



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Maria José Araújo da Silva **Perceções dos profissionais e dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos Palhaços de Hospital no contexto pediátrico**

Maria José Araújo da Silva

**Perceções dos profissionais e dos
conviventes significativos relativamente à
intervenção dos Palhaços de Hospital no
contexto pediátrico**



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Maria José Araújo da Silva

**Perceções dos profissionais e dos
conviventes significativos relativamente à
intervenção dos Palhaços de Hospital no
contexto pediátrico**

Tese de Doutoramento
Doutoramento em Ciências da Educação
Especialidade em Psicologia da Educação

Trabalho efetuado sob a orientação da
**Professora Doutora Susana Margarida Gonçalves
Caires Fernandes**
e da
Professora Doutora Maria da Conceição Pinto Antunes

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

AGRADECIMENTOS

Durante este longo período de trabalho de investigação e elaboração desta tese, com muitas tempestades a atirarem o barco contra ondas gigantes que o procuravam afundar e impedir de chegar a porto seguro, nunca houve solidão. Houve sempre quem segurasse os remos e o mastro para manter a rota e que acompanharam o processo de construção do Eu e do Nós. A minha muito querida orientadora que me desafiou para o projeto, a Professora Doutora Maria da Conceição Pinto Antunes, um exemplo de dedicação e amizade que tem perdurado no tempo, uma pessoa que me faz refletir e crescer. A minha orientadora Professora Doutora Susana Caires, muito para além da orientação, está a disponibilidade e a oportunidade de construção que fomos fazendo e consolidando numa relação de amizade. A Susana Ribeiro e a ONV que confiaram no projeto e desafiaram o improvável..., mas ele aconteceu: “Rir é o Melhor Remédio?” Sim, é. Ana Sofia, Cármen, Hiolanda, companheiras dos remos. Ana Sofia, a nossa “pequenita”, o que o tamanho engana. A doce Cármen que tantos momentos bons proporcionou. Hiolanda, a nossa “Hio”, uma força da Natureza. Não houve tempestade que nos derrubasse e sem vocês o barco nunca atracaria. A Anabela Monteiro e a Cátia Ramalho, pelos contributos que tornaram o trabalho possível. Os meus amigos: Ana Saraiva, uma companheira inigualável, e o seu David; Ana Rodrigues e Leonor... irmãs de coração e Cris; Sara e Nuno, meninos de ouro; Sandra e Bráulio, muito mais do que amigos e o seu João, outro menino de ouro; Manuela Fonseca, minha “loira” tão estimada e o seu Davide, um transformador de momentos, e a sua Laura. A Manuela Rios, Elisa Matos, Anabela Lopes e Dr. Luís Vouga que sempre me impeliram a avançar. A Dr^a Fátima Neves que me apoiou. A minha família que é o meu suporte. O meu marido que deixou precocemente o barco em pleno mar, mas que foi um enorme companheiro de vida e sem o qual nunca o caminho teria sido feito. Os meus filhos, Catarina e João, exemplos difíceis de encontrar nestes tempos que vivemos. Os meus pais, a quem tudo devo. A minha irmã, Paula, um portento de vida. A minha princesa, Bárbara. A minha cunhada Helena, o José e a Margarida. Os meus tios e primos, porque para nós a família continua a ter significado. Alguns pilares e exemplos: Tia Alice Pereira da Silva, Tia Alice Sousa, Tia Benilde e tia Augusta; Tio Manuel Piedade Silva. Os meus companheiros de trabalho, mas especialmente a minha equipa, que vive comigo diariamente as tristezas e as alegrias, as dificuldades e as bonanças, juntos vamos a todo o lado. Aos meus amigos da Associação Amigos dos Japoneses Antigos, por me fazerem sentir bem e partilharem comigo excelentes momentos, estimulando-me a prosseguir os meus projetos. A todos os que participaram neste estudo, profissionais da pediatria e conviventes significativos, sem cuja contribuição não seria possível este trabalho. Aos Conselhos de Administração e às Comissões de Ética, assim como aos diretores de serviço e enfermeiros chefes que acolheram o projeto. MUITO OBRIGADA.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

