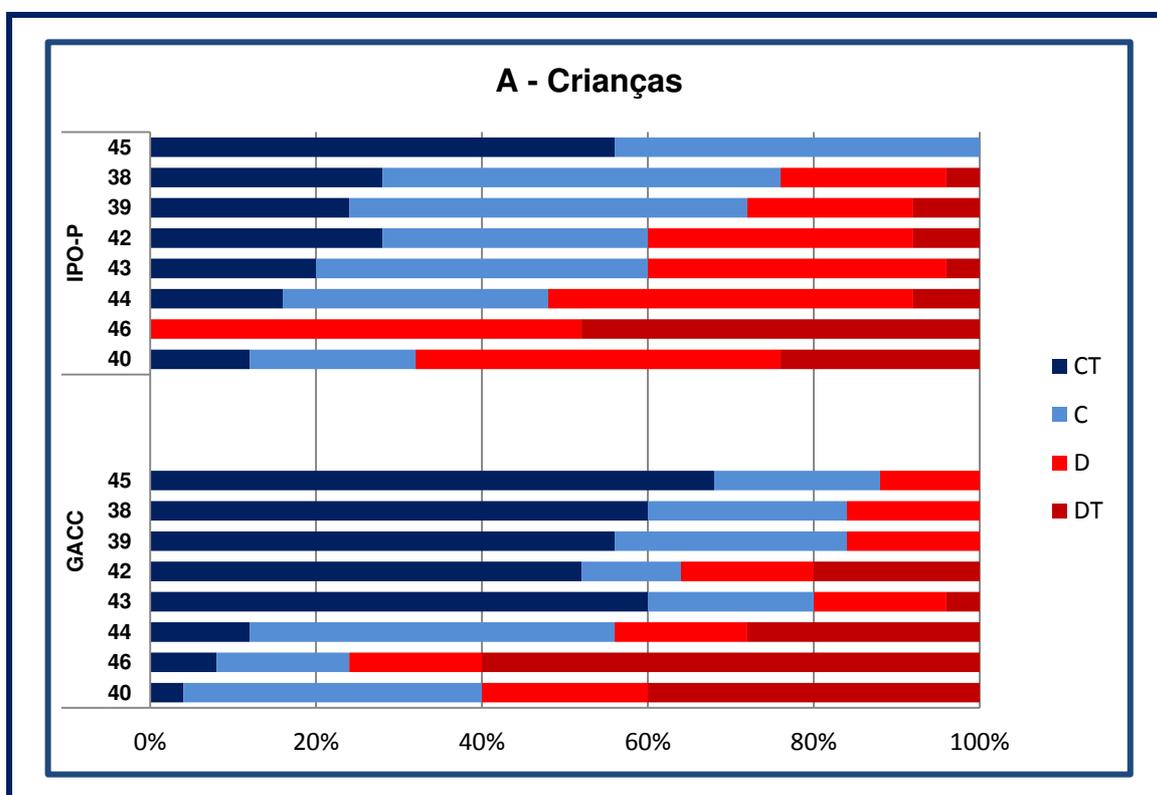
Já no item 39, quando questionamos a preferência pelas cores frias (azul, verde e/ou roxo), a maioria das crianças e dos pais das duas instituições se posiciona de forma concordante (CT+C), enquanto em ambas as equipes de assistência no IPO-P e no GACC dividem-se em opinião 50% (Figura 3.4.5).

Os três grupos de inquiridos das duas instituições, IPO-P e GACC, na sua maioria concordam (CT+C) que as crianças representam a família nos seus desenhos e pinturas (item 42), e que representam o seu quotidiano fora do hospital (item 43) (Figura 3.4.5)

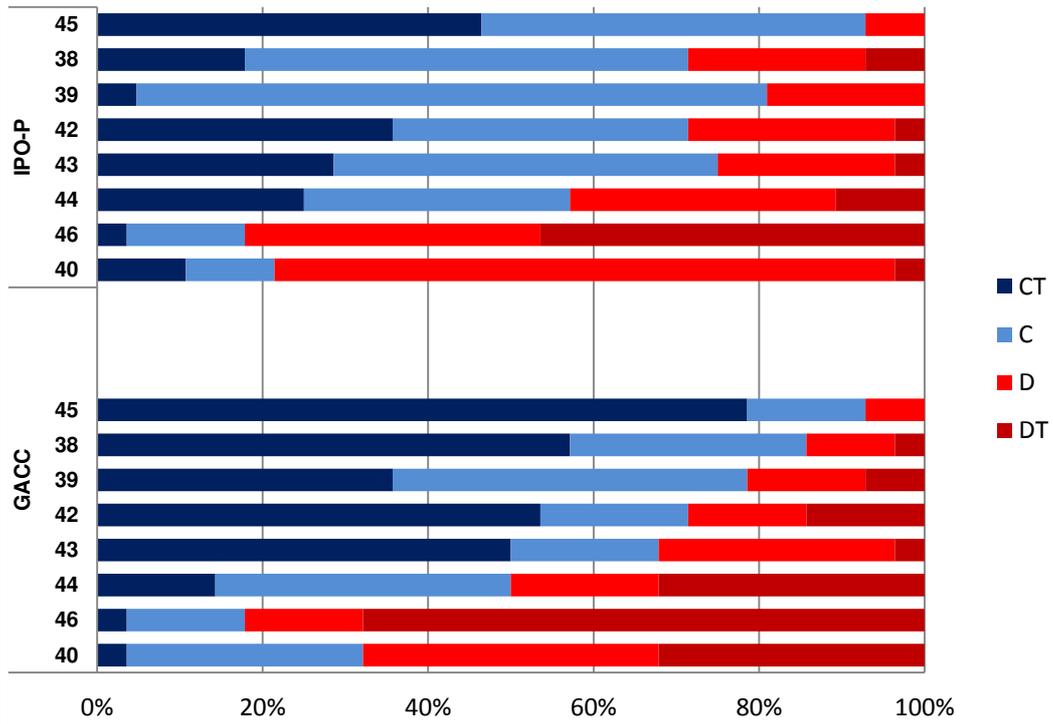
Sobre a representação do quotidiano da criança no âmbito da instituição (item 44), a maioria da equipa de assistência à criança do IPO-P e do GACC e pouco mais de metade dos pais portugueses e crianças brasileiras concordam (CT+C) que o fazem, o que difere ligeiramente dos pais brasileiros e crianças portuguesas que pouco mais de metade discordam (DT+D) (Figura 3.4.5).

No item 46, a maioria dos sujeitos dos três grupos das duas instituições discorda (DT+D) que as crianças expressam tristeza nos seus desenhos e pinturas (Figura 3.4.5).

Por fim, na questão em que abordamos se as crianças utilizam o preto como cor predominante em seus desenhos e pinturas (item 40), há um nível muito elevado em discordância, superior a 60% (DT+D) por parte dos três grupos das duas instituições, especialmente nas equipas de assistência à criança, com cerca de 90% de discordância (Figura 3.4.5).



B - Pais



C - Equipa de Assistência à Criança

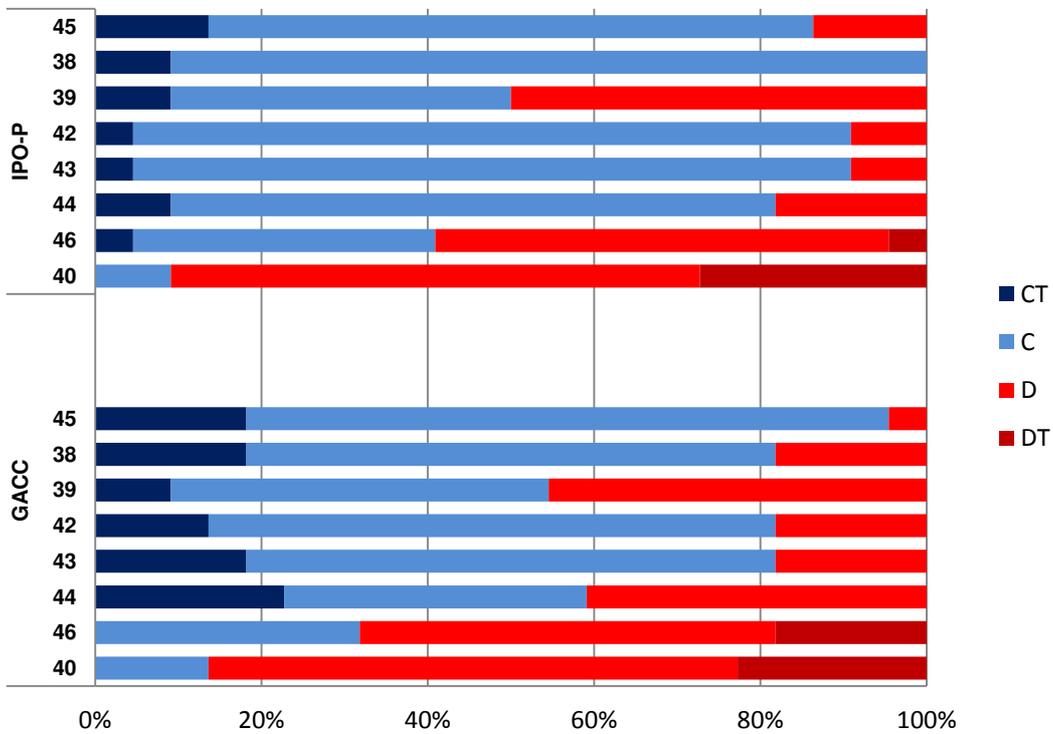


Figura 3.4.5. Respostas dos inquiridos (Grupos A, B e C) sobre a representação das emoções em desenhos e pinturas das crianças de pediatria oncológica

CT – Concordo totalmente; C – Concordo; D – Discordo; DT – Discordo totalmente

- 38- Se prefere(m) cores quentes (vermelho, amarelo ou laranja)
- 39- Se prefere(m) cores frias (azul, verde ou roxo)
- 40- Se utiliza(m) o preto como cor predominante nos desenhos e pinturas
- 42- Se representa(m) a(s) família(s) em desenhos e pinturas
- 43- Se representa(m) a(s) própria(s) vida(s) fora do hospital nos desenhos e pinturas
- 44- Se representa(m) a(s) própria(s) vida(s) dentro do hospital nos desenhos e pinturas
- 45- Se os desenhos e pinturas são alegres
- 46- Se os desenhos e pinturas são tristes

3.4.2.6. Opiniões abertas

Para além das respostas às perguntas fechadas do questionário de sondagem, alguns sujeitos da equipa de assistência do GACC e um cuidador principal do IPO-P, verbalizaram por escrito no verso do questionário AAATO algumas opiniões que caracterizam alguns aspetos no modo como as crianças reagem no exercício das actividades artísticas.

Assim, os respondentes consideraram que a integração com o espaço, com o próprio grupo e os demais com quem interagem no ambiente das instituições, o desenvolvimento cognitivo, a superação das etapas dolorosas do tratamento da doença, e até a leitura foram algumas das considerações apresentadas relativamente ao exercício da atividade artística como se mostram nos parágrafos a seguir:

“Percebo que através das atividades artísticas podemos conhecer melhor os nossos alunos/pacientes, pois podemos observar diversos aspetos, como: oralidade, integração, humor, criatividade, cognição, preferências, dentre outros. As atividades artísticas são positivas sempre”. (Professora do GACC).

“As atividades de leitura, o conto de fadas e a brincadeira, num processo mágico, auxiliam o tratamento da doença, ao mesmo tempo em que desperta o gosto e o interesse pela leitura”. (Educadora do GACC).

“Realizar uma atividade pedagógica com crianças portadoras de câncer é um prazer e um desafio. Prazer em vê-las superar a dor, a tristeza e mazelas do tratamento, com alegria e interesse nas atividades aplicadas. Desafio sempre em busca de atividades que as estimulem participarem e se sentirem sempre parte do contexto educacional”. (Educadora do GACC).

“As atividades artísticas têm trazido um resultado significativo, pois as crianças mesmo passando por tratamentos dolorosos têm se

mostrado muito interessadas nas atividades. Alguns contam as horas para retornarem a instituição porque sentem saudades de todas as brincadeiras e carinho que a casa lhe oferece”. (Auxiliar administrativa do GACC).

“Em minha opinião, as atividades artísticas são cruciais, quer no desenvolvimento cognitivo das crianças com cancro, quer a nível psicológico. No meu entender, a participação frequente em atividades artísticas permite a estas crianças, viverem o seu dia-a-dia mais felizes na medida em que são transportadas para “outra dimensão”, deixando assim para “trás” a doença que os aflige, não só fisicamente, mas também psicologicamente”. (Mãe do IPO-P).

3.5. DESENHO DAS CRIANÇAS

O objetivo deste estudo é interpretar os desenhos sobre três temas (retrato, família e medo) de crianças e jovens em tratamento oncológico com idades entre os 3 e os 17 anos. Nos dois países foram recolhidos aproximadamente 100 desenhos, dentre os quais muitos eram semelhantes e repetitivos. Deste modo, para esta amostra, foram selecionados 40 desenhos de acordo com a idade e as características diferenciadas de uma criança para a outra, independente de ser do IPO-P ou do GACC. Em alguns casos há mais de um desenho da mesma criança para mostrar a representatividade relacionada à vida pessoal destas com o tema proposto numa análise dirigida à orientação espacial e aos elementos figurativos. Algumas vezes, quando no contexto da composição gráfica se mostrou pertinente, fez-se uma breve abordagem às cores de algumas situações e objetos de modo a dar um maior sentido à interpretação geral. Os quadros com o desenho, identificação e detalhes de alguns aspetos do contexto familiar e da própria criança do IPO-P e GACC estão apresentados no Anexo 8.

Apresentam-se os desenhos por ordem de idades das crianças, especificando-se os temas em que se enquadram: retrato, família e medo. As idades estão expressas em anos e meses. A interpretação dos desenhos foi realizada essencialmente com base no livro “Como Interpretar os Desenhos de Crianças” de Nicole Bédard (1998), apesar de se ter também efetuado a consulta de diversos outros autores, como, por exemplo Luquet (1969, cit. por Simas, 2011), Di Leo (1987) e Gândara (1998).

O Quadro 3.5.1 mostra o desenho de uma criança de 3 anos e 0 meses do IPO-P no âmbito do tema “o meu retrato” em que se observam traços sem interrupção e com

precisão de linhas, sugerindo, respectivamente, um espírito dócil e harmonia. No decorrer da composição, a menina vai sentindo necessidade de mudar as cores, daí a interrupção de algumas linhas, que são precisas, e que podem denotar consciência de novas necessidades e instabilidade do que tem ou deseja ter. O traço oblíquo pode indicar ainda alguma energia, a forte pressão de alguns traços, entusiasmo, e os traços mais superficiais, pouca convicção e cansaço físico.

Quadro 3.5.1. – Desenho (retrato) de uma menina de 3 anos e 0 meses do IPO-P



GÊNERO – Feminino		IDADE – 3 anos e 0 meses
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Total.	
TEMA	O meu retrato.	
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Traços contínuos, cortados e oblíquos. Alguns com boa pressão, outros com pressão superficial, e com predomínio de cores quentes (amarelo e vermelho).	
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU MOMENTO CRIATIVO	A criança realizou o desenho no colo do pai, mas sem a sua interferência.	

O Quadro 3.5.2 apresenta o desenho duma menina de 4 anos e 3 meses do IPO-P sobre “a minha família”. O desenho apresenta traços contínuos que circundam as figuras humanas e podem denotar espírito dócil, harmonia da criança e com a sua família. A apresentação das linhas circundantes em volta da família pode apontar certa necessidade de proteção, enquanto a cor azul destes traços pode ainda significar paz, tranquilidade e

reforçar o sentido de conformidade. As figuras humanas apresentadas ao centro podem significar o momento atual em que a criança está atenta ao que ocorre ao seu redor. Finalmente, a posição do desenho na parte superior do papel pode significar imaginação, curiosidade e o desejo de conhecer coisas novas.

Quadro 3.5.2 – Desenho (família) de uma menina de 4 anos e 3 meses do IPO-P

	
GÊNERO – Feminino	IDADE - 4 anos e 3 meses
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Total.
TEMA	A minha família.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Linhas circundantes e figuras humanas.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU MOMENTO CRIATIVO	Família na casa dos avós maternos (Galiza). Criança dócil e de muito convívio com os avós.

No caso de uma menina de 4 anos e 7 meses do GACC, apresentam-se dois desenhos, um sobre o tema “o meu retrato” e o outro sobre “a minha família”. O primeiro (Quadro 3.5.3a), representa a figura humana com a sua respetiva sombra e, de acordo com a idade dela, revelam traços simplificados; os olhos pequenos podem denotar que a criança deseja fechar os olhos para o que ocorre ao seu redor, enquanto os braços abertos, com tendência à posição horizontal, pode denotar necessidade de interagir com os outros e receber o que lhe é proposto. O predomínio da cor amarela

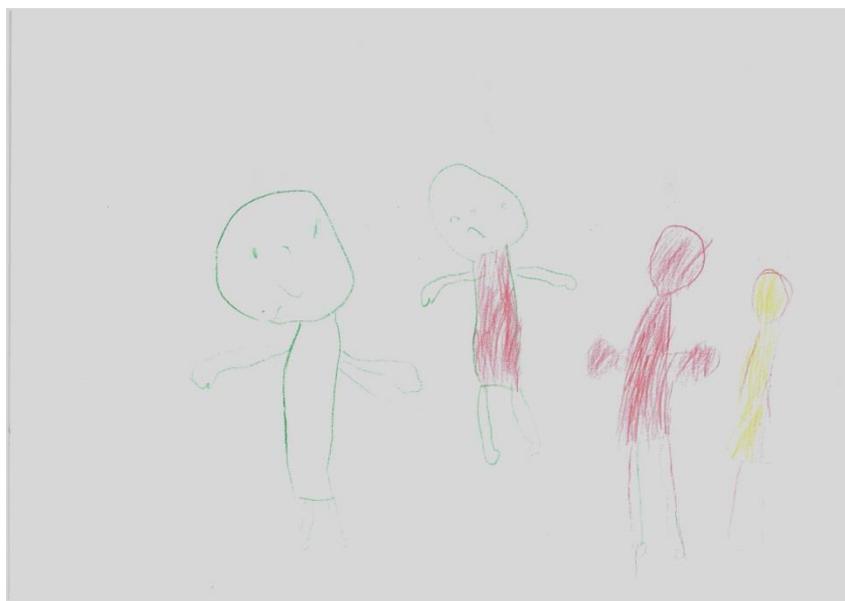
pode indicar extroversão, otimismo e que a criança gosta de planear o tempo com antecipação.

Quadro 3.5.3a – Desenho (retrato) de uma menina de 4 anos e 7 meses do GACC

	
GÉNERO - Femenino	IDADE - 4 anos e 7 meses
Desenho nº 1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Central inferior.
TEMA	O meu retrato.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figura humana e sombra.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU MOMENTO CRIATIVO	Criança comunicativa, expressiva e com alguma inquietação. Gosta de estar em grupo e realizar as atividades com alguma pressa.

O seu segundo desenho (Quadro 3.5.3b) mostra um diferencial relevante que são as figuras humanas em maior dimensão, o que pode significar maior segurança ao lado de outros. Estas ocupam quase todo o papel com base central (significando o presente) e posicionado mais à direita (o futuro). Na composição predominam as cores quentes, e aqui, ela representa-se a si novamente (tal como no Quadro 3.5.3a) com a cor amarela. O vermelho, outra cor quente que é fundamentalmente ativa e que representa o sangue e a vida, é usada para desenhar a mãe e o irmão, o que pode significar uma relação mais estreita com estes dois membros da família. O pai é representado apenas com o contorno verde e com uma dimensão maior que os outros familiares.

Quadro 3.5.3b – Desenho (família) de uma menina de 4 anos e 7 meses do GACC



GÉNERO - Feminino		IDADE - 4 anos e 7 meses
Desenho nº 2		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Central periférico à direita.	
TEMA	A minha família.	
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figuras humanas.	
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU MOMENTO CRIATIVO	Sem comentários.	

No Quadro 3.5.4, desenhado por uma criança de 5 anos e 0 meses do IPO-P sobre “a minha família”, observa-se um traço próprio em que as figuras humanas estão contorcidas. Possuem rostos e olhos grandes, o que pode significar que é uma criança curiosa. As bocas são acentuadas e sorridentes, indicando que é uma criança com forte tendência a se expressar verbalmente.

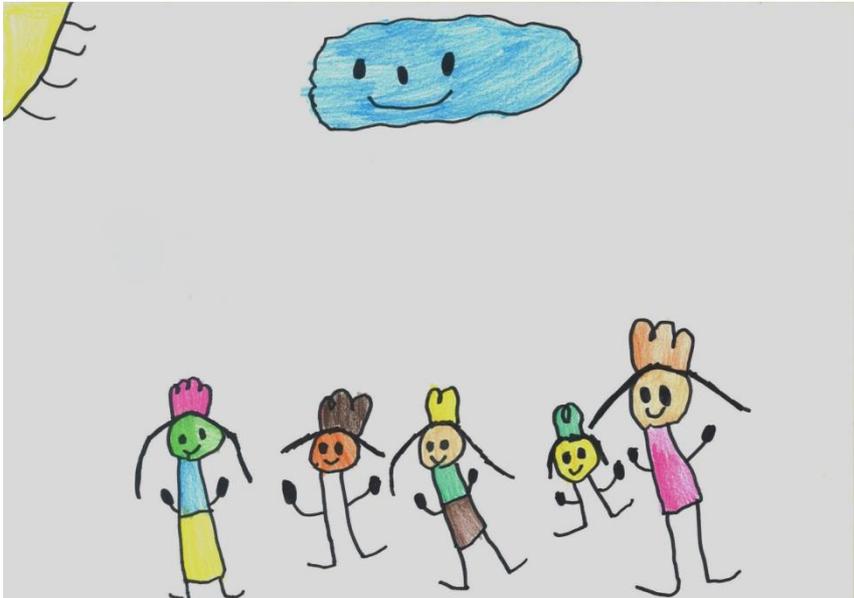
Quadro 3.5.4 – Desenho (família) de uma menina de 5 anos e 0 meses do IPO-P

	
GÊNERO - Feminino	IDADE – 5 anos e 0 meses
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Total.
TEMA	A minha família.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figuras humanas.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU MOMENTO CRIATIVO	Representa o avô, a avó, o primo e a tia, e ainda o hamister.

No Quadro 3.5.5 apresenta-se o desenho sobre “a minha família” duma criança de 5 anos e 6 meses do IPO-P. A criança produziu uma imagem harmoniosa em traço e cores combinadas. Transmite muita doçura e alegria. Representa as mulheres com cabeça, tronco, membros superiores e inferiores, mas os homens sem o tronco definido, apenas com cabeça, membros superiores, inferiores. O sol sorridente, no canto superior e à esquerda, pode representar o passado e também o vínculo com a mãe, enquanto a nuvem, também sorridente e ao centro, pode significar que a criança é sensível ao ambiente paterno ou social, e a consciência de que a sua vida tem momentos agradáveis e difíceis. Sendo a nuvem azul, há a indicação de que faz bom tempo mesmo que os sinais do ambiente em geral não sejam tão favoráveis. Os membros superiores e inferiores das figuras humanas representados por palitos, traço simplificado, pode significar que a criança quer chamar a atenção para outros aspetos mais importantes do desenho. Novamente, neste exemplar, aparecem os olhos grandes, o que denota

curiosidade; os braços para cima indicam que a criança deseja ser ouvida, e o equilíbrio de cores quentes e frias, podem significar harmonia por excelência.

Quadro 3.5.5 – Desenho (família) de uma menina de 5 anos e 6 meses do IPO-P

	
GÊNERO - Feminino	IDADE – 5 anos e 6 meses
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Periférico superior e central inferior.
TEMA	A minha família.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figuras humanas, sol e nuvem.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU MOMENTO CRIATIVO	É uma criança segura, expansiva, doce, alegre e comunica com muita facilidade.

No Quadro 3.5.6 apresenta-se o desenho sobre o tema “o meu retrato” duma criança de 6 anos e 10 meses do IPO-P. Tal como no Quadro 3.5.5, o sol encontra-se no canto superior esquerdo e as nuvens azuis no centro do desenho, revelando o vínculo com a mãe, a presença do pai e o tempo favorável perante o estado das coisas, a sensibilidade diante do meio em que vive. A árvore de tronco bem formado indica que a criança se sente equilibrada e com fácil possibilidade de se autoafirmar. A vasta folhagem pode indicar sinais de criatividade e imaginação. As flores significam o desejo da criança em agradar, atrair e manter a atenção dos pais. Já a casa estreita pode indicar um momento mais introspetivo, e a porta pequena (do mesmo tamanho que janelas), que é seletiva com amigos e parentes; não lhe agrada que lhe façam muitas perguntas, nem

que a vigiem constantemente e, por isso, não abre a porta a qualquer um. A maçaneta da porta situada mais à esquerda pode ser sinal de que os pensamentos desta criança estão ligados ao passado e baseada nisso, busca maior segurança para o futuro; que sua atitude e comportamento parecem indicar que não têm vontade de crescer. Da chaminé sai fumo representado com traço simples, o que pode indicar que a criança reage favoravelmente à influência emotiva vivida na família. As duas janelas podem indicar certa curiosidade do que ocorre ao redor dela, e a representação dos pássaros, alegria, curiosidade e algum desejo de fazer muitas coisas ao mesmo tempo. Na figura humana, os olhos grandes apontam curiosidade, a boca de sorriso largo indica uma boa expressão verbal, e os braços abertos, o desejo de interagir com os demais e aceder a mais conhecimentos.

Quadro 3.5.6 – Desenho (retrato) de uma menina de 6 anos e 10 meses do IPO-P

	
GÊNERO - Feminino	IDADE – 6 anos e 10 meses
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Total.
TEMA	O meu retrato.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Sol, nuvem, pássaros, árvore, flores, casa com portas, janelas e chaminé, e figura humana.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU MOMENTO CRIATIVO	Sem comentários.

O desenho do quadro 3.5.7 foi elaborado por uma criança de 7 anos e 0 meses do IPO-P no âmbito do tema “o meu retrato”. É um desenho simétrico e harmónico no ponto de vista estrutural e pelas cores que demonstram uma personalidade doce. A nuvem (com dimensões de céu e sendo representado de azul) pode dar a indicação de uma criança sensível ao ambiente em que vive, à presença do pai e tendo percepção de momentos favoráveis e desfavoráveis da vida. O arco-íris simboliza o desejo de proteção, a sua curva a adaptabilidade, flexibilidade, e estando ele em posição sobre a cabeça, significa que dá segurança e que essa criança não quer voltar a viver a tormenta do passado. Por ter representado também as flores, será uma criança que deseja agradar. Devido ao tema, a figura humana é a representação dela própria: Olhos, boca, corpo coberto com longo vestido (como uma princesa), o cabelo comprido (sendo ele bem curto no momento do desenho devido às passadas sessões de quimioterapia), os braços voltados para o corpo (indicador de que não quer contato social) e a ausência de mão, tudo indica que terá a sensação de que não consegue dominar a situação em que vive.

Quadro 3.5.7 – Desenho (retrato) de uma menina de 7 anos e 0 meses do IPO-P



GÉNERO - Feminino	IDADE – 7 anos e 0 meses
TEMA	O meu retrato.
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Periférico superior, inferior e central.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Nuvem, arco-íris, figura humana e flores.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU MOMENTO	Inicialmente a criança não demonstrou interesse em participar da atividade. Percorreu a sala discretamente, ficou sozinha ao

CRIATIVO	fundo da sala a observar outra criança que participava da intervenção e depois de longos minutos aproximou-se e manifestou interesse em participar. Representou a própria figura como foi proposto. O cabelo estava curto, pois acabara de fazer quimioterapia e, mesmo assim, representou a própria imagem com cabelos compridos.
-----------------	---

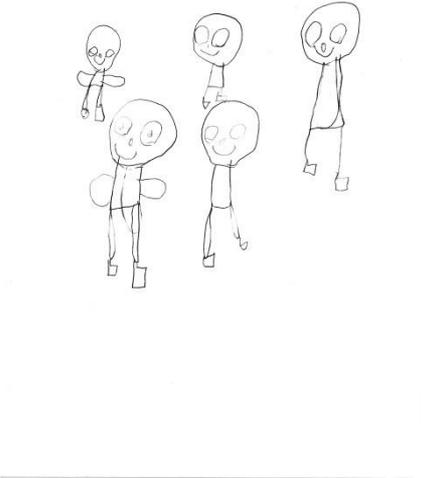
No caso de um menino de 7 anos e dois meses do GACC, apresentam-se dois desenhos, um sobre o tema “o meu retrato” e o outro sobre “a minha família”. O primeiro desenho (Quadro 3.5.8a) apresenta o rosto relativamente grande para o corpo, assim como os olhos, o que pode indicar que é uma criança curiosa. O sorriso largo indica fácil verbalização, e os braços a levantarem-se sinaliza que tem o desejo de resposta imediata diante das situações.

Quadro 3.5.8a – Desenho (retrato) de um menino de 7 anos e 2 meses do GACC

	
GÉNERO - Masculino	Idade – 7 anos e 2 meses
Desenho nº 1	
TEMA	O meu retrato.
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Central.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figura humana.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU MOMENTO CRIATIVO	Sem comentários.

A criança repete o mesmo tipo de traço na representação dos componentes da família (Quadro 3.5.8b). Chama a atenção um detalhe de duas figuras humanas, que é a ausência de braço, o que pode demonstrar alguma pressa para finalizar o desenho.

Quadro 3.5.8b – Desenho (família) de um menino de 7 anos e 2 meses do GACC

		
GÊNERO - Masculino		Idade – 7 anos e 2 meses
Desenho nº 2		
TEMA	A minha família.	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Central.	
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figuras humanas.	
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU MOMENTO CRIATIVO	Idem.	

No Quadro 3.5.9a apresenta-se o desenho duma menina de 7 anos e oito meses do GACC sobre o tema “a minha família”. Mais uma vez surge a presença da nuvem azul, denotando certo otimismo diante da situação presente, suscetibilidade social e a presença do pai. A árvore, de tronco bem estruturado, pode denotar o sentimento de firmeza e facilidade em recarregar-se de energia e autoafirmação e a copa encorpada, inventividade. A flor pode representar o desejo em agradar, atrair e manter a atenção dos pais. Neste caso, a casa é representada pela metade, e a porta, muito pequena, indicando que a criança é seletiva com amigos e parentes. Não lhe agrada que lhe façam muitas perguntas, nem que a vigiem com frequência e não abre a porta a qualquer

um. Da chaminé sai fumo representada de forma encorpada, mas sem exageros. O pássaro pode simbolizar alegria, curiosidade e o desejo de fazer várias atividades ao mesmo tempo. Não aparece nenhuma figura humana. A família, aqui, foi representada pela casa e o que há à sua volta.

Quadro 3.5.9a – Desenho (família) de uma menina de 7 anos e 8 meses do GACC

			
GÉNERO – Feminino		IDADE – 7 anos e 8 meses	
Desenho nº 1			
TEMA	A minha família.		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Total.		
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Casa, nuvem, pássaro, flor e árvore.		
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU MOMENTO CRIATIVO	Sem comentários.		

O segundo desenho da mesma criança com “tema livre” (Quadro 3.5.9b), apresenta a mesma interpretação, pois os traços são idênticos ao desenho anterior (Quadro 3.5.9a), repetição esta que pode denotar uma supervalorização do desenho anterior ou uma experiência feliz que viveu e quer repeti-la. A figura do coração que aparece no meio do papel, que pode reafirmar o sentido de amor e afeição no seio familiar e o facto de não estar colorido poderá significar que a criança não teve tempo para ou não o quis colorir.

Quadro 3.5.9b – Desenho (tema livre) de uma menina de 7 anos e 8 meses do GACC

		
GÉNERO - Feminino		IDADE – 7 anos e 8 meses
Desenho nº2		
TEMA	Livre.	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Total.	
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Sol, nuvem, coração, árvore, flor e casa.	
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU MOMENTO CRIATIVO	Idem.	

Também se apresentam dois desenhos dum menino de 7 anos e dez meses do IPO-P, um sobre o tema “o meu retrato” e o outro sobre “a minha família”. No primeiro caso, o desenho do Quadro 3.5.10a apresenta um rosto com colorido harmonioso com orelhas evidentes, o que poderá denotar que gosta de ouvir o que lhe dizem, bem como gosta de falar, com a representação da boca com sorriso largo.

Quadro 3.5.10a – Desenho (retrato) de menino de 7 anos e 10 meses do IPO-

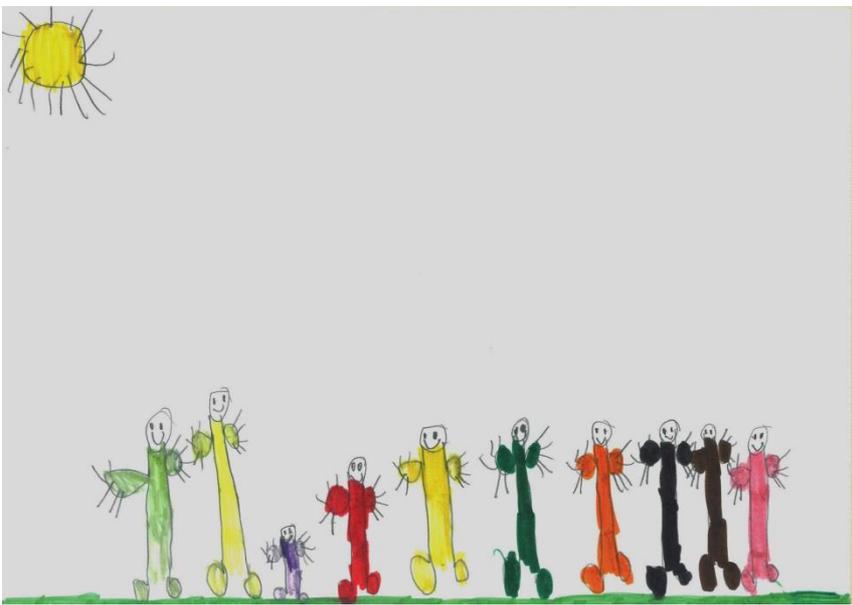
P

	
GÊNERO – Masculino	IDADE – 7 anos e 10 meses
Desenho nº 1	
TEMA	O meu retrato.
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Central.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Rosto.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU MOMENTO CRIATIVO	Demonstra personalidade tranquila. Foi muito cooperativo com a abordagem do estudo.

No quadro 3.5.10b, o desenho da mesma criança, mas agora relativo a “a minha família” mostra o sol à esquerda, que pode indicar a lembrança do passado e a presença da mãe. As figuras humanas apresentam o tronco alongado com membros superiores e inferiores de formas circulares e representados de forma ágil, o que revela um aspeto positivo e pode significar uma determinada experiência vivida, que dela surge mais forte e prefere lidar com as coisas que já viu e conhece, agradando-lhe fazer sempre as mesmas coisas.

Quadro 3.5.10b – Desenho (família) de menino de 7 anos e 10 meses do IPO-

P

	
GÊNERO – Masculino	IDADE – 7 anos e 10 meses
Desenho nº 2	
TEMA	A minha família.
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Periférico inferior e superior esquerdo.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Sol e figuras humanas.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU MOMENTO CRIATIVO	Idem

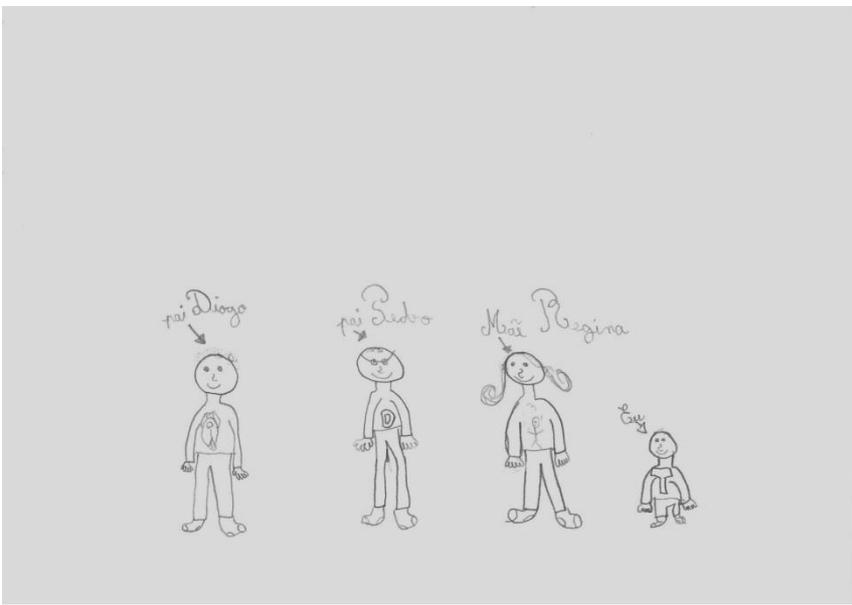
Apresentam-se, mais uma vez, dois desenhos de uma mesma criança, agora de um menino de 8 anos e 0 meses do IPO-P, um sobre o tema “o meu retrato”, o outro sobre “a minha família”. O quadro 3.5.11a apresenta o desenho de uma menina de 8 anos do IPO que representa o seu próprio rosto com colorido harmonioso. A ausência de orelhas pode denotar alguma introspecção. Por outro lado, a boca de sorriso largo pode significar que é uma criança satisfeita e com propensão a verbalizar o que pensa.

Quadro 3.5.11a – Desenho (retrato) de um menino de 8 anos e 0 meses do IPO-P

	
GÉNERO - Masculino	IDADE – 8 anos e 0 meses
Desenho nº 1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Total.
TEMA	O meu retrato.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figura humana.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Vive com a mãe e o padrasto, mas tem uma forte ligação com o pai. Introspetivo, mas atencioso na abordagem para o estudo.

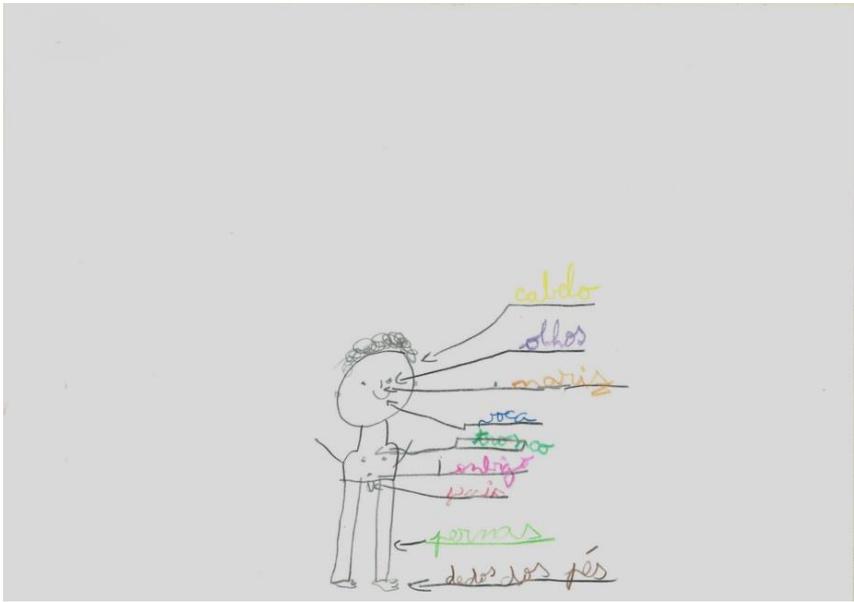
O desenho da mesma criança sobre o tema família encontra-se no quadro 3.5.11b, em que as figuras humanas aparecem com detalhes de indumentária e a criança ainda dá a indicação de cada membro da família através da legenda. São figuras sem elementos excessivos e com equilíbrio, traduzindo parte da personalidade da criança, o que se nota também na representação regular dos pés.