RESUMO

Percepções dos profissionais e dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos Palhaços de Hospital no contexto pediátrico

A hospitalização pediátrica constitui uma experiência que envolve um conjunto de mediadores ambientais (estruturais, decorativos, funcionais), cujo impacto influencia a forma como a situação é vivenciada pela criança/adolescente, conviventes significativos e profissionais da pediatria. A mudança de paradigma na saúde – do modelo biomédico para o holístico –, tem promovido a criação de condições que facilitam a adaptação e a vivência do processo de hospitalização pediátrica. À luz deste paradigma positivo, de humanização e de promoção da saúde, as instituições hospitalares passaram a valorizar as estratégias não farmacológicas e outras intervenções diferenciadas que contribuem não só para o desenvolvimento integral da criança/adolescente, mas também para melhorar as condições dos conviventes significativos e dos profissionais da pediatria, minimizando e contrariando o impacto disruptivo da hospitalização pediátrica. No contexto desta abordagem integral e multidimensional dos cuidados de saúde, enquadra-se a necessidade destas instituições proporcionarem oportunidades educativas e lúdicas que contribuam para o desenvolvimento humano saudável e constituam um recurso facilitador da adaptação e da vivência de hospitalização, como sejam a arte, o humor, o riso, o jogo e a brincadeira, ferramentas nucleares do Palhaço de Hospital (PH). Apesar da intervenção relativamente recente dos PH, os resultados dos estudos desenvolvidos apontam, na sua generalidade, para a efetividade da sua intervenção, nomeadamente pela promoção do bem-estar. Partindo desta premissa, e considerando a escassez de estudos nesta área, o presente trabalho de investigação, através de um estudo exploratório-descritivo de natureza quantitativa, propôs-se adaptar e validar, para a realidade portuguesa, instrumentos de avaliação das percepções dos profissionais da pediatria e dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos Doutores Palhaços (DP) da Operação Nariz Vermelho (ONV) no contexto da pediatria, conhecer essas percepções e explorar as suas variáveis influenciadoras, assim como compreender os contributos dos DP para a educação/promoção da saúde. Os dados foram recolhidos em dez hospitais com os quais a ONV estabeleceu parceria, através de inquéritos por questionário. Os resultados revelam que os DP são figuras bem aceites por todos os atores do contexto hospitalar, que os seus efeitos mais significativos instituem-se em torno da facilitação da vivência e da adaptação da criança/adolescente e dos conviventes significativos à hospitalização, promovendo o desenvolvimento de estratégias de *coping*, fazendo emergir emoções positivas e de promoção do bem-estar, com maior expressividade a nível psicológico, representando uma mais-valia para a humanização e promoção da saúde, não havendo evidência relevante de impacto negativo da sua intervenção.

Palavras-chave: Hospitalização pediátrica; Humanização; Palhaços de Hospital; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Perceptions of the professionals and child companions regarding the intervention of the Hospital Clowns in the pediatric context

Pediatric hospitalization is an experience that involves a set of environmental mediators (structural, decorative, functional), whose impact influences the way the situation is experienced by the child/adolescent, respective companions and pediatric professionals. The paradigm shift in health - from the biomedical to the holistic model - has promoted the creation of conditions that facilitate the adaptation and experience of the pediatric hospitalization process. As a result of this positive paradigm, of humanization and health promotion, hospital institutions began to value non-pharmacological strategies and other differentiated interventions that contribute not only to the integral development of the child/adolescent, but also to improve the conditions of the child companions and pediatric professionals, minimizing and counteracting the disruptive impact of pediatric hospitalization. In the context of this comprehensive and multidimensional approach to health care, it is required that these institutions provide educational and recreational opportunities that contribute to healthy human development and constitute a resource that facilitates the adaptation and the experience of hospitalization, such as art, humor, laugh, games and fun, nuclear tools of the Hospital Clowns (HC). Despite the relatively recent intervention of the HC, the results of the studies point, in general terms, to the effectiveness of their intervention, namely by promoting well-being. Based on this premise, and considering the scarcity of studies about this topic, this research work, through an exploratory-descriptive study of a quantitative nature, proposed to adapt and validate, for the Portuguese reality, instruments for assessing the perceptions of pediatric professionals and child companions relation to the intervention of Clown Doctors (CD) from Operação Nariz Vermelho (ONV) in the pediatric context, to know these perceptions and to explore their influencing variables, as well as understanding the contributions of the CD to education / health promotion. Data was collected in ten hospitals, with which ONV established a partnership, through questionnaire surveys. The results reveal that CD are well accepted figures by all parties in the hospital context, that their most significant effects are established around the facilitation of the experience and adaptation of the child/adolescent and respective companions to hospitalization, promoting the development of coping strategies, generating positive emotions and promoting well-being, with greater expressiveness at a psychological level. Additionally, CD are an asset for humanization and health promotion, with no relevant evidence of a negative impact of their intervention.