Quadro 3.5.11b – Desenho (família) de um menino de 8 anos e 0 meses do IPO-P

	
GÊNERO - Masculino	IDADE – 8 anos e 0 meses
Desenho nº 2	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Periférico inferior.
TEMA	A minha família.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figuras humanas.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Idem.

Apresentam-se dois desenhos de um menino de 8 anos e 1 mês do IPO-P, um sobre o tema “o meu retrato”, o outro sobre “a minha família”. No primeiro (Quadro 3.5.12a), o menino representa o seu próprio corpo nu com legenda para cada parte do corpo, o que demonstra minúcia e que por isso é uma criança atenta aos detalhes. Os braços voltados para cima indicam que gosta de ser ouvido e o desejo de uma resposta rápida às suas questões. A presença dos pés e nas pernas alongadas denotam estabilidade, mas, em contrapartida a ausência de mãos pode indicar a incapacidade de dominar a situação em que vive.

Quadro 3.5.12a – Desenho (retrato) de um menino de 8 anos e 1 mês do IPO-P

		
GÊNERO - Masculino		IDADE – 8 anos e 1 mês
Desenho nº 1		
TEMA	O meu corpo .	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Central inferior.	
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figura humana.	
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Tem forte ligação com o pai. Foi atencioso e cooperativo com a intervenção do estudo. A figura humana mais detalhada em relação às anteriores pode estar relacionada com o desenvolvimento cognitivo do menino.	

O segundo desenho da mesma criança sobre “a minha família” (Quadro 3.5.12b) representa a família através da casa, tal como alguns desenhos de crianças anteriores. Mas aqui, o sol está no canto superior direito do papel, representando a ligação com o pai, o que foi confirmado pela criança no momento da atividade. Mesmo o desenho representar a fase diurna (presença do sol), o menino representa também estrelas. A figura humana, com mesma configuração da representada anteriormente (Quadro 3.5.12a) mas agora vestida, segura um guarda-chuva em forma de pinheiro, o que pode denotar o desejo de proteção e a cor amarela, a alegria de viver. A casa surge com porta muito pequena, o que demonstra que é seletivo, e janelas grandes, o que indica curiosidade em relação ao que sucede ao seu redor.

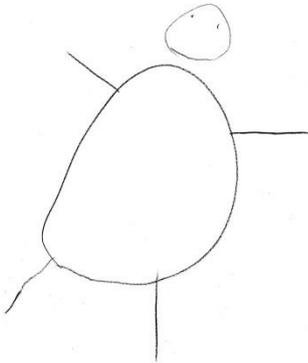
Quadro 3.5.12b– Desenho (família) de um menino de 8 anos e 1 mês do IPO-

P

		
GÊNERO - Masculino		IDADE – 8 anos e 1 mês
Desenho nº 2		
TEMA	A família.	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Total.	
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Nuvens, sol, estrelas, casa, árvore (pinheiro) e figura humana.	
DESCRIÇÃO DACRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Idem.	

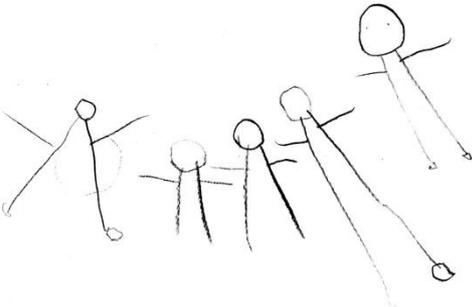
Os dois desenhos sobre “o meu retrato” e sobre “a minha família” do menino de 8 anos e 1 mês do GACC apresentam-se no Quadro 3.5.13a e Quadro 3.5.13b, respetivamente. O menino representa-se com uma figura bastante simplificada com círculos e traços, aproximando-se do chamado “homem-palito” (Quadro 3.5.13a). Este tipo de imagem indica que o menino dá pouca importância a si próprio.

Quadro 3.5.13a – Desenho (retrato) de um menino de 8 anos e 1 mês do GACC

	
GÊNERO - Masculino	
IDADE – 8 anos 1 mês	
Desenho nº 1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Central.
TEMA	O meu corpo
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figura humana
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Tem paralisia das pernas desde os primeiros meses de vida e desloca-se em cadeira de rodas. É um menino comunicativo, expressa-se verbalmente com facilidade e gosta de interagir com o seu grupo de crianças e com pessoas de todas as idades. Tem forte ligação com a mãe, que é seu acompanhante desde sempre na instituição. Foi cooperativo na intervenção, mas durante o momento da atividade, e com alguma constância, desdenhava algumas pessoas e situações que ocorriam ao seu redor, mas não falava com agressividade. Era uma situação curiosa, pois embora tentasse autoafirmar-se de forma verbal, a representação da própria imagem indica o oposto, demonstrando insegurança.

No seu segundo desenho (Quadro 3.5.13b) o menino repete a representação das figuras humanas como “homens-palito”. Realizou vários desenhos de outros temas com o mesmo tipo de representação, o que demonstra alguma dificuldade nesta área e no seu desenvolvimento cognitivo, o que confirma as características descritas no seu desenho anterior.

Quadro 3.5.13b – Desenho (família) de um menino de 8 anos e 1 mês do GACC

	
GÊNERO - Masculino	IDADE – 8 anos 1 mês
Desenho nº 2	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Periférico inferior.
TEMA	A minha família.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figuras humanas.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Idem.

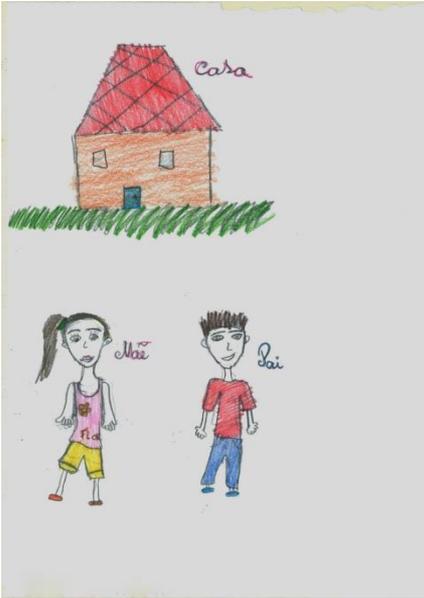
Apresentam-se três desenhos duma menina de 8 anos e 7 meses do IPO-P representando “o meu retrato”, “a minha família” e o “o medo”, respetivamente, nos Quadros 3.5.14a, 3.5.14b e 3.5.14c. No primeiro, a menina representa o seu próprio rosto com cores próximas à realidade e com harmonia. As orelhas bem visíveis indicam que tende a ouvir o que lhe dizem. A boca representada de forma comedida pode indicar discrição e que é uma mais observadora do que falante, o que se confirma com a representação dos olhos grandes. O cabelo preso representa a forma como realmente estava no dia da realização do desenho.

Quadro 3.5.14a – Desenho (retrato) de uma menina de 8 anos e 7 meses do IPO_P

	
GÉNERO - Feminino	IDADE – 8 anos e 7 meses
Desenho nº 1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Central.
TEMA	O meu retrato.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Rosto.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Foi bastante cooperativa durante a intervenção. Comunica bem verbalmente, ao mesmo tempo em que é comedida no que diz, e muito doce. Gosta muito de expressão plástica, especialmente desenho, e já participou em concursos na mesma área. Durante a realização dos desenhos e na explicação dos mesmos, passava a impressão de que nunca estivera doente.

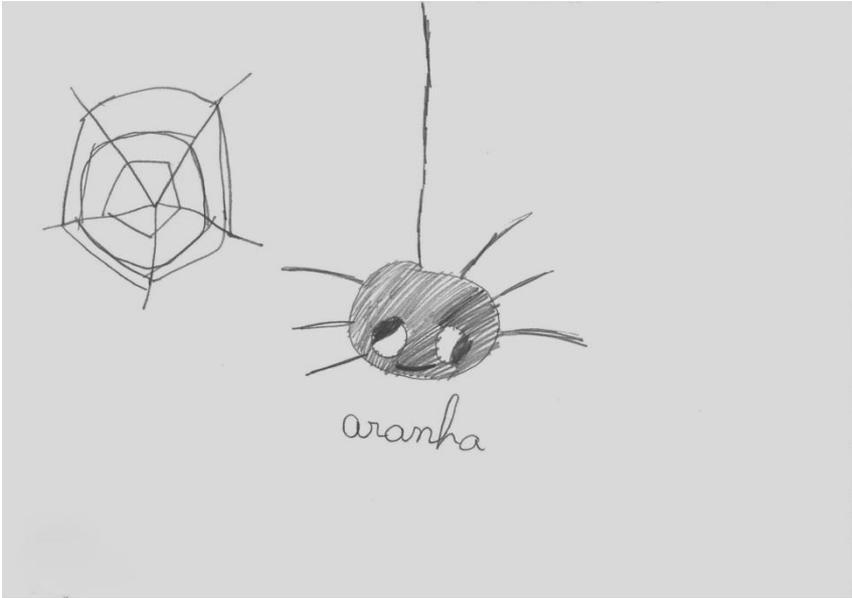
No segundo desenho da mesma menina (Quadro 3.5.14b), mais uma vez, aparece a casa como elemento representativo da família. Os pais aparecem na sua base em mesma proporção que a casa, que se apresenta pintada em detalhes e com simetria, o que demonstra que é propensa à observação. Também a legenda dos elementos do desenho confirma a preocupação com os detalhes da composição. O pequeno tamanho da porta revela alguma reserva com relação aos outros. A posição dos elementos mais à esquerda do papel indica apego ao passado, e a representação proporcional das figuras humanas e a composição como um todo, sustentam ainda mais a ideia do seu equilíbrio e estabilidade.

Quadro 3.5.14b – Desenho (família) de uma menina de 8 anos e 7 meses do IPO_P

		
GÉNERO - Feminino		IDADE – 8 anos e 7 meses
Desenho nº 2		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Periférico esquerdo.	
TEMA	A minha família.	
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Casa e figuras humanas.	
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Idem.	

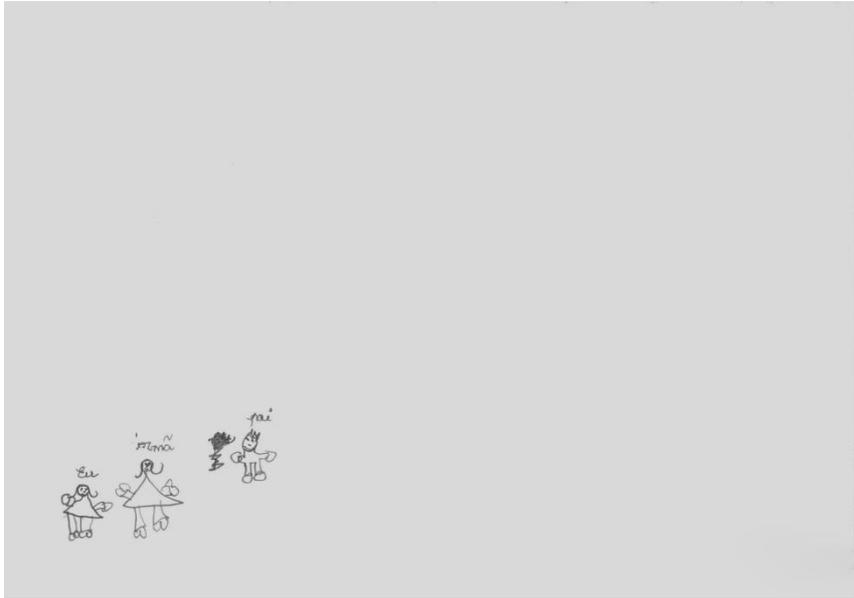
No seu terceiro desenho, representando “o medo” (Quadro 3.5.14c), a mesma menina dispõe as figuras na parte superior do papel, indicando que é uma criança disposta a adquirir novos conhecimentos, imaginativa e curiosa. Confirma-se a ideia de que seus pensamentos giram mais em torno do passado porque este desenho, tal como o anterior, também está posicionado mais à esquerda do papel. Denota-se também a preocupação com os detalhes na representação da teia e na descrição escrita do elemento principal, a aranha.

Quadro 3.5.14c – Desenho (medo) de uma menina de 8 anos e 7 meses do IPO_P

	
GÉNERO - Feminino	IDADE – 8 anos e 7 meses
Desenho nº 3	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Periférico superior central esquerdo.
TEMA	O medo.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Teia e aranha.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Quando foi abordada para o tema sobre o medo, em princípio comentou que não saberia o que desenhar, pois não tinha medo de nada. Depois se lembrou da aranha, representando-a de seguida.

Apresentam-se dois desenhos duma outra menina, de 9 anos e 3 meses do IPO-P representando “a minha família” e “o medo”, respetivamente nos Quadros 3.5.15a e 3.5.15b. No primeiro tema, família, as figuras humanas representadas têm dimensão bastante reduzida, o que indica uma personalidade acanhada. A posição concentrada no lado esquerdo do papel revela a ligação com o passado e a ausência de projeções para o futuro.

Quadro 3.5.15a - Desenho (família) de uma menina de 9 anos e 3 meses do IPO-P

		
GÉNERO - Feminino		IDADE – 9 anos e 3 meses
Desenho nº 1		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Periférico inferior esquerdo.	
TEMA	A minha família.	
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figuras humanas.	
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	A mãe faleceu com cancro. Ambas, mãe e filha, chegaram a fazer tratamento ao mesmo tempo. Fala da mãe somente da época em que esta estava bem. Hoje evita falar dela. É uma criança tímida, de poucas palavras e foi atenciosa com a abordagem do estudo. A educadora deu conhecimento à investigadora sobre o ocorrido com a mãe, antes de entrar em contacto com a criança.	

No segundo desenho, a menina representa o seu medo do escuro (Quadro 3.5.15b), com a noite com céu cinzento e acrescenta ao centro a lua e uma estrela. A lua nesta posição pode denotar que é uma criança sonhadora e dócil e a estrela pode indicar que, consciente ou inconscientemente, planeia um futuro notável. A cama e a porta representam o quarto, e a mancha escura que entra pela porta, o escuro. Neste caso, a mancha negra pode representar o seu inconsciente e tudo aquilo que não se vê, revelando a preferência pelo o que é visível e palpável. A figura humana em menor dimensão é a representação de si mesma, e a figura humana maior é a irmã, atual cuidadora principal, conforme referiu oralmente.

Quadro 3.5.15b – Desenho (medo) de uma menina de 9 anos e 3 meses do IPO-P



GÉNERO - Feminino		IDADE – 9 anos e 3 meses
Desenho nº 2		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Periférico superior e inferior.	
TEMA	O medo.	
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Céu, lua, estrela, cama, porta e figuras humanas.	
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	A mãe faleceu com cancro. Ambas, mãe e filha, chegaram a fazer tratamento ao mesmo tempo. Fala da mãe somente da época em que esta estava bem. Hoje evita falar dela. É uma criança tímida, de poucas palavras e foi atenciosa com a abordagem do estudo. A educadora deu conhecimento à investigadora sobre o ocorrido com a mãe, antes de entrar em contacto com a criança.	

Apresentam-se três desenhos duma menina de 9 anos e 6 meses do IPO-P representando “o meu retrato”, “a minha família” e o “o medo”, respetivamente, nos Quadros 3.5.16a e 3.5.16b e 3.5.16c. No primeiro desenho (retrato), a menina apresenta um colorido harmonioso, preocupando-se em intitular o mesmo com o tema proposto. Como já descrito em desenhos anteriores, o pássaro indica alegria, curiosidade, desejo pelo novo e, neste caso, acompanha-o a borboleta que simboliza transformação. Por sua vez, as flores indicam o desejo em agradar e manter a atenção dos pais. A figura humana e toda a simetria do desenho indicam ainda equilíbrio e estabilidade.

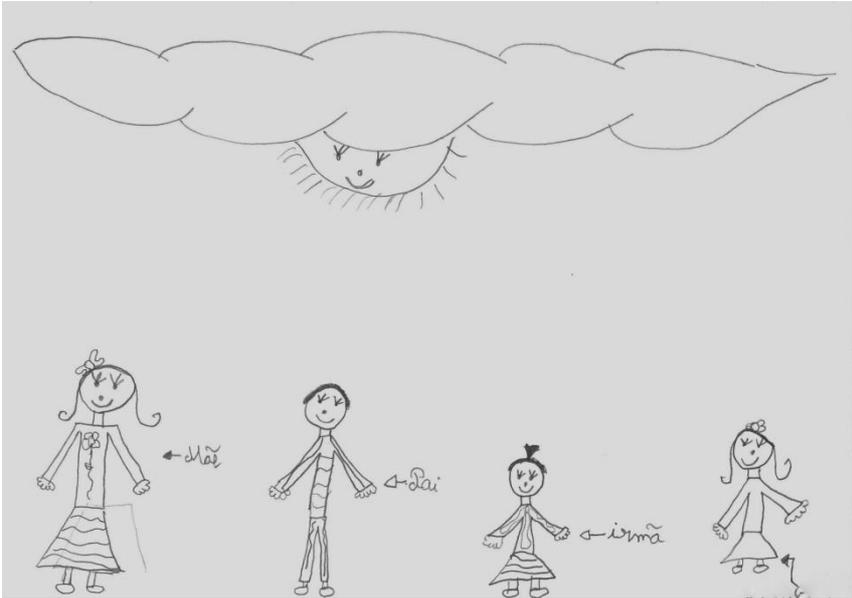
Quadro 3.5.16a – Desenho (retrato) de uma menina de 9 anos e 6 meses do IPO-P



GÉNERO - Feminino		IDADE – 9 anos e 6 meses
Desenho nº 1		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Total.	
TEMA	O meu retrato.	
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Pássaro, borboleta, flores e figura humana.	
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	É uma menina dócil, com alguma timidez; muito prática e cooperativa com a abordagem da investigação.	

No Quadro 3.5.16b apresenta-se o segundo desenho da menina, sob o tema “a minha família” e, mais uma vez aparece a representação duma nuvem como parte do céu e do ambiente familiar, que indica a sensibilidade ao pai e perante o meio social. Neste desenho, o sol posiciona-se ao centro (dirigindo o “olhar” aos pais) que simboliza a própria criança, o seu desejo de ser independente, e a responsabilidade que sente pelos seus pais.

Quadro 3.5.16b – Desenho (família) de uma menina de 9 anos e 6 meses do IPO-P

		
GÉNERO - Feminino		IDADE – 9 anos e 6 meses
Desenho nº 2		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Periférico superior e inferior.	
TEMA	A minha família.	
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Nuvem, sol e figuras humanas.	
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Idem.	

No Quadro 3.5.16c apresenta-se o terceiro desenho da mesma menina, sob o tema “o medo”. Aqui a menina repete alguns elementos dos seus dois desenhos anteriores. Desta vez a posição do sol encontra-se à direita na parte superior do papel, indicando a forte influência do pai. Novamente também, o desenho possui harmónica simetria através da posição das flores e das figuras humanas bem estruturadas.

Quadro 3.5.16c – Desenho (medo) de uma menina de 9 anos e 6 meses do IPO-P

	
GÉNERO - Feminino	IDADE – 9 anos e 6 meses
Desenho nº 3	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Periférico superior e inferior.
TEMA	O medo.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Nuvem, sol, flores e figuras humanas.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	A menina explicou verbalmente que tem medo de apanhar susto pelas costas, facto uma vez ocorrido na escola com a brincadeira de um colega de classe.

Mais uma vez se apresentam três desenhos respeitantes aos temas “o meu retrato” (Quadro 3.5.17a), “a minha família” (Quadro 3.5.17b) e “o medo” (Quadro 3.5.17c) de um menino de 10 anos e 2 meses do GACC. No primeiro caso, a chuva representada pode indicar uma ação purificadora, pois o desenho está ligado ao desejo de proteção na representação do guarda-chuva, à personalidade estável indicada pelo tronco bem estruturado e pela copa de vasta folhagem da árvore, e pelo desejo em agradar e manter a atenção dos pais, na representação da flor, que se move com o vento. A representação da figura humana demonstra que é uma criança estável e preocupada com os detalhes.