KEYWORDS: Health Promotion; Hospital Clowns; Humanization; Pediatric hospitalization.

ÍNDICE

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Lista de Figuras.....	xi
Lista de Quadros.....	xii
Lista de Tabelas.....	xiii
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	xvii
Introdução.....	1
Parte 1. Componente Teórica.....	6
Capítulo I.....	7
Hospitalização Pediátrica: Processo em Desenvolvimento.....	7
1. Na Rota do Bem-Estar e da Educação e Promoção da Saúde.....	10
1.1 A Educação e Promoção da Saúde.....	10
1.2 Bem-Estar e Psicologia Positiva.....	15
2. Contexto Hospitalar: Transformando o Espaço em Lugar.....	18
2.1 Os Mediadores Simbólicos no Hospital.....	21
Capítulo II.....	25
Hospitalização Pediátrica: um Lugar de Vivências.....	25
1. A Vivência da Criança/Adolescente Face à Hospitalização.....	26
1.1 Fatores Pessoais.....	28
1.1.1 Fase de Desenvolvimento.....	28
1.1.2 Situação Clínica.....	31
1.1.3 Experiência Anterior de Hospitalização.....	33
1.1.4 Competências de <i>Coping</i> : Resiliência. Adaptação.....	34
1.2 Fatores Ambientais.....	38
2. A Vivência do Papel Parental na Pediatria.....	40
3. A vivência dos Profissionais de Saúde na Hospitalização Pediátrica.....	45
3.1 Responsabilidade Profissional e Ética.....	48
4. A Hospitalização Pediátrica Numa Perspetiva Humanizadora e Promotora da Saúde.....	53

4.1 Condições Ambientais	57
4.2 Ambiente Terapêutico.....	60
4.2.1 Relação e Comunicação no Ambiente Terapêutico.....	60
4.2.2 A Arte e Ciência dos Cuidados na Pediatria	63
Capítulo III.....	70
Hospitalização Pediátrica: um Lugar Humanizado com Arte, Humor, Jogo e Brincadeira.....	70
1. A Arte na Pediatria	71
2. O Humor e o Riso na Pediatria	76
3. O Jogo e a Brincadeira	85
Capítulo IV.....	92
O Palhaço de Hospital – Agente de Humanização e Transformação do Ambiente de Hospitalização Pediátrica	92
1. Breve História dos Palhaços	93
2. O Emergir do Palhaço de Hospital	97
3. O Palhaço de Hospital: uma Arte Humanizadora e Transformadora do Contexto de Hospitalização Pediátrica	101
3.1 Identidade de Si e do Outro – A Essência do Palhaço de Hospital.....	102
3.1.1. A Formação do Palhaço de Hospital	105
3.2 Intervenção do Palhaço de Hospital – Modo de Atuação.....	106
3.2.1 <i>Modus Operandi</i> – Riscos e Dificuldades	111
3.2.2 <i>Modus Operandi</i> baseado nas Normas de Conduta e na Ética do Palhaço de Hospital	112
3.3 Efeitos da Intervenção do Palhaço de Hospital: Poder Transformador	114
3.3.1 Impacto Positivo da Intervenção dos Palhaços de Hospital.....	115
3.3.2 Potencial Impacto Negativo da Intervenção dos Palhaços de Hospital	120
3.3.3 Palhaços de Hospital: Terapêuticos <i>versus</i> Não Terapêuticos.....	121
4. Operação Nariz Vermelho.....	125
4.1 Transformadores de Momentos: os Doutores Palhaços da ONV	126
Parte 2. Componente Empírica	129
Capítulo V.....	131
Problema de Investigação.....	131