Quadro 3.5.17a – Desenho (retrato) de um menino de 10 anos e 2 meses do GACC



GÊNERO - Masculino	IDADE – 10 anos e 3 meses
Desenho nº 1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Total.
TEMA	O meu retrato.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Chuva, guarda-chuva, figura humana, árvore e flor.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Faz-se notar que o menino vive com a mãe, e neste caso específico em que chove em abundância, não há representação de nuvens, que é um dos símbolos da presença do pai.

No Quadro 3.5.17b as figuras humanas desenhadas apresentam os elementos familiares mais próximos: ele próprio, a mãe e a irmã.

Quadro 3.5.17b– Desenho (família) de um menino de 10 anos e 2 meses do GACC



GÉNERO - Masculino	IDADE – 10 anos e 3 meses
Desenho nº 2	
PLANO DA EXPRESSÃO	Periférico inferior esquerdo.
PLANO DO CONCEITO	A minha família.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figuras humanas.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Embora tenha muitos irmãos por parte de mãe e de pai, representa apenas uma das irmãs.

No Quadro 3.5.17c, o mesmo menino expressa o medo através duma cobra, representando-a à sua esquerda. Repete o mesmo estilo apresentado nos dois desenhos anteriores.

Quadro 3.5.17c – Desenho (medo) de um menino de 10 anos e 2 meses do GACC



GÉNERO - Masculino		IDADE – 10 anos e 3 meses
Desenho nº 3		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Periférico inferior esquerdo.	
TEMA	O medo.	
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Cobra e figura humana.	
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Idem.	

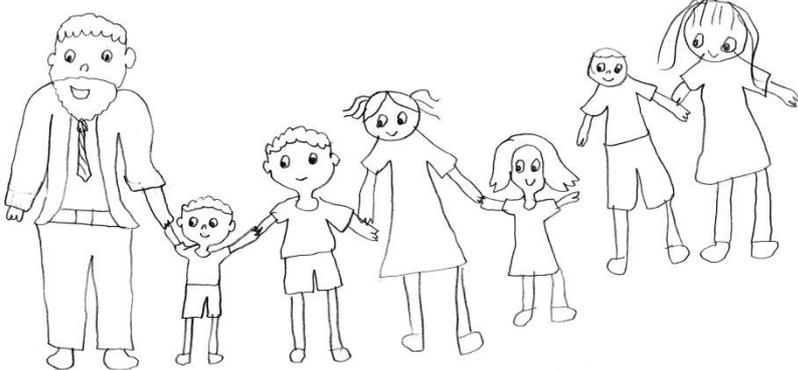
De novo se apresentam três desenhos respeitantes aos temas “o meu retrato” (Quadro 3.5.18a), “a minha família” (Quadro 3.5.18b) e “o medo” (Quadro 3.5.18c) de uma menina de 12 anos e 2 meses do GACC. No primeiro desenho, a figura humana está apresentada no centro do papel, representando o momento atual e indica também que não vive com ansiedades nem com tensões.

Quadro 3.5.18a – Desenho (retrato) de uma menina de 12 anos e 2 meses do GACC

	
GÉNERO - Feminino	IDADE – 12 anos e 2 meses
Desenho nº 1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Central.
TEMA	O meu retrato.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figura humana.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	É bastante comunicativa e foi cooperativa na intervenção para o estudo.

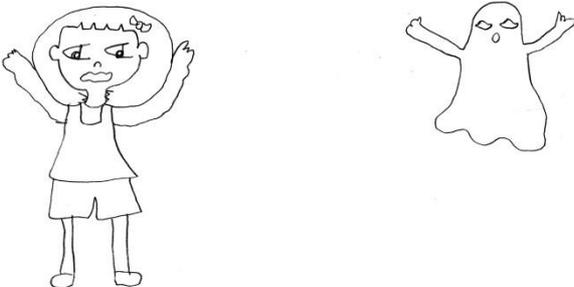
No Quadro 3.5.18b , a menina representa toda a sua família próxima, a começar pelo pai, seguida dos irmãos e por fim, a mãe. Ao pai e à mãe confere uma configuração de estrutura maior em relação a ela própria e aos irmãos, o que indica a importância dos progenitores e a proteção que lhes transmitem.

Quadro 3.5.18b – Desenho (família) de uma menina de 12 anos e 2 meses do GACC

	
GÉNERO - Feminino	IDADE – 12 anos e 2 meses
Desenho nº 2	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Periférico central inferior.
TEMA	A minha família.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figuras humanas.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Concentra-se na composição e conversa bastante no momento criativo.

O terceiro desenho do Quadro 3.5.18c, a menina representa o medo por assombração através da expressão facial e pelos braços erguidos, perante um fantasma.

Quadro 3.5.18c – Desenho (medo) de uma menina de 12 anos e 2 meses do GACC

	
GÉNERO - Feminino	IDADE – 12 anos e 2 meses
Desenho nº 2	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Periférico esquerda e direita.
TEMA	O medo.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figura humana e um fantasma.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Idem.

No Quadro 3.5.19 é apresentado o desenho da família de um rapaz de 14 anos e 7 meses do GACC, o qual apresenta mais detalhes, o que é comum já na idade do adolescente. A casa tem grande dimensão e possui amplas janelas abertas, o que indica ser curioso e gostar de saber o que ocorre ao seu redor. A porta grande e aberta significa boas-vindas e que a vida lhe é uma festa contínua. Designa cada membro da família por escrito, o que demonstra ser detalhista. Utiliza a estrutura do “homem-palito”; neste caso, pela sua idade, pode tê-lo feito por uma questão de facilitação e no desejo de concluir rapidamente o trabalho.

Quadro 3.5.19 – Desenho (família) de um adolescente de 14 anos e 7 meses do GACC

	
GÊNERO - Masculino	IDADE – 14 anos e 7 meses
Desenho nº 1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Total.
TEMA	A minha família.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Casa e figuras humanas.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	É comunicativo e perspicaz na interação com o próprio grupo e com os adultos.

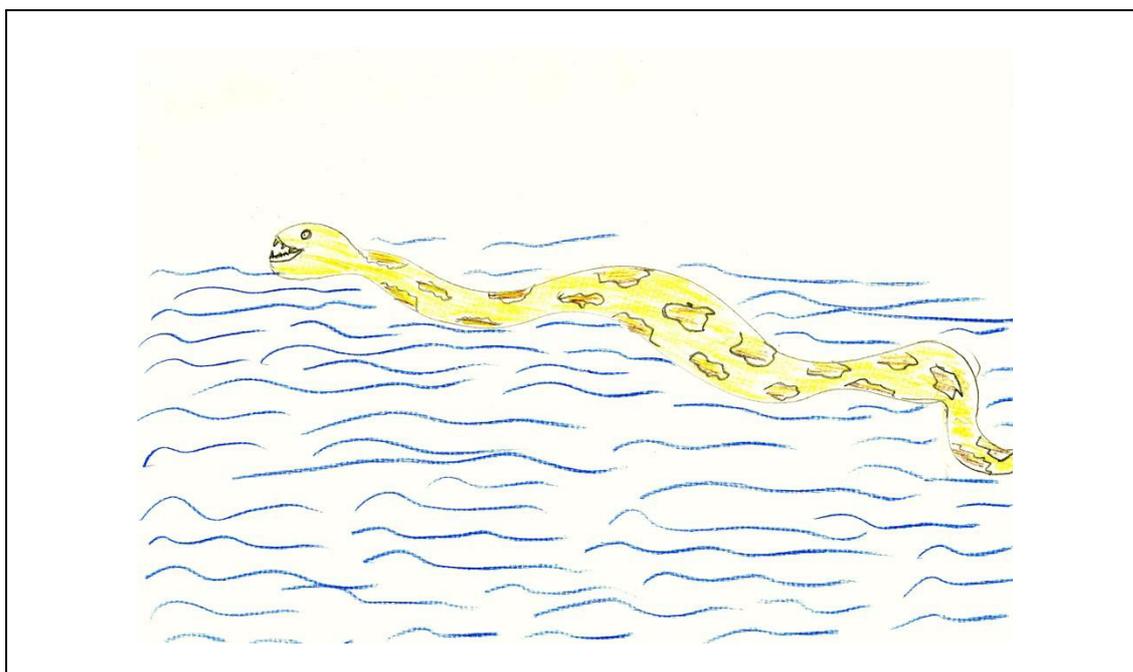
Apresentam-se três desenhos de uma jovem de 17 anos e 1 mês do GACC sobre “o meu retrato” (Quadro 3.5.20a), “o medo” (Quadro 3.5.20b) e um tema livre (Quadro 3.5.20c). No primeiro desenho a adolescente representa a sua própria figura com os detalhes gráficos para a idade e demonstra o desejo de um dia vir a ser membro da CPAC- Companhia de Polícia de Ações em Caatinga (formação vegetal xerófila do interior do Nordeste do Brasil constituída por arbustos espinhosos e cactáceas – DPLP, 2014).

Quadro 3.5.20a – Desenho (retrato) de uma adolescente de 17 anos e 1 mês do GACC

	
GÉNERO - Feminino	IDADE – 7 anos e 1 mês
Desenho nº 1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Central.
TEMA	O meu retrato.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Figura humana.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	É comunicativa, cooperativa com a abordagem do estudo e realizou mais desenhos do que aqueles que lhe foram pedidos.

No Quadro 3.5.20b a mesma jovem expressa o medo na representação de uma cobra, tal como no caso anterior (Quadro 3.5.17c).

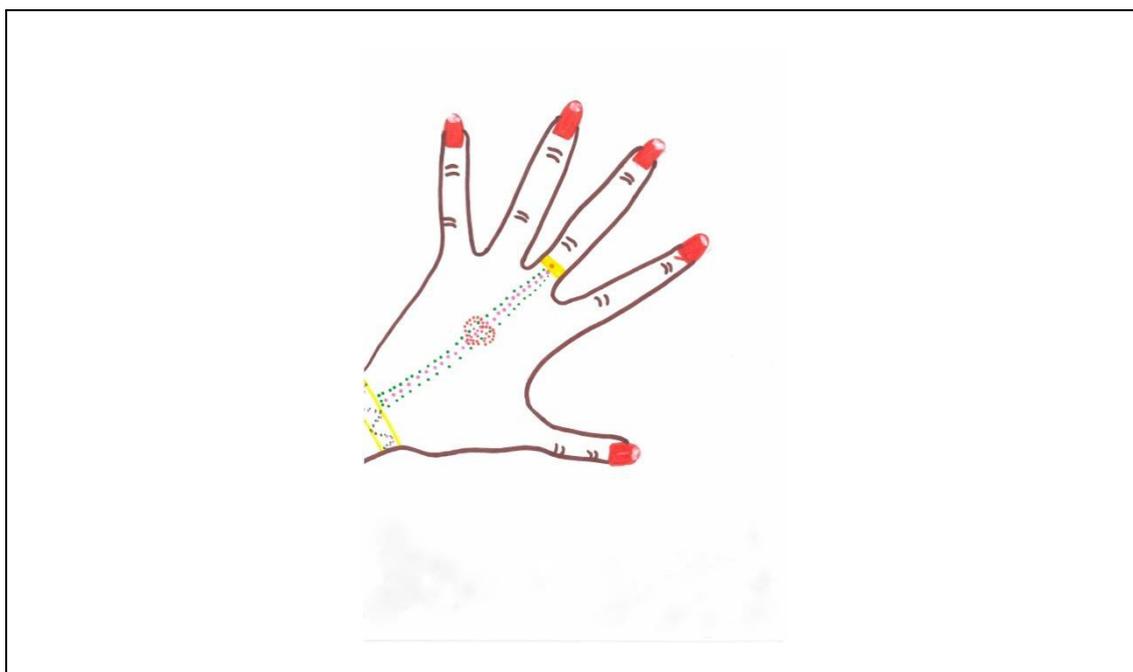
Quadro 3.5.20b – Desenho (medo) de uma adolescente de 17 anos e 1 mês do GACC



GÉNERO - Feminino		IDADE – 7 anos e 1 mês
Desenho nº 2		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL.	Periférico inferior.	
TEMA	O medo.	
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Cobra.	
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Idem.	

No desenho espontâneo (tema livre), a mesma jovem representa a mão pintada com verniz, o que indica o cuidado e preocupação com a sua própria imagem (Quadro 3.5.20c).

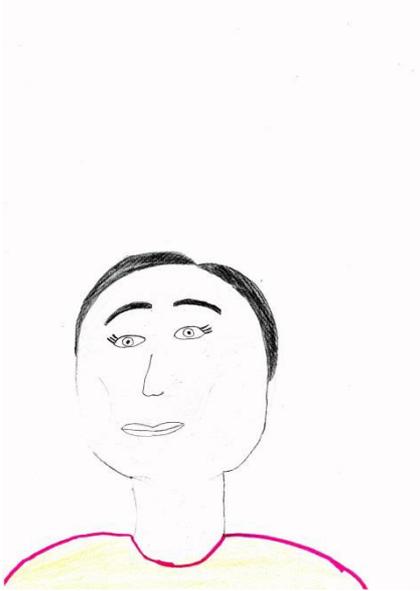
Quadro 3.5.20c – Desenho (tema livre) de uma adolescente de 17 anos e 1 mês do GACC



GÉNERO - Feminino		IDADE – 17 anos e 1 mês
Desenho nº 3		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Central.	
TEMA	Livre.	
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Mão.	
COMENTÁRIO	Idem.	

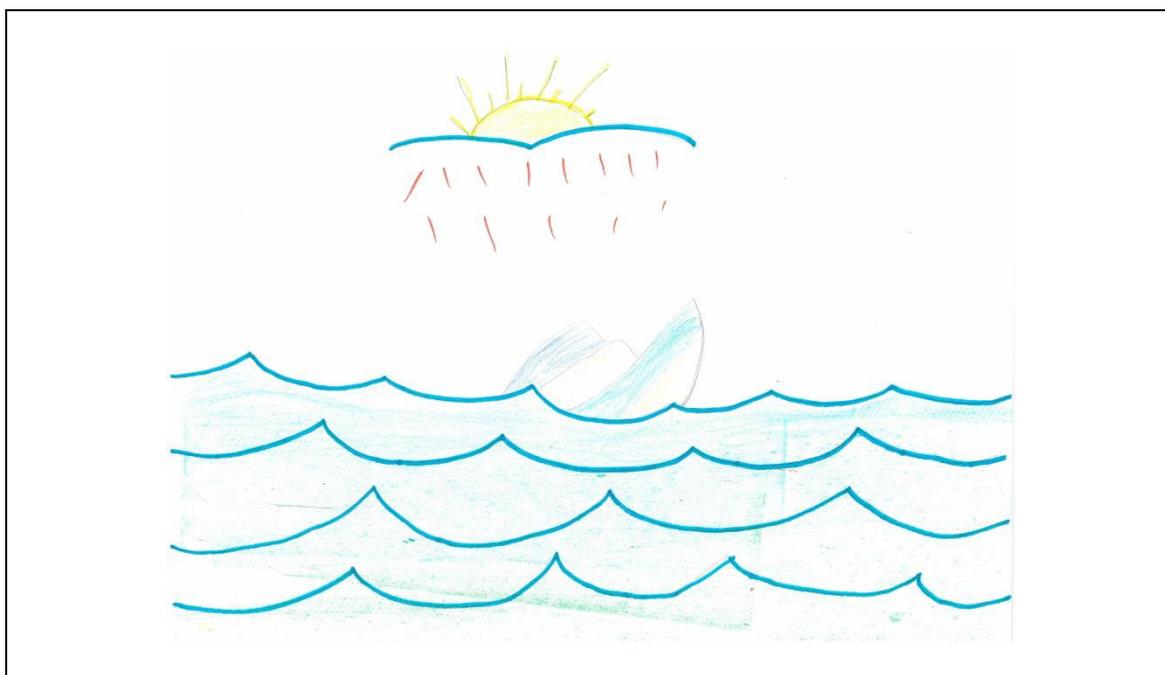
Apresentam-se dois desenhos duma jovem de 17 anos e 4 meses do GACC representando “o meu retrato” e “o medo”, respetivamente, nos Quadros 3.5.21a e 3.5.21b. No primeiro caso representa o seu próprio rosto com olhar triste e alguma melancolia. Acrescenta os detalhes próprios para o desenvolvimento cognitivo para a idade. Olhos, boca e nariz proporcionais, mas com orelhas ausentes, o que indica pouca disposição para ouvir opiniões exteriores.

Quadro 3.5.21a – Desenho (retrato) de uma adolescente de 17 anos e 4 meses do GACC

	
GÉNERO - Feminino	IDADE - 17 anos e 4 meses
Desenho nº 1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Central.
TEMA	O meu retrato.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Rosto.
COMENTÁRIO	Já é mãe, e durante o momento criativo conversou espontaneamente sobre a própria vida. Expôs alguma mágoa familiar e ainda manifestou as perspetivas futuras quanto à sua recuperação e a criação da filha.

No seu segundo desenho (Quadro 3.5.21b), tal como já visto em desenhos anteriores, o sol ao centro significa a própria jovem. A nuvem, representa a presença do pai e a chuva, neste caso, pode indicar uma situação menos favorável. Parece ser uma tempestade que afunda o barco. Esta imagem unida às ondas do mar pode indicar mudança drástica.

Quadro 3.5.21b – Desenho (medo) de uma adolescente de 17 anos e 4 meses do GACC



Desenho nº 3	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Total.
TEMA	O medo.
ELEMENTOS PRINCIPAIS	Sol, nuvem, chuva, barco e mar.
DESCRIÇÃO DA CRIANÇA E/OU DO MOMENTO CRIATIVO	Numa conversa demonstrou mágoa em relação ao pai, o que coincide com toda sinalização feita através desta representação.

CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES E DISCUSSÃO

Após a apresentação e análise dos dados obtidos a partir das metodologias adotadas (observação não participante, entrevistas, questionários e desenhos), cabe apresentar sucintamente as conclusões de cada uma destas etapas, onde elas se conciliam e/ou divergem tendo por base o objetivo fulcral desta investigação: *A prática das atividades artísticas exerce influência positiva na melhoria do bem-estar das crianças com cancro quando estas estão em tratamento hospitalar?*

Observação não participante

Assim, ao constataremos os comportamentos das crianças e a relação destes com a prática das Atividades Artísticas (AA) através da observação não participante no IPO-P e no GACC, ficou claro que através das atividades artísticas as crianças se integram socialmente e interagem entre elas próprias e com os outros sujeitos envolvidos, desenvolvendo os trabalhos sem complicações, podendo o comportamento variar de uma criança/jovem para outro. Eles dirigem-se com vontade para estas áreas se estiverem em condições físicas para realizarem as tarefas, e não deixam de exercer as atividades artísticas ainda que por vezes se apresentem fragilizados e com algumas dificuldades físicas.

As diferenças encontradas entre as duas instituições aquando da prática da observação referem-se essencialmente ao próprio espaço, em que uma (IPO-P) ocorre no âmbito de cuidados de saúde hospitalar e a outra (GACC) ser de apoio social (ONG), o que gera naturalmente diferenças de comportamento. Por exemplo, no IPO-P trabalham, circulam e também interagem médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem; no GACC não há esta equipa médica no seu convívio, mas há um professor de música no quadro permanente, enquanto no IPO-P, não. As idades mais participativas nas atividades artísticas no IPO-P são dos 2 aos 12 e no GACC dos 2 aos 18. No GACC é transmitida uma sensação de mais ‘à vontade’ como, por exemplo, em algumas atividades específicas dentro dos sub-âmbitos da *Brinquedoteca*, Expressão Plástica e Música, as crianças/adolescentes e os demais indivíduos são convidados a descalçarem os sapatos, o que nunca acontece no IPO-P.

Entrevistas a elementos chave

Verificámos os procedimentos feitos no programa de apoio escolar e de atividades de ocupação através das entrevistas a elementos chave (equipa pedagógica e enfermeira no IPO-P; terapeuta ocupacional e brinquedista no GACC) e acedemos à apresentação do espaço, serviço, fases apresentadas pelas crianças/adolescentes, e às práticas das atividades artísticas (AA) onde se identificaram três categorias distintas para cada instituição: (i) Serviço de Pediatria e Fases de Tratamento, (ii) Pedagogia Hospitalar, e (iii) Atividades Artísticas e Expressão Plástica no IPO-P; no GACC (i) Fases e Consequências do Tratamento, (ii) Brinquedoteca, e (iii) Atividades Artísticas. Algumas destas categorias são semelhantes entre si, e sendo assim, nestas, foi possível encontrar pontos convergentes comparação. Para as categorias distintas, referimos em baixo os pontos mais relevantes.

Segundo as entrevistadas das duas instituições, estas têm vindo a evoluir gradualmente o seu serviço. Atualmente, no IPO-P as crianças já têm a sua unidade de internamento, hospital de dia, consultas e uma equipa de apoio pedagógico com educadores e professores; no GACC já têm a *Brinquedoteca* e a *sala de música*, cada qual com funções próprias e objetivos específicos.

No que diz respeito à **componente pedagógica**, no IPO-P são abordados os mesmos conteúdos e utilizadas as mesmas metodologias das escolas onde as crianças estão inscritas, apenas com o diferencial de ser aplicada no contexto hospitalar, e com integração da atividade artística junto a outras disciplinas. Para as crianças se sentirem seguras quanto ao resultado dos seus próprios trabalhos, as professoras e educadoras preparam um modelo como um ponto de partida para as crianças manifestarem a sua própria inventividade acerca do tema em causa, tal como defende Marques (2009), ao ressaltar que o professor deve criar o dispositivo que vai dar corpo e vida ao ensino, que garanta êxito nas aprendizagens dos alunos e que isso só irá acontecer se a metodologia eleita for criativa e o conteúdo tiver sentido e importância para o aluno.

No GACC a informação veiculada pelas entrevistadas, com relação às metodologias, concentrou-se apenas na *Brinquedoteca*, onde é utilizado o método ESAR (Exercício; Simbólico; Acoplagem; Regras) instrumento de classificação e análise de material de jogo, que teve o seu primeiro campo de experimentação na

“*Centrale des Bibliothèques*”, no Quebec, Canadá, servindo para verificar aproximadamente 2500 jogos (Vicente, 2013) e que qualifica a utilidade de cada brinquedo em oito categorias: descrição física; atividade lúdica; conduta cognitiva; habilidades funcionais; atividade social; habilidade linguística; condutas afetivas e análise psicológica (Barbosa, Costa, Franchin & Silva, 2004).

No que diz respeito aos **tempos lúdicos**, no IPO-P algumas crianças que iniciam o tratamento em internamento gostam do espaço da *sala de brincar* porque tem toda uma estrutura que lhes proporciona conforto, apoio social e pedagógico, mantendo-as ativas e próximas da normalidade. No GACC, mesmo quando as crianças/adolescentes estão debilitadas devido aos tratamentos feitos no hospital (inclusive quimioterapia), eles gostam e pedem para estar no espaço da *Brinquedoteca*, nem que seja apenas para observar e se sentirem integrados com o espaço.

Segundo Paula, Foltran, Nowiski, Porto & Xavier (2007), a criança quando brinca desenvolve a sua imaginação, constrói relações reais entre as outras crianças, elabora regras de organização, convivência e constroem outras possibilidades de viver e modificar seus desejos. Nestas experiências elas estabelecem o que é regra da realidade e o que é regra da brincadeira e fantasia, desenvolvendo assim a sua autonomia, cooperação e criatividade. A brincadeira é um meio de a criança escapar da vida limitada, das obrigações do seu cotidiano e das limitações impostas pela sua doença num ambiente hospitalar. Através da brincadeira ela transmite a sua realidade ou como ela gostaria que fosse essa realidade.

Também os resultados da pesquisa realizada sobre atividades lúdicas por Ceolin, Rosa & Argenta (2010), numa unidade pediátrica no Rio Grande do Sul, Brasil, apontaram que crianças que se apresentavam debilitadas, cansadas, chorosas e inseguras, ao participarem de brincadeiras no espaço da brinquedoteca, passavam para o estado de contentamento, interagiam umas com as outras, com os familiares e professoras, e por alguns momentos, pareciam esquecer o stresse gerado pela doença.

Para as entrevistadas do IPO-P, as **situações mais complexas** referem-se à recaída da doença das crianças e adolescentes por terem de repetir todo o processo de

tratamentos e recuperação, complicação também sublinhada por Ortiz & Lima (2007), quando concluem que a constante ameaça de recaída e a possibilidade de recomeçar um novo tratamento revelam o sentimento de insegurança, pois diante da complexidade e agressividade da doença e cuidados, os sobreviventes do cancro passam a lutar na tentativa de conquistar, de maneira positiva, o enfrentamento das recordações do passado.

Por sua vez, as entrevistadas do GACC, na situação mais complexa para elas, indicaram que as crianças não sentem limitações na realização da atividade artística mesmo pós-quimioterapia, situação que se coaduna com um dos resultados da observação não participante quando se conclui que mesmo fragilizadas, as crianças praticam atividades artísticas. Na verdade a quimioterapia é devastadora pois provoca vários efeitos colaterais incomodativos e debilitantes, como apatia, perda do apetite, perda de peso, alopecia, hematomas, sangramento nasal e bucal, mucosite, náuseas, vômitos, diarreia e neutropenia (Costa & Lima (2002).

As entrevistadas do IPO-P lembram que por uma questão de mobilidade, há certa dificuldade em se conjugar algumas **atividades artísticas** de expressão plástica quando as crianças estão ligadas a aparelhos, mas que, ainda assim, as atividades artísticas são as práticas que melhor resultam e as crianças gostam de ver os resultados dos seus próprios trabalhos, pois, como aponta Urrutigaray (2011), através da produção artística, elas têm a possibilidade de transformar a realidade, ativar a fantasia, transformando a sua vida pela experimentação do lúdico, da possibilidade de brincar, de jogar, de ter novas experiências, de promover a percepção, organização e ordenação do seu pensamento, possibilitando a compreensão do momento circunstancial, bem como da dimensão de si mesmo.

No GACC, as crianças, em geral, estão sempre dispostas a praticar AA, mas alguns dos meninos conotam a atividade de expressão plástica como atividade para meninas, facto que pode estar associado a uma questão cultural, sentindo-se melhor quando se envolvem na música. Na verdade, e segundo estudo de Ferreira (2006, cit. por Moura, 2013) a música é um recurso utilizado no cuidado à criança hospitalizada que , muito contribui para diminuir a tensão, o stresse, as dores e a ansiedade causados pela hospitalização, além de constituir uma boa forma de distração.

No IPO-P as entrevistadas referem que se pode detetar o estado emocional das crianças através da expressão facial e verbal delas próprias, dos pais e através do seu desenho, sendo este (Valladares & Carvalho, 2006) uma das modalidades mais frequentes no contexto hospitalar, pois objetiva a forma, a precisão, o desenvolvimento da atenção, da concentração, da coordenação viso-motora e espacial, e também estimula a função ordenadora do paciente, evidencia os seus aspetos emocionais, físicos e cognitivos, bem como expressa o meio em que vivem.

Quando as crianças/adolescentes estão numa fase pouco favorável, observam-se cores mais escuras nos trabalhos de expressão plástica e, em fases mais favoráveis, cores mais vistosas. Na sua pesquisa sobre a intervenção da arteterapia com crianças hospitalizadas, Valadares (2003) observou o aparecimento duma diversidade cromática mais intensa que reagiu com sinais de alegria apresentados pelas crianças do grupo experimental. A autora ainda refere que o prazer de manipular cores, formas, texturas, materiais e brilhos, altera o mundo interior da criança.

Sobre a **esterilização dos materiais** lúdicos e de expressão plástica, no IPO-P tem que ser feito ou em câmara de gás etileno ou através de álcool etílico para evitar transmissão de doenças e para uma melhor higienização, o que segundo as entrevistadas, limita o leque de atividades e ações pedagógicas, já no GACC não existe tal procedimento.

Questionário de sondagem

O questionário de sondagem tinha uma estrutura semiaberta e reportava-se às atividades artísticas desenvolvidas no IPO-Porto, tendo sido aplicado a três grupos: Crianças, Pais e Equipa de Assistência à Criança. Os aspetos principais evidenciados pelos resultados obtidos deste questionário sintetizam-se em seguida.

Para a maioria dos **inquiridos dos três grupos**, as atividades artísticas realizadas no período de permanência das crianças no âmbito hospitalar têm a sua relevância, observando-se sinais de melhoria do bem-estar e do comportamento das crianças. Da mesma forma, o relato do estudo de caso de Santos, Valladares, Lima, Carvalho & Bernardo (2008) diz que as intervenções de arteterapia com uma criança de oito anos de idade e internada em um hospital público de Goiânia, Brasil, propiciaram a

expressão da subjetividade e a valorização das potencialidades desta criança, e também a ajudaram a resgatar recursos para enfrentar a doença (meningite bacteriana aguda), a hospitalização e o tratamento. O trabalho com arte favoreceu momentos de relaxamento, de bem-estar e de descontração, facultando ao sistema imunológico da criança um tempo para agir e recuperá-la mais rapidamente das adversidades advindas com a hospitalização. Valladares e Carvalho (2005), em uma pesquisa com construção de objetos a partir de sucata num hospital pediátrico, afirmam também que o trabalho com arte contribui significativamente à humanização de cuidados à saúde gerando melhor bem-estar aos utentes devido à liberdade de expressão/comunicação, aliviando a tensão, a ansiedade e a dor.

Os **pais e membros da equipa técnica e não técnica**, consideraram a ‘boa disposição’, ‘extroversão’ e ‘valorização pessoal’ (também mencionada nas entrevistas quando referido que as crianças gostam de ver os resultados dos próprios trabalhos) como as principais melhorias apresentadas pelas crianças pela realização das atividades físicas, ou seja, consideram que estas atividades influenciam três das quatro dimensões propostas, apontando a ‘boa disposição’ com maior frequência e tendo excluído ‘integração social’, o que aqui contradiz o que foi apontado na observação não participante, onde foi visto que as crianças se integram entre elas próprias e com os sujeitos dos outros dois grupos.

Por escrito, neste questionário de sondagem, os sujeitos ainda acrescentaram algumas impressões de melhoria, tais como: entusiasmo, criatividade, autoconhecimento, sentido estético, abstração do tempo e espaço no ambiente hospitalar, desenvolvimento cognitivo e auxílio para aprendizagem de outras disciplinas (mencionado pelos elementos chave), e ainda afirmaram incentivar a atividade de ocupação pelas atividades artísticas para as crianças;

Na perspetiva dos pais e equipa médica e não médica, as crianças gostam e valorizam a prática da atividade artística; Para os pais desta amostra, dentre as atividades artísticas variadas (desenho, pintura, construção de objetos, colagem, modelagem e artesanato) que as crianças praticam, a colagem parece ser a atividade de maior interesse; A maioria dos progenitores ainda revela que os filhos se recolhem poucas vezes e procuram realizar alguma atividade artística mesmo quando se encontram mais fragilizados por terem que ficar em isolamento ou porque se encontram

debilitados em consequência de dores ou por tristeza (situação já apoiada na observação não participante e nas entrevistas a elementos chave); e que no hospital as crianças procuram praticar as atividades artísticas pelo menos uma vez ao dia e/ou mais que uma vez, e algumas vezes quando estão em casa.

Sobre a atitude da **criança**, através da sua própria perspetiva em relação às atividades artísticas viabilizadas pelo apoio pedagógico como atividade de complemento escolar ou como atividade de ocupação, todas indicaram que gostam sempre da prática das atividades artísticas durante o seu período de tratamento. A minoria pratica AA somente pela manhã, enquanto que a maioria opta pela manhã e tarde, de preferência na sala de atividades. Sobre se as próprias crianças sentiam algum tipo de melhoria no seu bem-estar quando estavam a realizar as atividades artísticas, apenas uma diz não sentir esta melhora. Verifica-se também que as crianças se distribuem por todas as associações de cores nos seus trabalhos, gostam de representar a Primavera, Verão, Outono, elegem as paisagens com mais alternativas de cores e o desenho e a pintura (diferente do que apontamos pais) aparecem com mais frequência nas suas representações, o que pode estar relacionado com a viabilidade dos materiais e a rapidez com que podem ser executados.

Questionário de avaliação das “Atividades Artísticas Aplicadas em Crianças em Tratamento Oncológico” (AAACTO)

Com um número de amostras mais alargado e composto por um total de 150 sujeitos (crianças, pais e equipa de assistência à criança), o questionário de avaliação das Atividades Artísticas Aplicadas em Crianças em Tratamento Oncológico (AAACTO) sequencializa os resultados dos instrumentos de recolha de dados anteriores, reafirmando e consolidando, de forma quantitativa, algumas questões já sublinhadas, ao mesmo tempo em que suscita novas hipóteses e pontos de desacordo entre os grupos de inquiridos.

Das crianças inquiridas por este questionário AACTO, tanto numa (IPO-P) como noutra (GACC) instituição, a maioria das crianças/adolescentes entre os 2 e os 18 anos tinham maioritariamente leucemias (36% no IPO-P e 40% no GACC), mas também outros tipos de cancro. No IPO-P, a maioria de crianças inquiridas eram meninas (56%) e no GACC, meninos (80%).

Tanto no IPO-P quanto no GACC, a maioria dos cuidadores principais eram pais e mães com idades entre os 21 e 55 anos, de zonas urbanas e rurais, e trabalhavam em profissões variadas. Da equipa de assistência à criança, os sujeitos tinham idades entre os 19 e 67 anos e a maioria eram voluntários.

Sobre as **perspetivas positivas** (itens 1 a 8), para a maioria dos sujeitos dos três grupos do IPO-P e GACC, são evidentes os contributos favoráveis que as atividades artísticas desempenham nestes âmbitos, bem como têm a visão de que as crianças valorizam esta prática quando estão em tratamento, participando nelas de forma continuada, com disposição mesmo quando em procedimento de quimioterapia (situação já confirmada anteriormente) e ainda a solicitar com frequência para atuarem nelas como ação de ocupação mesmo em fases de isolamento.

Nestes itens as diferenças encontradas surgem quando as crianças do GACC, contrariamente aos outros inquiridos (pais e equipa de assistência à criança), discordam que elas próprias gostem de realizar as atividades artísticas quando estão a receber tratamento via cateter e aparelhos. Por outro lado, a equipa de assistência à criança do IPO-P (em 60%), contrariamente aos pais e crianças do IPO-P e dos três grupos do GACC, considera que as crianças não dedicam a maior parte do tempo que dispõem no exercício de atividades artísticas. Estes resultados sugerem, por um lado, que as crianças do GACC têm uma atitude mais hesitante na realização das atividades numa situação incomodativa, e que a equipa de assistência do IPO-P tem uma visão menos empolgante sobre o tempo em que crianças se dedicam às AA.

Sobre **perspetivas negativas** (itens 9 a 14), pais, equipa médica e não médica, e as próprias crianças das duas instituições, na sua maioria, discordam que: as crianças se sentem insatisfeitas com a prática de atividades artísticas na instituição em que decorre o tratamento, que as crianças passam a maior parte do tempo isoladas devido ao tratamento ou porque não gostam de estar em grupo, que as crianças sentem dificuldade na prática das atividades artísticas durante o processo de internamento e que as crianças não têm vontade de praticar atividades artísticas na instituição logo após o internamento; afirmações estas que vêm em contraponto e para consolidar o que os sujeitos indicaram sobre os aspetos positivos.

A maior percentagem de pais e equipa médica e não médica das duas instituições discorda que as crianças recusem o exercício das atividades artísticas na fase de tratamento, ficando, neste item, as crianças brasileiras no limiar dos 50%.

Sobre a **preferência entre as atividades individuais e/ou em grupo** (itens 15 a 19), a maioria dos grupos das duas instituições aponta que as crianças preferem participar das atividades artísticas na sala de brincar (IPO-P) e brinquedoteca (GACC); situação já diagnosticada nas recolhas de dados anteriores (observação e entrevistas). A maioria dos sujeitos da equipa de assistência e pais do GACC, juntamente com os pais e crianças do IPO-P apontam que as crianças gostam mais das atividades em grupo. Já as crianças do GACC demonstram maior interesse pelas atividades individuais e em grupo, e a equipa de assistência do IPO-P acredita que as crianças gostam mais das atividades individuais.

O grau de diversidade de experiências de cada criança varia ao longo da própria história e do modo de vida. Transições bruscas ou dramáticas podem levar a ocorrência de ritos de passagem, que recortam e dão significado a situação de transição. A adaptação da criança a um ambiente de cuidado coletivo tem característica de transição cultural, onde a criança é deslocada de seu ambiente familiar para um ambiente físico e social bem diferenciado daquele havendo a exposição a diferenças microculturais (Carvalho e Pedrosa, 2002). Desta forma, optar por uma atividade em grupo também poderá passar pela identidade de uma criança com a outra, para além de ter a ver com a própria atividade que se propõe, com as suas aptidões, pela característica da sua personalidade ser introspetiva ou extrovertida, e/ou até com o seu estado de espírito de momento.

Para o **comportamento positivo** e o bem-estar (itens 20 a 28 e 41) nas duas instituições, todos os inquiridos dos 3 grupos apontam que as crianças gostam do exercício artístico no decorrer da prática das atividades artísticas, sentem-se felizes, são criativas, extrovertidas, sentem-se valorizadas, integradas em grupo, e apresentam, com frequência, sinais de bem-estar e uma melhora na sua qualidade de vida, tendo assim maior estímulo para o desenvolvimento cognitivo e uma maior facilidade na aprendizagem de outras disciplinas, conclusões estas que vêm sustentar e assegurar os resultados obtidos no questionário de sondagem.

Apresentando as duas instituições os mesmos tipos de exercícios, a maioria dos 3 grupos do IPO-P e do GACC, no que consistem os **tipos de expressões artísticas** (itens 29 a 37), verificou-se que as crianças gostam mais de trabalhar com pintura, colagem, desenho, expressão musical, modelagem, construção de objetos, artesanato e expressão dramática, nesta ordem apresentada e com destaque para expressão musical no GACC, onde a equipa de assistência à criança desta instituição (100%) refere que as crianças dominam algum tipo de instrumento musical, com alguma ressalva da equipa de assistência à criança do IPO-P (20%), das crianças das duas instituições (30%) e dos pais do GACC (40%) e IPO-P (60%).

A preferência por uma atividade artística, em especial, poderá estar relacionada com a própria aptidão da criança, com os materiais que mais a atraem, com a forma de abordagem do orientador ou com o espaço reservado para receber e propiciar o evento. No questionário de sondagem, a colagem foi a mais indicada, no entanto no AAAC TO, numa maior escala de participantes, a pintura foi referida como a mais preferida. No GACC, o destaque para a música está intimamente ligado à cultura local, à diversidade de instrumentos disponíveis, ao espaço destinado para a atividade e à interação do professor com as crianças, e que faz parte do quadro permanente da instituição.

Na **expressão das emoções** (itens 38 a 40; 42 a 46), os três grupos de inquiridos das duas instituições evidenciam que as crianças representam alegria nos desenhos e pinturas, de preferência com cores quentes (vermelho, amarelo e laranja), o que vem confirmar o parecer dos elementos chave nas entrevistas e no questionário de sondagem. As crianças também utilizam as cores frias (azul, verde e/ou roxo), mas as opiniões das equipas de assistência do IPO-P e do GACC dividem-se, neste último quesito.

Borges & Krawulski (2013) concluem do seu estudo sobre a importância da arte na educação fundamental, que os trabalhos artísticos das crianças podem revelar desde o desenvolvimento de sua capacidade criadora até à exteriorização dos seus desejos, além da simples imagem, ou do produto confeccionado, pois ao realizar qualquer trabalho a criança deposita ali a sua visão do mundo, os seus desejos e anseios, sem receio, pois para ela a arte é mais do que um momento de distração, sendo desta forma um meio de comunicação, tanto consigo mesma, como com o meio que a cerca.