1. Objetivos e Questões de Investigação.....	131
Capítulo VI.....	134
Metodologia.....	134
1. Tipo de Estudo.....	134
2. Variáveis.....	135
3. Participantes.....	136
3.1. Características das Crianças/Adolescentes hospitalizadas.....	137
3.2. Conviventes Significativos.....	138
3.3. Profissionais.....	144
4. Instrumentos.....	146
5. Procedimentos.....	149
6. Análise dos Dados.....	150
Capítulo VII.....	151
Resultados.....	151
1. Características Métricas e Validação dos Instrumentos.....	151
1.1. Procedimentos para a AFE.....	151
1.2. Análise da Consistência Interna.....	152
1.3. Características Métricas dos Questionários.....	153
1.3.1. Questionário de Perceções dos Profissionais da Pediatria relativamente à Intervenção dos Doutores Palhaços (QPPPIDP).....	153
1.3.2. Questionário de Perceções dos Pais/Acompanhantes relativamente à intervenção dos Doutores Palhaços (QPPAIDP).....	165
2. Perceções dos Profissionais da Pediatria e dos Conviventes Significativos Relativamente à Intervenção dos DP – Análise dos Dados.....	175
2.1. Perceções dos Profissionais da Pediatria.....	175
2.2. Perceções dos Conviventes Significativos.....	184
2.3. Avaliação do DP por Palavras-Chave.....	199
Capítulo VIII.....	205
Discussão dos Resultados.....	205
Capítulo IX.....	232
Considerações Finais.....	232

Bibliografia	246
Anexo I – Representação e Enquadramento do Conceito de Bem-Estar Subjetivo	279
Anexo II – Carta da Criança Hospitalizada	281
Anexo III – Avaliação dos cuidados de saúde.....	283
Anexo IV – Teoria das Transições.....	285
Anexo V – Questionário de Perceções dos Profissionais de Pediatria relativamente à intervenção dos Doutores Palhaços (QPPPIDP)	287
Anexo VI – Questionário de Perceções dos Pais/Acompanhantes relativamente à intervenção dos Doutores Palhaços (QPPAIDP)	292
Anexo VII – Consentimentos Informados	298

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação e enquadramento do conceito de Bem-estar Subjetivo.....	280
Figura 2 – Avaliação dos cuidados de saúde, atendendo a três elementos.....	284
Figura 3 – Teoria das transições.....	286

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Resumo das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde	14
Quadro 2. Variáveis do estudo	136
Quadro 3. Distribuição dos itens por fator respeitantes à percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente.....	156
Quadro 4. Distribuição dos itens por fator respeitantes à percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos Doutores Palhaços junto dos conviventes significativos	159
Quadro 5. Distribuição dos itens por fator respeitantes à percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios.....	163
Quadro 6. Resumo das características métricas do QPPPIDP	165
Quadro 7. Distribuição dos itens por fator respeitantes à percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente.....	168
Quadro 8. Distribuição dos itens por fator respeitantes à percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios	172
Quadro 9. Resumo das características métricas do QPPAIDP	174
Quadro 10. Resumo das versões iniciais e finais dos QPPPIDP e QPPAIDP	174
Quadro 11. Resumo das categorias e subcategorias das palavras que caracterizam os DP	199
Quadro 12. Categorização das palavras dos profissionais sobre o trabalho dos DP	201
Quadro 13. Categorização das palavras dos conviventes significativos sobre o trabalho dos DP	202