Na visão dos três grupos de inquiridos das duas instituições, as crianças representam a família nos seus **desenhos e pinturas**, e o seu quotidiano fora do

hospital. Para a maioria da equipe de assistência à criança do IPO-P e do GACC e pouco mais de metade dos pais portugueses e crianças brasileiras, também dizem que representam o cotidiano no âmbito da instituição, com ligeira discordância dos pais brasileiros e crianças portuguesas.

Confirmando que as crianças expressam o sentimento de alegria, a maioria dos sujeitos dos três grupos das duas instituições discorda que as crianças expressam tristeza e utilizam o preto como cor predominante nos seus desenhos e pinturas.

Apesar de ser um questionário fechado, alguns sujeitos expressaram as suas opiniões tal como o haviam feito no questionário de sondagem no verso da última folha do questionário, reforçando que o exercício da atividade artística influencia positivamente na integração das crianças com o espaço, com o próprio grupo e os demais com quem interagem no ambiente das instituições, no desenvolvimento cognitivo, na superação das etapas dolorosas do tratamento da doença e incentivam a leitura.

Desenhos das crianças

Das imensas imagens produzidas pelas crianças das duas instituições, 40 desenhos foram selecionados de 21 crianças, sendo 14 meninas (9 do IPO-P e 5 do GACC) e 7 meninos (3 do IPO-P e 4 do GACC). A seleção baseou-se nas composições mais significativas por idades para o estudo, não importando o estágio de desenvolvimento cognitivo demonstrado em cada um deles, e tendo sido classificados em quatro categorias temáticas: “o meu retrato” representado em 15 amostras; “a minha família” em 16; “o medo” em 7; e ainda 2 desenhos de “tema livre”, os quais foram compostos espontaneamente a partir de duas das 21 crianças participantes.

Os desenhos das crianças apresentam características comuns e diversificadas em vários aspetos: cores, tamanho dos elementos da composição, tamanho da própria composição (conjunto de elementos), posição dos elementos no papel, e contextos pessoais de acordo ao tema proposto.

os desenhos demonstram ainda a relação que as crianças têm com elas próprias, com outros sujeitos com quem interagem e com o próprio mundo (casa, freguesia, cidade, país, cultura, etc). Valladares (2003), no seu estudo sobre arteterapia com

crianças hospitalizadas, conclui que, ao desenhar, a criança expressa si própria, suas características individuais e coletivas, sendo que afetividade, estilo, significação, pensamento, atenção, percepção e memória estão sempre juntos.

Na sequência de desenhos apresentados, a maioria das crianças apresenta traços de acordo com a sua faixa etária aperfeiçoando os detalhes das figuras (garatuja, árvore, casa, figura humana, etc) de idade para idade em ordem crescente, embora algumas crianças mais jovens possuam sentido estético mais avançado para a sua fase específica, como, por exemplo, o caso de uma menina com 5 anos e 6 meses que insere uma paleta de cores harmônica dentro dos seus traços simples e bem delimitados, assim como um menino de 8 anos e um mês que representa de forma simplificada os seus dois temas com a figura do ‘homem-palito’. Para os dois casos, este avanço para a idade pode estar associado ao desenvolvimento cognitivo, ao acompanhamento escolar, familiar, à autoestima ou o estado emocional.

Os aspetos mais recorrentes para a representação do tema **“o meu retrato”** foram a representação da figura humana (10), cabeça e/ou tronco (4) e figuras complementares como flor (3), nuvem (2) e árvore (2); para o tema **“a minha família”** foram a representação da figura humana em 15 desenhos, casa (4), sol (3) e nuvem (3); dentro dos **“medos”** diversificados, tais como o de cobra (2), do mar (1), fantasma (1), susto (1), escuro (1) e aranha (1), as representações mais recorrentes foram as da figura humana (4), sol (2) e nuvem (2). Ainda sobre este tema, “o medo”, destacamos que nenhum dos 40 desenhos selecionados ou dos 60 desenhos que tiveram que ser excluídos, representou medo da doença. Para o **“tema livre”** não houve nenhum tema repetitivo recorrente.

Tal como foi evidenciado no questionário AACTO, sobre a representação das emoções, os desenhos que as crianças realizaram nesta amostra expressam reações positivas nos seus traços e colorido, com toda paleta de cores e com uma tendência maior para as cores quentes. Confirmou-se também que, mesmo no local de tratamento e acolhimento, dispersaram-se da doença e do âmbito, representando a família e o seu quotidiano fora do hospital, valorizando os aspetos positivos de suas vidas em particular, ainda que com outras mensagens pessoais embutidas interpretadas de acordo com a simbologia das figuras.

A leitura dos desenhos sinaliza as palavras que as crianças não podem ou não conseguem dizer, uma vez que as aferências não verbais se transformam em processo cognitivo, tão importantes na comparação de diferentes momentos que mostram tanto as mudanças externas, como também internas das crianças (Francisquetti, 1999/2000 cit. por Valladares, 2003).

Auferido os parâmetros, a prática e os efeitos da intervenção das atividades artísticas dentro do programa de apoio pedagógico no âmbito de tratamento em oncologia pediátrica de duas instituições, uma hospitalar e outra de apoio social, os resultados deste estudo estabelecem a ideia de que as atividades artísticas realizadas neste contexto são de fundamental importância para a melhoria do bem-estar pessoal, social e educativo de crianças com cancro enquanto em fase de tratamento. Esta conclusão não se refere apenas a esta pesquisa específica, mas coaduna com alguns resultados de estudos semelhantes, anteriores ou não, em outras instituições, e é essencial para futuras abordagens instrutivas adequadas no mesmo contexto.

Por conseguinte, na inter-relação dos dados, os nossos resultados parecem sustentar a hipótese da existência de aspetos positivos advindos das ações de apoio pedagógico na área das expressões artísticas para que a criança/adolescente possa atingir esta competência académica nos anos de escolaridade enquanto está em tratamento oncológico, gerando outras perspectivas tão relevantes quanto para que, através das mesmas, estas crianças possam melhorar a sua qualidade de vida no geral.

Sendo assim, tais perspectivas projetaram a conclusão de que as atividades artísticas no âmbito de tratamento oncológico pediátrico promovem: (i) a integração social das crianças quando estão com o próprio grupo e com outros indivíduos, o que as mantém ativas e próximas à normalidade da vida quotidiana; (ii) a melhora da autoestima quando se sentem valorizadas ao verem os resultados dos seus próprios trabalhos; (iii) a melhora do bem-estar e do comportamento traduzidos em boa disposição e extroversão na realização das atividades; (iv) o auxílio na aprendizagem de outras disciplinas, na superação emocional e física durante esta prática mesmo nas situações mais complexas, como a recaída da doença, pós-quimioterapia e tristeza; (v) na evasão à própria doença e do local em que a criança está inserida para tratamento; e (vi) na expressão e comunicação das emoções principalmente através dos desenhos, mas também em outras modalidades de expressão, como a pintura e a música.

Em face ao conjunto dos resultados obtidos, torna-se imprescindível o usufruto da atividade artística, quer como acompanhamento pedagógico, quer como atividade de ocupação de tempos livres, em contexto de oncologia pediátrica, pois aquelas proporcionam uma base mediadora, facilitadora e incitadora para o desenvolvimento do quadro educacional, emocional e físico destas crianças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu a construção de instrumentos de sondagem e avaliação com base em modelos já existentes na literatura, o que permitiu a organização de uma lista de categorias para análise. Nas amostras de menor dimensão (observação não participante, entrevistas a elementos chave, questionário de sondagem e desenhos das crianças) priorizaram-se a identificação de características particulares, de caráter qualitativo. A vantagem da amostra mais numerosa para o estudo quantitativo (o questionário AAACTO) foi a de oferecer uma maior segurança à significação dos resultados, evidenciando conceitos positivos e destacando os aspetos menos favoráveis, coadunados com as amostras menores e confirmando a maioria dos resultados destas. Ao proceder-se à triangulação dos dados obtidos por estes instrumentos, verifica-se que eles se sustentaram e enfatizaram os elementos de observações. Assim este estudo de cariz misto, aplicando métodos qualitativos e quantitativos, revelou ser de importância crucial nesta investigação sobre o efeito das atividades artísticas no bem-estar das crianças em tratamento oncológico.

As diferenças de base das duas instituições (uma hospitalar e outra de apoio social) e culturais de cada país, não impediram a similaridade da maioria dos resultados obtidos, pois o que se tornou mais relevante foi a evidência dos efeitos positivos das atividades artísticas nas crianças em tratamento oncológico.

O tempo alargado da investigação facilitou a adaptação e entrosamento da pesquisadora com o espaço e com os grupos de sujeitos, integração necessária, tendo em vista a delicadeza da maioria das situações, principalmente em relação ao grupo dos pais e das crianças: a sutileza do aguardar a resposta dos questionários, o tempo disponível dos profissionais na agitação e envolvimento com o seu trabalho complexo, a expectativa dos pais com relação à recuperação dos seus filhos (por não se saber os resultados dos tratamentos de imediato, o que gera uma série de pressupostos e

dúvidas), a fragilidade das crianças, as conversas pausadas com todos que, a dada altura, seguiu para além do assunto em pauta por uma necessidade inquestionável de transbordar em palavras de desabafos e também de sentimentos positivos. Desta forma e com este quadro, houve dias em que se conseguiu cinco questionários e em duas semanas, nenhum. O mesmo se passou com os desenhos. Todo o desenrolar está intimamente ligado aos serviços, à demanda, às condições físicas e emocionais dos sujeitos.

Outro aspeto importante a ser considerado foi a escassez de bibliografia específica no assunto, sendo necessária também a busca por referências de áreas paralelas e afins, principalmente educação hospitalar e arteterapia, o que proporcionou sustentabilidade aos conceitos e conclusões encontradas. Muitas abordagens sobre o tema tratam as atividades artísticas no âmbito de tratamento pediátrico apenas como ‘brincar’, ‘recreação’ e/ou como ‘atividade lúdica’, não a colocando como matéria específica na área da educação.

Mesmo na consideração de tais dificuldades espera-se ter contribuído para a solidificação das propostas de intervenção dos exercícios já existentes e enfatizamos que este trabalho pode ser aprofundado de forma qualitativa e quantitativa em estudos posteriores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L., Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades - Edições EACH/USP.

Almeida, M. C. B. M. (2013). *Motivação e comportamentos de saúde, relação com a qualidade de vida, em adultos da comunidade*. Dissertação de Doutorado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Almeida, P. M. (2012). *Aprender com a Expressão Dramática!* Relatório de Estágio apresentado à Universidade dos Açores, Universidade dos Açores, Departamento de Ciências da Educação, Mestrado em Educação Pré-Escolar e Ensino do 1º Ciclo do Ensino Básico, Ponta Delgada, Açores, Portugal.

Amancio, C. F. C. (2006). *Desenho infantil enquanto objeto de investigação psicopedagógico*. Monografia apresentada para obtenção do grau de Pós-Graduado *Latu Sensu* em Pedagogia, Universidade Cândido Mendes, Instituto A Vez do Mestre, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Antunes, E. S. (2009). *Criatividade: experiências com a pintura*. Trabalho de conclusão de curso para obtenção do grau de licenciatura, Curso de Artes Visuais, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

Araújo, D. S. M. S. & Araújo, C. G. S. (2000). Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Vol. 6, Nº 5.

Araújo, M. (2011). *A doença oncológica na criança* (1ª ed). Lisboa: Coisas de Ler Edições.

Barbosa, A. M. (1989). Arte-Educação no Brasil – Realidade Hoje e Expectativas Futuras. *Estudos Avançados*, Universidade de São Paulo, v.3, n.7, p. 170 – 182.

Barbosa, J.G., Costa, M. D., Franchin, D. S. & Silva, F. S. M. (2004). O brincar e a zona de desenvolvimento proximal na educação infantil. *Anais do XIX encontro de psicologia*, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, p. 2-7.

Bédard, N. (1998). *Como interpretar os desenhos das crianças*. Québec: Editora Isis.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Borges, D. S. & Krawulski, A. (2013). Arte na educação fundamental: qual a sua importância? *Colloquium Humanarum*, Faculdade Norte Paranaense, Presidente Prudente, v. 10, n. 1, p.26-34.

Bortoluzzi, M. C., Lutz, E. & Presta, A. A. (2011). Qualidade de Vida, prevalência e perfil do paciente com neoplasia maligna: Um estudo de caso-controle de base populacional. Qualidade de vida em Oncologia, *Acta Médica Portuguesa*. 24(S2): 241-246.

Brandão, L., Ferraz, M. B., & Zerbini, C. A. F. (1997). Avaliação da qualidade de vida na artrite reumatóide: revisão atualizada. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 37, n. 5, p. 276-277.

Camargo, B., Santos, M. O., Rebelo, M. S., Reis, R. S., Ferman, S., Noronha, C. P. & Pombo-de-Oliveira, M. S. et al. (2010). Cancer incidence among children and adolescents in Brazil: first report of 14 population-based cancer registries. *Int J Cancer*. 126(3):715-20.

Campos, M. O. & Neto, J. F. R. (2008). Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.32, n.2, p.232-240.

Carvalho, A. M. A & Pedrosa, M. I. (2002). Cultura no grupo de brinquedo. *Estudos de Psicologia*, 7(1), 181-188.

Carvalho, G. S. de, & Gonçalves, E. (2011). A abordagem da saúde na educação física em Portugal: programas e manuais escolares, e perspectiva dos professores. *Revista Educação Skepsis*, n. 2 – *Formación Profesional*. Vol. III. La formación profesional desde casos y contextos determinados. São Paulo: skepsis.org. pp. 1901-1935.

Castanho, M. E. L. M. (2005). Função Educacional da Arte. *ETD - Educação Temática Digital*, Campinas, n.6, v.2, p.85-98.

Cazé, M. O., Bueno, D. & Santos, M. E. F. (2010). Estudo referencial de um protocolo quimioterápico para leucemia linfócita aguda infantil. *Revista HCPA*, 30(1): 5-12.

Ceolin, R., Rosa, L. & Argenta, C. (2010). Desenvolvendo atividades lúdicas com crianças hospitalizadas em uma unidade pediátrica. *Revista de Enfermagem Frederico Westphalen*, v. 6-7, n. 6-7, p. 283 – 290.

Costa, J C. & Lima, R. A. G. (2002). Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. *Revista Latino-am Enfermagem*, 10(3):321-33.

Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.

Curvo, H. R. M., Pignati, W. A. & Pignati, M. G. (2013). Morbimortalidade por câncer infantojuvenil associada ao uso agrícola de agrotóxicos no Estado de Mato Grosso, Brasil. In *Little J. Epidemiology of childhood cancer. Lyon: International Agency for Research on Cancer: World Health Organization; 1999. p. 1-9. IARC Scientific Publications, 149.*

Della Corte, J. A. (2012). Pedagogia hospitalar: para além da humanização na internação pediátrica. *Revista do Instituto de Ciências Humanas*, v.7, n.8, p. 11.

Di Leo, J. H. (1987). *A Interpretação do desenho Infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A, Castro, S. et al. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40: 201-219.

Eisner, E. E. (2008). O que pode a educação aprender das artes sobre a prática da educação? Stanford University, Estados Unidos. *Currículo sem Fronteiras*, v.8, n.2, pp.5-17.

Faria, M. B. (2013). A escuta pedagógica e a criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. *Interdisciplinar: Revista Eletrônica da Univar*. V. 3, n9,

p.41–46. Consultado em Setembro, 19, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n29/n29a10.pdf>.

Ferreira, J. L. (2011). Competências do professor na pedagogia hospitalar. Atas do III Encontro Brasileiro de Psicopedagogia. *Atas do I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação – SIRSSE*. X Congresso Nacional de Educação- Educere. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. p. 162- 173.

Flick, U. (2009). *Qualidade na Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre, Artmed.

Foggiatto, J. A. A. (2006). *Ensino- aprendizagem de matemática em classe hospitalar: uma análise da relação didática a partir da noção de contrato didático*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Físicas e Matemáticas, Florianópolis, Brasil.

Fontes, R. S. (2005). A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Educação. *Revista Brasileira de Educação*, n. 29, 119-38.

Fontes, R. S. (2008). Da classe à pedagogia hospitalar: educação para além da escolarização. *Linhas*, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 72 – 92.

Ford, R. (1999). Apreciação do artesanato e educação infantil. *Pró-posições*, v.10, n.3 (30), p. 84-93.

Gândara, I. 1998. *Desenho Infantil – Um estudo sobre níveis do símbolo*. Lisboa: Texto Editora.

Gilson, B. S., Gilson, J. S., Bergner, M., Bobbitt, R. A., Kressel, S., Pollard, W. E. & Vesselago, M. et al. (1975). The Sickness Impact Profile Development of an Outcome Measure of Health Care. *AJPH*, v. 65, n. 12, p. 2.

Gomes, R. P., A., Moura, M., Silva, L., Silva, S. & Gonçalves, M. et al. (2004). *Comportamento Parental na situação de risco de cancro infantil*. *Análise Psicológica* (2004), 3 (XXII:), 519-531.

Guyatt, G. H., Naylor, D., Juniper, E., Heyland, D. K., Jaeschke, R. & Cook, D. J. et al. (1997). User is guides to the medical literature. XII. How to use articles about healthrelated quality of life. *Jama* 277:1232-6.

Guyatt, G. H., Thompsom, P. J., Berman, L. B., Sullivan, M. J., Townsend, M. & Jones, N. L. et al. (1995). How should we measure function in patients with chronic heart and lung disease? *J. Chron. Dis.* 38:517-24.

Hébert, M. L., Goyette, G. & Boutin, G. (2010). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Hill, M. M. & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Instituto Nacional de Câncer - Brasil (2008). *Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer. Consultado em Julho, 20, 2014, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_crianca_adolescente_brasil.pdf

Instituto Nacional de Câncer (2014). *Quimioterapia - Orientações ao paciente*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, n. 84, p. 2. Consultado em Julho, 20, 2014, em <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/manuais/quimioterapia.pdf>

Joly, M. (2007). *Introdução à Análise da Imagem*. Lisboa: Edições 70.

Kauark, F. S., Manhães F. C. & Medeiros, C. H. (2010). *Metodologia da Pesquisa: um guia prático*. Itabuna: Editora Via Litterarum.

Ketele, J. M. & Roegiers, X. (1993). *Metodologia de recolha de dados*. Lisboa: Instituto Piaget.

Kluthcovsky, A. C. G. C., & Takayanagui, A. M. M. (2007). Qualidade de Vida – Aspectos Conceituais. *Revista Salus*, 1(1), 13–15.

Linheira, C. Z. (2006). *O ensino de ciências na classe hospitalar: um estudo de caso no hospital infantil Joana de Gusmão, Florianópolis/SC*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Lopes, L. M. S. (2011), *Suporte Social e Qualidade de Vida - A Satisfação do Suporte Social e a Qualidade de Vida nos Doentes de Internamento da Unidade Hospitalar de Bragança* (pp.10). Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Lüdke, M. & M. E. D. A. André. (2007). *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda.

Machado, L. S. (2003). *A realidade virtual no modelamento e simulação de procedimentos invasivos em oncologia pediátrica: um estudo de caso no transplante de medula óssea*. Tese de Doutorado, Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Machado, S. M. & Sawada, N. O. (2008). Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos. *Texto Contexto Enferm*, 17(4): 750-7.

Magalhães, M. V. S. (2012). *Arte/Educação em hospital: uma reflexão sobre as estratégias de ensino das artes visuais na classe hospitalar*. Habilitação em licenciatura, Universidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Makluf, A. S. D., Dias, R. C. & Barra, A. A. B. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1): 49-58.

Marques, E. H. (2009). Trabalho Pedagógico no Contexto Hospitalar. *Atas do III Encontro Brasileiro de Psicopedagogia*. IX Congresso Nacional de Educação - Educere. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. p. 151-162.

Medina, M. A. P. G. (2006). *A Escola do 1º CEB em Contexto Hospitalar – Que Representações Sociais da Administração e Gestão Educativa? – Estudo de Caso no Hospital Pediátrico de Coimbra*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Departamento de Educação e Ensino a Distância, Lisboa, Portugal.

Moreira, J. M. (2009). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina S.A.

Moura, I. F. (2013). *O lúdico no hospital: um estudo teórico sobre atividades com crianças*. Dissertação de Mestrado, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Educação Profissional em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Nascimento, V. S. J. (2012). Ensino de arte: contribuições para uma aprendizagem significativa. II Encontro Funarte (Fundação Nacional das Artes) –

política para as artes, interações estéticas em redes. Palácio Gustavo Capanema, Rio de Janeiro. Consultado em Julho, 30, 2014, em <http://www.funarte.gov.br/encontro/wp-content/uploads/2013/04/artigo-para-submiss%C3%A3o-pela-funarteVanderl%C3%A9ia - Santos. Pdf>

Nowiski, E. M., Morais, J., Zaias, E. & Paula, E. M. A. T. et al. (2009). A discussão da pedagogia hospitalar no curso de pedagogia. Atas do *III Encontro Brasileiro de Psicopedagogia*. IX Congresso Nacional de Educação - Educere. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. p. 2039- 2050.

Nunes, A. L. R., Horst, A. & Spall, M. (2008). Artes visuais e inclusão: o simbolismo na expressão de crianças e adolescentes com necessidades educacionais especiais. *Revista Educação, Artes e Inclusão*, Florianópolis, v.1, n.1, p. 1-20.

Oliveira, R. A. T. (2005). *Qualidade de vida do doente oncológico: comparação entre a avaliação realizada pelo doente e pelo cuidador*. Dissertação de Licenciatura, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

Ortiz, L. C. M. & Freitas, S. N. (2014). O Currículo da Classe Hospitalar Pioneira no Rio Grande do Sul. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria/RS, Brasil. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 595-616.

Ortiz, M. C. A. & Lima, R. A. G. (2007). Experiências de familiares de crianças e adolescentes, após o término do tratamento contra câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Revista Latino-am Enfermagem*, 15(3).

Paula, E. M. A. T., Foltran, E. P., Nowiski, E. M., Porto, P. S. & Xavier, R. M. V. et al. (2007). Brinquedoteca hospitalar: o direito de brincar, seu funcionamento e acervo. Universidade Estadual de Ponta Grossa, P. 1399-1411. Consultado em Agosto, 10, 2014, em <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/CI-195-12.pdf>

Paula, F. C. & Gama, R. R. (2009). Avaliação de qualidade de vida em laringectomizados totais. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, v. 38, nº 3, p. 177 – 182.

Pereira, A. (2008). *SPSS – Guia prático de utilização – Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pietroforte, A. V. (2004). *Semiótica visual: os percursos do olhar*. São Paulo: Editora Contexto.

Pimenta, R. J. V. (2013). *Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica: necessidades, preocupações e dificuldades dos pais e crianças / adolescentes na ótica dos profissionais*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Pontes, G. M. D. (2001). *A presença da arte na educação infantil: olhares e intenções*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Ciências Sociais Aplicadas, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Reis, C. M. S. (2012). *A importância da Educação Artística no 1º Ciclo do Ensino Básico: conceção, implementação e avaliação do Projeto Tum-Tum*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

Reis, C. S. L. (2012). *O Reflexo das Aprendizagens na Área da Expressão Musical do Pré-Escolar no 1º Ciclo do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado em Ensino de Educação Pré-escolar, Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.

Remedi, P. P.; Mello, D. F.; Menossi, M. J. & Lima, R. A. G. et al. (2009). Cuidados paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (1), 107-12.

Rezende, J. M. (2005). Cirurgia e Patologia. In *Acta Cirúrgica Brasileira - Vol 20 (5) - 346*. Consultado em Agosto, 22, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20n5/25789.pdf>

Ribeiro, J. L. P. (2009). Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In Cruz, J.P., de Jesus, S.N. & Nunes, C. (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso.

Ribeiro, J. P. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In Dias, M. R. & Durá, E. (Eds), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.

Rocha, D. & Carvalho, G.S. (2011) O exercício de atividades artísticas em instituições de tratamento oncológico: estudo comparativo entre Brasil e Portugal. In: B.

Pereira & G. Carvalho (Coord.). *Atas do VII Seminário Internacional de Educação Física, Lazer e Saúde: A atividade física promotora de saúde e desenvolvimento pessoal e social*. CIEC, Instituto de Educação, Universidade do Minho, pp.690-702.

Rocha, D. M. & Carvalho, G. S. (2013). Educação pela arte: percepções no contexto do grupo de apoio à crianças com câncer em Salvador-Bahia. In *Atas do IX Seminário Internacional de Educação física, lazer e saúde*, pp 206 a 220. Braga: Universidade do Minho.

Rocha, D. M. (2008). *A Possível Influência das Atividades Artísticas na Qualidade de Vida de Crianças com Cancro*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Rogers, S. N. & Lowe, D. (2010). The University of Washington Quality of Life. In Preedy, V. R. & Watson, R. R. (Eds), *Handbook of Disease Burdens Quality of Life Measures* (pp. 101-128). New York: Springer.

Santo, P. E. (2010). *Introdução à Metodologia das Ciências Sociais – Gênese, Fundamentos e Problemas*. Lisboa: Edições Sílabo.

Santos, B.P. B. R., Valladares, A. C., Lima, C. R. O., Carvalho, I. B. & Bernardo, P. P. et al. (2008). A arteterapia contribuindo no cuidar da criança hospitalizada. COFEN, Belém, Pará, *Enfermagem na saúde da criança e adolescente Anais do 11º Congresso Brasileiro de Conselho de Enfermagem - CBCENF*, p.1.

Santos, C. Q. & Figueiredo, M. C. B. (2013). Experiências dos familiares no processo de adaptação à doença oncológica na criança. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, n. 9, pp.55-65.

Santos, M. C. K. (2011). A atuação do pedagogo na escolarização hospitalar e domiciliar. *Atas do I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação – SIRSSE*. X Congresso Nacional de Educação- Educere. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. p. 16461- 16470.

Santos, M. E. B. (2013). Calvet de Magalhães e o Movimento da Educação pela Arte. Consultado em 15, Julho, 2014, em <http://inquietacoespedagogicasii.blogspot. pt/2013/12/publicado-no-jl-de-dezembro-calvet-de.html>

Santos, T. A. P. (2010). *Neuroblastoma: anjo e demônio da Oncologia Pediátrica*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Sawada, N. O., Nocolussi, A. C., Okino, L., Cardozo, F. M. C. & Zago, M. M. F. et al. (2009). Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 43(3): 581-7.

SBRT (2014). *O que você precisa saber sobre radioterapia*. Consultado em Julho, 22, 2014, em <http://www.sbradioterapia.com.br/pacientes.php>

Scannavino, C. S. S., Sorato, D. B., Lima, M. P., Franco, A. H. J., Martins, M. P., Júnior, J. C. M., Bueno, P. R. T., Rezende, F. F., Valério, N. I. et al. (2013). Psico-oncologia: atuação do psicólogo no hospital de câncer de Barretos. *Psicologia USP*, 24(1), 35-53.

Silva, E. A., Oliveira, F. R., Scarabelli, L., Costa, M. L. O. & Oliveira, S. B. et al. (2010). Fazendo arte para aprender: A importância das artes visuais no ato educativo. *Pedagogia em ação*, v.2, n.2, p. 1-117.

Silva, F. M. (2012). *A expressão plástica como atividade de enriquecimento curricular nas escolas do 1º ciclo do ensino básico da região autónoma da Madeira – (Impactos de 11 anos de existência)*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

Silva, M. & Ribeiro, J. L. P. (2008). Pediatric Oncology Quality of Life Scale - POQOLS: adaptação de um instrumento para a população portuguesa. *Psicologia, saúde e doenças*, 9 (1), 131-141.

Silva, M. T. (1999). Ensino de arte nos Estados Unidos e no Brasil. *Revistas USP – Revista do Departamento de Comunicação e Artes do ECA*, Universidade de São Paulo, n.14. p. 1-4.

Simas, D. L. (2011). *Riscos e rabiscos: a contribuição do desenho infantil para a alfabetização*. Trabalho de conclusão de curso para obtenção do grau de licenciatura em Pedagogia, Departamento de Educação, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

Sousa, A. B. (2005). *Educação pela arte e artes na educação – bases psicopedagógicas* – 1º volume. Lisboa: Instituto Piaget.

Souza, J. A. & Fortes, R. C. (2012). Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos: Um Estudo Baseado em Evidências. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, (2): 183-192.

Sprangers, M. A., te Velde, A., & Aaronson, N. K. (1999). The construction and testing of the EORTC colorectal cancer-specific quality of life questionnaire module (QLQ-CR38). European Organization for Research and Treatment of Cancer Study Group on Quality of Life. *European Journal of Cancer* (Oxford, England : 1990), 35(2), 238–47.

Teixeira-Salmela, L. F., Magalhães, L.C., Souza, A. C., Lima, M. C., Lima, R.C.M. & Goulart, F. et al. (2004). Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4):905-914.

Tinée, C. A. & Ataíde, S. P. (2012). *A atuação do pedagogo em classes hospitalares*. TCC, Centro de Educação, Universidade Federal de Pernambuco. Consultado em Julho, 22, 2014, em https://www.ufpe.br/ce/images/Graduacao_pedagogia/pdf/2013/tcc%20carolina%20tinee.pdf

Urrutigary, M. C. (2011). *Arteterapia – A transformação pessoal pelas imagens*. Rio de Janeiro: Wak Editora.

Valladares, A. C. & Carvalho, A. M. P. (2005). A arteterapia no contexto da hospitalização pediátrica: o desenvolvimento da construção com sucata hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(1): 64-71.

Valladares, A. C. & Carvalho, A. M. P. (2006). O desenho no hospital na visão da arteterapia em internações pediátricas. *Enfermería Global*, n. 9, p. 1-13.

Valladares, A. C. A. (2003). *Arteterapia com crianças hospitalizadas*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Vaz, A. F., Vieira, C. L. N. & Gonçalves, M. C. (2005). Educação do corpo e seus limites: possibilidades para a Educação Física na classe hospitalar. *Movimento*, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p.71-87.

Vaz-Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R. et al. (2006). Estudo psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 27:2, 31-40.

Vicente, A. C. (2013). A importância da brincadeira infantil para o desenvolvimento intelectual da criança. Políticas educacionais no Brasil: Perspectivas, desafios e possibilidades. *Anais da XII Jornada de Pedagogia da FAFIPA*, Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR, p. 85.

Vieira, L. F. (2007). *O processo de significação do desenho infantil*. Trabalho de conclusão de curso para obtenção do grau de licenciatura em pedagogia, Universidade Federal de São Carlos, Centro de Educação e Ciências Humanas, São Carlos, São Paulo, Brasil.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science e Medicine*, 41 (10), 1403-1409.

Wroblevski, D. E. F. (2009). As tendências pedagógicas no ensino de artes. *Atas do III Encontro Brasileiro de Psicopedagogia. IX Congresso Nacional de Educação - Educere*. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. p. 11013- 11026.

Yin, R. (2005). *Estudo de caso. Planejamento e métodos*. São Paulo: Bookman.

Zandonai, A.P., Cardozo, F. M. C., Nieto, I. N. G. & Sawada, N. O. et al. (2010). Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(3): 554-61. Consultado em Novembro, 28, 2013, from http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a20.htm

Zanella, V. L. O. (2012). *Modelagem e escultura: uma proposta de ensino aprendizagem em arte*. Conclusão de Estágio apresentado para a obtenção de título de Licenciado em Artes Visuais. Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe, Caçador, Santa Catarina, Brasil.

ANEXOS

ANEXO A

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NO INSTITUTO
PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO**



Campus de Gualtar
Braga – P

Universidade do Minho
Instituto de Estudos da Criança
Departamento de Ciências Integradas e Língua Materna

Exm. Sr.

Conselho de Administração do IPO
Instituto Português de Oncologia
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 PORTO

data
2009.01.21

assunto

Solicitação de autorização
para a realização de um
estudo no Serviço de
Pediatria.

mensagem

A mestre, **DENISE MARTINS ROCHA**, aluna de doutoramento em Estudos da Criança, especialização em Saúde Infantil, ministrado no Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, está no início do seu trabalho de doutoramento sobre *“As actividades artísticas como intervenção para a melhoria da qualidade de vida de crianças com cancro”*. Uma vez que a investigadora já desenvolveu o seu trabalho de mestrado nesta área e no próprio IPO, conhecendo já, portanto, o ambiente e recursos humanos desse sector, gostaria de utilizar como amostra para o seu estudo, crianças desse Serviço de Pediatria, internadas ou em ambulatório.

Este estudo visa analisar as influências geradas pela prática de actividades artísticas na melhoria da qualidade de vida de crianças com cancro em fase de tratamento, envolvendo um trabalho prático de expressão plástica, observação e conversas com as crianças e seus familiares, actividades devidamente planificadas pela investigadora em conjunto com os responsáveis pelas crianças. O plano de tese foi já apresentado pessoalmente à Directora do Serviço de Pediatria, Dr^a _____, que informou nada ter a opor.

Como sua orientadora, e consequentemente co-responsável pelo trabalho, informo V. Ex^a que o mesmo se desenvolverá dentro dos princípios da ética apropriada a este tipo de investigações, será salvaguardada a confidencialidade de todos os dados e o anonimato de todos os intervenientes, bem como será dado a conhecer aos responsáveis do Serviço todas as análises feitas e conclusões retiradas.

Pelo exposto, solicito a V. Ex^a que, no âmbito das suas competências, conceda a autorização para a efectivação do mesmo.

Agradecendo a atenção, aproveito o ensejo para apresentar os meus melhores cumprimentos.

A orientadora

ANEXO B

**– PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NO GRUPO DE
APOIO À CRIANÇA COM CÂNCER – GACC BAHIA**



Campus de Gualtar
4710-057 Braga – Portugal

Universidade do Minho
Instituto de Educação
Centro de Investigação em Formação de Profissionais de
Educação da Criança (CIFPEC)

Ao Exmo. Sr.

Presidente do Grupo de Apoio à Criança com Câncer
Av. Oceano Pacífico, 210
Recanto das Ilhas, Pau da Lima, 41250-010
Salvador - Bahia - Brasil

Braga (Portugal), 04 de Outubro de 2010

Na sequência de contactos informais, vimos pelo presente solicitar a V.Ex^a., que seja encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo de Apoio à Criança com Câncer o Projeto intitulado: *“As actividades artísticas como intervenção para a melhoria de qualidade de vida de crianças com cancro”* afim de ser apreciado para autorização de sua implementação.

Havendo concordância do referido Comitê, pretendemos realizar a pesquisa no GACC, sem custos para esta instituição, e em paralelo com o que efectuámos no Instituto Português de Oncologia do Porto. Contaremos com a co-participação de **Denise Martins Rocha** que se encontra a realizar o seu trabalho para efeitos de obtenção do grau de Doutor no âmbito do curso de Doutoramento em “Estudos da Criança – Especialização em Saúde Infantil”, do Centro de investigação CIFPEC do Instituto de Educação da Universidade do Minho. Os resultados obtidos, susceptíveis de publicação em revistas da especialidade, contarão com a autorização do GACC e co-autoria de elementos da mesma Instituição.

Com os melhores cumprimentos

A Directora do CIFPEC

ANEXO 1

INQUÉRITO 1 - PAIS OU PRINCIPAIS CUIDADORES

INQUÉRITO 1 – PAIS OU PRINCIPAIS CUIDADORES

Instrumento de recolha de dados para o constructo dos itens do AAAC TO – escala de avaliação

A Prática das Actividades Artísticas como Intervenção na Melhoria da Qualidade de Vida de Crianças com Cancro

Data ____ / ____ / ____

Este inquérito destina-se a uma investigação no âmbito da pediatria do IPO – Instituto Português de Oncologia (Porto) – para Tese de Doutoramento em Saúde Infantil pelo Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, e pretende recolher alguns dados sobre o comportamento das crianças face as actividades artísticas realizadas por estas no âmbito hospitalar durante o tratamento.

A sua colaboração é fundamental para o alcance dos objectivos desta investigação.

Leia atentamente o inquérito e responda sublinhando nas respostas que correspondem à sua perspectiva e acrescente alguma observação que considera relevante nas linhas concebidas para este efeito se achar pertinente.

Grata, Denise Martins Rocha

Licenciada pela Escola de Belas Artes – Universidade Federal da Bahia - Brasil Mestre em Comunicação Visual e Expressão Plástica – Estudos da Criança – Universidade do Minho
Doutoranda em Saúde Infantil – Universidade do Minho

1. Pai Mãe Outro _____

2. Género: Masculino Feminino

Idade _____

3. Naturalidade

Norte Centro Sul Estrangeira

4. Idade e neoplasia do filho (a) _____

5. Acha importante as actividades artísticas realizadas no âmbito da pediatria do IPO?

Sim, sempre Sim, muitas vezes Sim, poucas vezes Não

6. Observa algum sinal de melhoria no bem-estar e ou comportamental do seu filho (a) ao realizarem actividades artísticas?

- Sim, sempre Sim, muitas vezes Sim, poucas vezes Não

7. Se sim, que tipo de melhoria?

- Boa disposição Extroversão (no sentido de alegria) Valorização Pessoal

Integração Social (com grupo de crianças e ou demais sujeitos envolvidos no âmbito)

Outro (s) _____

Porque?

Outras observações _____

8. Incentiva filho (a) a prática das actividades artísticas como actividade de ocupação?

- Sim, sempre Sim, muitas vezes Sim, poucas vezes Não

Porque?

9. Acha que as crianças valorizam e gostam de participar desses tipos de actividades?

- Sim, sempre Sim, muitas vezes Sim, poucas vezes Não

10. Há quanto tempo o seu filho (a) encontra-se em tratamento? _____

11. Que tipo (s) de actividade (s) plástica (s) seu filho(a) mais gosta de praticar?

- Colagem Pintura Desenho
- Modelagem Construção de objectos Artesanato

12. Há algum momento no período de tratamento do seu filho (a) no âmbito do IPO que ele (a) se recolha mais?

- Sim, sempre Sim, muitas vezes Sim, poucas vezes Não

Se sim, qual? _____

13. Mesmo no maior momento de dificuldade física, devido ao tratamento, o seu filho (a) procura realizar alguma actividade artística junto ao apoio pedagógico ou voluntariado?

- Sim, sempre Sim, muitas vezes Sim, poucas vezes Não

14. O seu filho (a) tem iniciativa em praticar alguma actividade artística quando está em casa?

- Sim, sempre Sim, muitas vezes Sim, poucas vezes Não

15. O seu filho (a) tem algum tipo de alergia a algum material utilizado nas actividades artísticas realizadas?

- Sim Não

16. Ao longo do dia de tratamento no hospital, quantas vezes o seu filho (a) pratica as actividades artísticas?

- Uma vez Mais que uma vez _____ Nenhuma

ANEXO 2

INQUÉRITO 2 – EQUIPA MÉDICA E NÃO MÉDICA

INQUÉRITO 2 – EQUIPA MÉDICA E NÃO MÉDICA

Instrumento de recolha de dados para o constructo dos itens do AACTO – escala de avaliação

A Prática das Actividades Artísticas como Intervenção na Melhoria da Qualidade de Vida de Crianças com Cancro

Data / /

Este inquérito destina-se a uma investigação no âmbito da pediatria do IPO – Instituto Português de Oncologia (Porto) – para Tese de Doutoramento em Saúde Infantil pelo Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, e pretende recolher alguns dados sobre o comportamento das crianças face as actividades artísticas realizadas por estas no âmbito hospitalar durante o tratamento.

A sua colaboração é fundamental para o alcance dos objectivos desta investigação.

Leia atentamente o inquérito e responda sublinhando nas respostas que correspondem à sua perspectiva e acrescente alguma observação que considera relevante nas linhas concebidas para este efeito se achar pertinente.

Grata, Denise Martins Rocha

Licenciada pela Escola de Belas Artes – Universidade Federal da Bahia - Brasil

Mestre em Comunicação Visual e Expressão Plástica – Estudos da Criança – Universidade do Minho

Doutoranda em Saúde Infantil – Universidade do Minho

1. Médico (a) Enfermeiro(a) Psicólogo (a)

Voluntário (a) Educadora Professora

4. Género: Masculino Feminino

Idade _____

5. Naturalidade

Norte Centro Sul Estrangeira

4. Acha importante as actividades artísticas realizadas no âmbito da pediatria do IPO?

Sim, sempre Sim, muitas vezes Sim, poucas vezes Não

5. Observa algum sinal de melhoria no bem-estar e ou comportamental da criança ao realizarem actividades artísticas?

Sim, sempre Sim, muitas vezes Sim, poucas vezes Não

6. Se sim, que tipo de melhoria?

Boa disposição Extroversão (no sentido de alegria) Valorização Pessoal

Integração Social (com grupo de crianças e ou demais sujeitos envolvidos no âmbito)

Outro (s) _____

Porque?

Outras observações _____

7. Incentiva à (s) criança (s) a prática das actividades artísticas como actividade de ocupação?

Sim, sempre Sim, muitas vezes Sim, poucas vezes Não

Porque?

8. Acha que as crianças valorizam e gostam de participar desses tipos de actividades?

Sim, sempre Sim, muitas vezes Sim, poucas vezes Não

ANEXO 3

INQUÉRITO 3 – CRIANÇAS

INQUÉRITO 3 – CRIANÇAS

Instrumento de recolha de dados para o constructo dos itens do AAATO – escala de avaliação

MENINOS, MENINAS, RAPAZES E RAPARIGAS

A Prática das Actividades Artísticas como Intervenção na Melhoria da Qualidade de Vida de Crianças com Cancro

Data ___ / ___ / ___

Este inquérito destina-se a uma investigação no âmbito da pediatria do IPO – Instituto Português de Oncologia (Porto) – para Tese de Doutoramento em Saúde Infantil pelo Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, e pretende recolher alguns dados sobre o comportamento das crianças face as actividades artísticas realizadas por estas no âmbito hospitalar durante o tratamento.

A sua colaboração é fundamental para o alcance dos objectivos desta investigação.

Leia atentamente o inquérito e responda sublinhando nas respostas que correspondem à sua perspectiva e acrescente alguma observação que considera relevante nas linhas concebidas para este efeito se achar pertinente.

Grata, Denise Martins Rocha

Licenciada pela Escola de Belas Artes – Universidade Federal da Bahia - Brasil Mestre em Comunicação Visual e Expressão Plástica – Estudos da Criança – Universidade do Minho
Doutoranda em Saúde Infantil – Universidade do Minho

6. Género: Masculino Feminino

Idade _____

7. Naturalidade

Norte Centro Sul Estrangeira

3. Acha importante as actividades artísticas realizadas no âmbito da pediatria do IPO?

Sim, sempre Sim, muitas vezes Sim, poucas vezes Não

4. Gosta de praticar as actividades artísticas no âmbito do IPO?

Sim, sempre Sim, muitas vezes Sim, poucas vezes Não

5. Que momentos, no âmbito do hospital, mais gosta de praticar as actividades artísticas?

Manhã Tarde

6. Onde prefere praticar estas actividades artísticas?

Sala de actividades Quarto

Porque? _____

7. Sente algum tipo de melhoria no seu bem-estar ao praticar estas actividades?

Sim, sempre Sim, muitas vezes Sim, poucas vezes Não

Se sim, qual? _____

6. Que actividade artística de mais gosta de praticar em casa?

7. Qual a cor ou as cores que mais gosta de utilizar nos seus desenhos e pinturas?

Azul Vermelho Amarelo Verde Laranja Roxo
 Rosa Castanho Preto Branco Cinza

Outra(s) _____

10. Que estação do ano mais gosta de representar em desenho ou pintura?

Primavera Verão Outono Inverno

11. Quais destas figuras mais gosta de desenhar ou representar neste momento?

Casa com:

Porta _____

Chaminé _____

Janelas _____

Boneco _____

Sol _____

Lua _____

Estrelas _____

Nuvens _____

Chuva _____

Arco-íris _____

Árvore _____

Flores _____

Montanha _____

Animais _____

Carro _____

Barco _____

Paisagem _____

Outra (s) _____

12. Que actividades artísticas gosta de praticar enquanto está no hospital?

Desenho

Pintura

Colagem

Modelagem

Construir objectos

Artesanato

Teatro

Música

Outro _____

13. Descreva como se sente ao realizar uma destas actividades.

14. O espaço abaixo está reservado a si para fazer e colorir um desenho a sua escolha. Escreva também uma mensagem ou frase relacionada à sua produção.

ANEXO 4

**AAACTO – ATIVIDADES ARTÍSTICAS APLICADAS À CRIANÇAS EM
TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

GRUPO A – CRIANÇAS

INFLUÊNCIA DAS ACTIVIDADES ARTÍSTICAS NA QUALIDADE DE VIDA
- Breve questionário às crianças -

Neste breve questionário irás encontrar algumas situações sobre o que achas das actividades artísticas.

Selecciona uma só resposta para cada frase.

Na escala: CT = Concordo totalmente; C = Concordo; D = Discordo; DT = Discordo totalmente.

No hospital, eu:

		Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1	Gosto de participar em actividades artísticas	CT	C	D	DT
2	Acho importante a prática das actividades artísticas	CT	C	D	DT
3	Participo frequentemente em actividades artísticas quando estou no hospital	CT	C	D	DT
4	Peço frequentemente para participar em actividades artísticas como actividade de ocupação	CT	C	D	DT
5	Peço frequentemente para participar em actividades artísticas mesmo quando estou em isolamento	CT	C	D	DT
6	Passo a maior parte do tempo que estou no hospital a praticar actividades artísticas	CT	C	D	DT
7	Gosto de realizar as actividades artísticas, mesmo quando estou a receber tratamento através de cateter e ligado a aparelhos	CT	C	D	DT
8	Fico bem-disposto quando participo em actividades artísticas mesmo quando faço quimioterapia	CT	C	D	DT
9	Recuso-me frequentemente a praticar actividades artísticas enquanto estou no hospital em tratamento	CT	C	D	DT
10	Não gosto de praticar actividade artística no hospital	CT	C	D	DT
11	Não tenho vontade de praticar a actividade artística no hospital quando os tratamentos são mais dolorosos	CT	C	D	DT
12	Não tenho vontade de praticar a actividade artística no hospital quando estou em baixo	CT	C	D	DT
13	Não tenho vontade de praticar a actividade artística no hospital logo após o internamento	CT	C	D	DT
14	Sinto dificuldade na prática da actividade artística	CT	C	D	DT
15	Gosto de participar em actividades artísticas sozinho	CT	C	D	DT
16	Prefiro participar em actividades artísticas com os amigos	CT	C	D	DT
17	Prefiro praticar actividades artísticas na sala de apoio pedagógico	CT	C	D	DT
18	Passo a maior parte do tempo isolado devido ao tratamento	CT	C	D	DT
19	Passo a maior parte do tempo isolado porque não gosto de estar em grupo	CT	C	D	DT
20	Sinto frequentemente bem-estar ao realizar actividade artística durante o tratamento	CT	C	D	DT

21	Fico contente quando realizo actividades artísticas	CT	C	D	DT
22	Gosto de realizar actividades artísticas	CT	C	D	DT
23	Sinto-me bem com os colegas quando realizo actividades artísticas em grupo	CT	C	D	DT
24	Sinto-me importante quando estou a realizar actividade artística	CT	C	D	DT
25	Sinto-me feliz quando realizo actividade artística	CT	C	D	DT
26	Tenho tido uma melhor qualidade de vida devido à prática da actividade artística durante o tratamento hospitalar	CT	C	D	DT
27	Aprendo melhor as outras disciplinas por fazer actividades artísticas	CT	C	D	DT
28	Sinto mais vontade de aprender devido à actividade artística	CT	C	D	DT
29	Gosto de desenhar	CT	C	D	DT
30	Gosto de pintar	CT	C	D	DT
31	Gosto de actividades com modelagem	CT	C	D	DT
32	Gosto de actividades com colagem	CT	C	D	DT
33	Gosto de construir objectos	CT	C	D	DT
34	Gosto de participar em oficinas de teatro	CT	C	D	DT
35	Gosto de fazer artesanato	CT	C	D	DT
36	Gosto de participar em actividades com música	CT	C	D	DT
37	Toco instrumento musical	CT	C	D	DT
38	Prefiro cores quentes (vermelho, amarelo ou laranja)	CT	C	D	DT
39	Prefiro cores frias (azul, verde ou roxo)	CT	C	D	DT
40	Utilizo o preto como cor predominante nos meus desenhos e pinturas	CT	C	D	DT
41	Gosto de fazer coisas novas nas actividades artísticas	CT	C	D	DT
42	Represento a minha família em desenhos e pinturas	CT	C	D	DT
43	Represento a minha vida fora do hospital nos desenhos e pinturas	CT	C	D	DT
44	Represento a minha vida dentro do hospital nos desenhos e pinturas	CT	C	D	DT
45	Os meus desenhos e pinturas são alegres	CT	C	D	DT
46	Os meus desenhos e pinturas são tristes	CT	C	D	DT

Menino		Menina		Doença:		Idade	
--------	--	--------	--	---------	--	-------	--

Obrigada pela tua colaboração.

ANEXO 5

**AAACTO – ATIVIDADES ARTÍSTICAS APLICADAS À CRIANÇAS EM
TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

GRUPO B – PAIS (OU CUIDADORES PRINCIPAIS)

INFLUÊNCIA DAS ACTIVIDADES ARTÍSTICAS NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM CANCRO
- Breve questionário aos pais -

Neste breve questionário irá encontrar algumas situações que se referem às atitudes e comportamentos do seu filho(a) como resposta à prática de actividades artísticas.

Por favor, seleccione uma só resposta para cada frase.

Na escala: CT = Concordo totalmente; C = Concordo; D = Discordo; DT = Discordo totalmente.

No hospital, o meu filho(a):

		Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1	Tem demonstrado interesse em participar em actividades artísticas	CT	C	D	DT
2	Valoriza a prática das actividades artísticas	CT	C	D	DT
3	Tem participado frequentemente em actividades artísticas quando está no hospital	CT	C	D	DT
4	Pede frequentemente para participar em actividades artísticas como actividade de ocupação	CT	C	D	DT
5	Pede para participar frequentemente em actividades artísticas mesmo quando está em isolamento	CT	C	D	DT
6	Passa a maior parte do tempo que está no hospital a praticar actividades artísticas	CT	C	D	DT
7	Demonstra gostar de realizar as actividades artísticas, mesmo quando está a receber tratamento através de cateter e ligado a aparelhos	CT	C	D	DT
8	Demonstra disposição em participar em actividades artísticas mesmo quando faz quimioterapia	CT	C	D	DT
9	Recusa-se frequentemente a praticar actividades artísticas enquanto está no hospital em tratamento	CT	C	D	DT
10	Sente-se insatisfeito com a prática de actividade artística no hospital	CT	C	D	DT
11	Não tem vontade de praticar a actividade artística no hospital quando os tratamentos são mais dolorosos	CT	C	D	DT
12	Não tem vontade de praticar a actividade artística no hospital quando está em baixo	CT	C	D	DT
13	Não tem vontade de praticar a actividade artística no hospital logo após o internamento	CT	C	D	DT
14	Sente dificuldade na prática da actividade artística	CT	C	D	DT
15	Gosta de participar em actividades artísticas individualmente	CT	C	D	DT
16	Tem preferência em participar em actividades artísticas de grupo	CT	C	D	DT
17	Tem preferência em praticar actividades artísticas na sala de apoio pedagógico	CT	C	D	DT
18	Passa a maior parte do tempo isolado devido ao tratamento	CT	C	D	DT
19	Passa a maior parte do tempo isolado porque não gosta de estar em grupo	CT	C	D	DT
20	Apresenta frequentemente sinais de bem-estar ao realizar actividade artística durante o tratamento	CT	C	D	DT
21	Torna-se extrovertido quando realiza actividades artísticas	CT	C	D	DT

22	Mostra gosto em realizar actividades artísticas	CT	C	D	DT
23	Sente-se integrado quando realiza actividades artísticas em grupo	CT	C	D	DT
24	Sente-se valorizado quando está a realizar actividade artística	CT	C	D	DT
25	Sente-se feliz quando realiza actividade artística	CT	C	D	DT
26	Tem tido uma melhor qualidade de vida devido à prática da actividade artística durante o tratamento hospitalar	CT	C	D	DT
27	Tem demonstrado maior facilidade na aprendizagem de outras disciplinas por fazer actividades artísticas	CT	C	D	DT
28	Tem o seu desenvolvimento cognitivo estimulado devido à actividade artística	CT	C	D	DT
29	Gosta de desenhar	CT	C	D	DT
30	Gosta de pintar	CT	C	D	DT
31	Gosta de actividades com modelagem	CT	C	D	DT
32	Gosta de actividades com colagem	CT	C	D	DT
33	Gosta de construir objectos	CT	C	D	DT
34	Gosta de participar em oficinas de teatro	CT	C	D	DT
35	Gosta de fazer artesanato	CT	C	D	DT
36	Gosta de participar em actividades com música	CT	C	D	DT
37	Toca instrumento musical	CT	C	D	DT
38	Tem preferência por cores quentes (vermelho, amarelo ou laranja)	CT	C	D	DT
39	Tem preferência por cores frias (azul, verde ou roxo)	CT	C	D	DT
40	Utiliza o preto como cor predominante em seus desenhos e pinturas	CT	C	D	DT
41	Demonstra criatividade nas suas actividades artísticas	CT	C	D	DT
42	Representa a família nos seus desenhos e pinturas	CT	C	D	DT
43	Representa o seu quotidiano fora do hospital nos seus desenhos e pinturas	CT	C	D	DT
44	Representa o seu quotidiano dentro do hospital nos seus desenhos e pinturas	CT	C	D	DT
45	Expressa alegria nos seus desenhos e pinturas	CT	C	D	DT
46	Expressa tristeza nos seus desenhos e pinturas	CT	C	D	DT

Pai		Mãe		Outro:	Profissão:	Idade	
Neoplasia do filho(a)						Idade do filho(a)	

Obrigada pela sua colaboração.

ANEXO 6

**AAACTO – ATIVIDADES ARTÍSTICAS APLICADAS À CRIANÇAS EM
TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

GRUPO C – EQUIPA DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA

INFLUÊNCIA DAS ACTIVIDADES ARTÍSTICAS NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM CANCRO
- Breve questionário à equipa médica e não-médica -

Neste breve questionário irá encontrar algumas situações que se referem às atitudes e comportamentos das crianças como resposta à prática de actividades artísticas.

Por favor, seleccione uma só resposta para cada frase.

Na escala: CT = Concordo totalmente; C = Concordo; D = Discordo; DT = Discordo totalmente.

No hospital, as crianças:

		Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1	Demonstram interesse em participar em actividades artísticas	CT	C	D	DT
2	Valorizam a prática das actividades artísticas	CT	C	D	DT
3	Têm participado frequentemente em actividades artísticas quando estão no hospital	CT	C	D	DT
4	Pedem frequentemente para participar em actividades artísticas como actividade de ocupação	CT	C	D	DT
5	Pedem para participar frequentemente em actividades artísticas mesmo quando estão em isolamento	CT	C	D	DT
6	Passam a maior parte do tempo que estão no hospital a praticar actividades artísticas	CT	C	D	DT
7	Demonstram gostar de realizar as actividades artísticas, mesmo quando estão a receber tratamento através de cateter e ligado a aparelhos	CT	C	D	DT
8	Demonstram disposição em participar em actividades artísticas mesmo quando fazem quimioterapia	CT	C	D	DT
9	Recusam-se frequentemente a praticar actividades artísticas enquanto estão no hospital em tratamento	CT	C	D	DT
10	Sentem-se insatisfeitas com a prática de actividade artística no hospital	CT	C	D	DT
11	Não têm vontade de praticar a actividade artística no hospital quando os tratamentos são mais dolorosos	CT	C	D	DT
12	Não têm vontade de praticar a actividade artística no hospital quando estão em baixo	CT	C	D	DT
13	Não têm vontade de praticar a actividade artística no hospital logo após o internamento	CT	C	D	DT
14	Sentem dificuldade na prática da actividade artística	CT	C	D	DT
15	Gostam de participar em actividades artísticas individualmente	CT	C	D	DT
16	Têm preferência em participar em actividades artísticas de grupo	CT	C	D	DT
17	Têm preferência em praticar actividades artísticas na sala de apoio pedagógico	CT	C	D	DT
18	Passam a maior parte do tempo isolados devido ao tratamento	CT	C	D	DT
19	Passam a maior parte do tempo isolados porque não gostam de estar em grupo	CT	C	D	DT
20	Apresentam frequentemente sinais de bem-estar ao realizarem actividade artística durante o tratamento	CT	C	D	DT
21	Tornam-se extrovertidos quando realizam actividades artísticas	CT	C	D	DT

22	Mostram gosto em realizar actividades artísticas	CT	C	D	DT
23	Sentem-se integrados quando realizam actividades artísticas em grupo	CT	C	D	DT
24	Sentem-se valorizados quando estão a realizar actividade artística	CT	C	D	DT
25	Sentem-se felizes quando realizam actividade artística	CT	C	D	DT
26	Têm tido uma melhor qualidade de vida devido à prática da actividade artística durante o tratamento hospitalar	CT	C	D	DT
27	Têm demonstrado maior facilidade na aprendizagem de outras disciplinas por fazerem actividades artísticas	CT	C	D	DT
28	Têm o seu desenvolvimento cognitivo estimulado devido à actividade artística	CT	C	D	DT
29	Gostam de desenhar	CT	C	D	DT
30	Gostam de pintar	CT	C	D	DT
31	Gostam de actividades com modelagem	CT	C	D	DT
32	Gostam de actividades com colagem	CT	C	D	DT
33	Gostam de construir objectos	CT	C	D	DT
34	Gostam de participar em oficinas de teatro	CT	C	D	DT
35	Gostam de fazer artesanato	CT	C	D	DT
36	Gostam de participar em actividades com música	CT	C	D	DT
37	Tocam instrumento musical	CT	C	D	DT
38	Têm preferência por cores quentes (vermelho, amarelo ou laranja)	CT	C	D	DT
39	Têm preferência por cores frias (azul, verde ou roxo)	CT	C	D	DT
40	Utilizam o preto como cor predominante em seus desenhos e pinturas	CT	C	D	DT
41	Demonstram criatividade nas suas actividades artísticas	CT	C	D	DT
42	Representam a família nos seus desenhos e pinturas	CT	C	D	DT
43	Representam o seu quotidiano fora do hospital nos seus desenhos e pinturas	CT	C	D	DT
44	Representam o seu quotidiano dentro do hospital nos seus desenhos e pinturas	CT	C	D	DT
45	Expressam alegria nos seus desenhos e pinturas	CT	C	D	DT
46	Expressam tristeza nos seus desenhos e pinturas	CT	C	D	DT

Médico(a)		Enfermeiro(a)		Voluntário(a)		Assistente Operacional	
Professor (a)		Educador (a)		Outro:			Idade

Obrigada pela sua colaboração.

ANEXO 7

FICHA DE AVALIAÇÃO DO DESENHO

FICHA DE AVALIAÇÃO DO DESENHO

Nome						
Género	Masculino		Feminino			
Idade						
Neoplasia						
Data início tratamento						
Tratamento actual						
Cidade Nascimento						
Data nascimento						
Cidade morada						
Nacionalidade						
Profissão pai						
Profissão mãe						
Número de irmãos						
Idade de irmãos						
Número de irmãs						
Idade de irmãs						
Outro a viver na família	Sim		Não		Quem	

Ano Escolar	sim		Não	
Se andou no jardim de infância				
Áreas fortes				
Áreas fracas				

Desenho livre					
Desenho figura especial					
Desenho figura humana					
Desenho família					
Desenho família					
Desenho Casa					
Desenho povoado					
Desenho árvore					
Desenho par					
Pintura livre					
Pintura tema					
Data do trabalho					
Descrição do trabalho					
Figuras Geométricas	Sim	Não		Sim	Não
Garatuja			Cruz		
Vertical			Quadrado		
Horizontal			Triângulo/Estrela		
Círculo			Losango		