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das crianças/adolescentes, segundo o grupo etário	137
Tabela 2. Motivo de internamento.....	138
Tabela 3. Medo de palhaços por parte da criança/adolescente	138
Tabela 4. Descrição dos conviventes significativos por Instituição	139
Tabela 5. Caracterização dos conviventes significativos, segundo idade e género.....	139
Tabela 6. Parentesco do convivente significativo.....	140
Tabela 7. Presença de outros conviventes significativos na hospitalização e seu grau de parentesco	140
Tabela 8. Convivente significativo que permanece mais tempo no acompanhamento da criança/ adolescente durante a hospitalização	140
Tabela 9. Nível de escolaridade dos conviventes significativos	141
Tabela 10. Descrição dos conviventes significativos segundo a situação ou área profissional	142
Tabela 11. Número de visitas dos DP no atual internamento	142
Tabela 12. Número de vezes em que o convivente significativo esteve presente.....	143
Tabela 13. Presença do convivente significativo em visitas dos DP de hospitalizações anteriores	143
Tabela 14. Medo ou antipatia do convivente significativo relativamente a palhaços	143
Tabela 15. Distribuição dos profissionais da pediatria, segundo a instituição	144
Tabela 16. Descrição dos profissionais da pediatria, segundo género e área profissional	145
Tabela 17. Unidades onde o profissional desempenha funções	145
Tabela 18. Descrição dos profissionais da pediatria, segundo idade e género	145
Tabela 19. Procedimentos para a AFE	151
Tabela 20. Resumo das etapas e opções para a AFE	152
Tabela 21. Resultados do coeficiente de KMO e Teste de Bartlett	153
Tabela 22. Matriz de padrão e comunalidade.....	155
Tabela 23. Estatística descritiva do fator 1 respeitante à perceção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente.....	156
Tabela 24. Estatística descritiva do fator 2 respeitante à perceção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança /adolescente.....	157
Tabela 25. Estatística descritiva do fator 3 respeitante à perceção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente.....	157
Tabela 26. Resultados do coeficiente de KMO e Teste de Bartlett	157

Tabela 27. Matriz de padrão e comunalidade.....	159
Tabela 28. Estatística descritiva do fator 1 respeitante à percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto dos conviventes significativos	160
Tabela 29. Estatística descritiva do fator 2 respeitante à percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto dos conviventes significativos	160
Tabela 30. Resultados do coeficiente de KMO e Teste de Bartlett	161
Tabela 31. Matriz de componente rotativa e comunalidade	162
Tabela 32. Estatística descritiva do fator 1 respeitante à percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de sobre si próprios	164
Tabela 33. Estatística descritiva do fator 2 respeitante à percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de sobre si próprios	164
Tabela 34. Resultados do coeficiente de KMO e Teste de Bartlett	166
Tabela 35. Matriz de padrão e comunalidade.....	167
Tabela 36. Estatística descritiva do fator 1 respeitante à percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente.....	168
Tabela 37. Estatística descritiva do fator 2 respeitante à percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente.....	169
Tabela 38. Resultados do coeficiente de KMO e Teste de Bartlett	169
Tabela 39. Matriz de componente rotativa e comunalidade	171
Tabela 40. Estatística descritiva do fator 1 respeitante à percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de sobre si próprios	173
Tabela 41. Estatística descritiva do fator 2 respeitante à percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios	173
Tabela 42. Estatística descritiva do fator 3 respeitante à percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios	173
Tabela 43. Estatística descritiva dos fatores da percepção dos profissionais da pediatria relativamente à intervenção dos DP.....	176
Tabela 44. Valores da média, desvio-padrão e teste de Kruskal Wallis relativamente às afirmações de perspetiva negativa sobre a intervenção dos DP, segundo a área profissional	177
Tabela 45. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos profissionais da pediatria, segundo a classe etária	178

Tabela 46. Valores da média, desvio-padrão e teste de Kruskal Wallis relativamente aos fatores extraídos acerca das perceções dos profissionais da pediatria, segundo a área profissional	179
Tabela 47. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das perceções dos profissionais da pediatria, segundo tempo no atual serviço	180
Tabela 48. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das perceções dos profissionais da pediatria, segundo tempo de serviço na saúde	181
Tabela 49. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das perceções dos profissionais da pediatria, segundo tempo convívio com os DP.	182
Tabela 50. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das perceções dos profissionais da pediatria, segundo a frequência de contacto com os DP	183
Tabela 51. Estatística descritiva da satisfação dos profissionais da pediatria com atividades serviço	184
Tabela 52 Estatística descritiva dos fatores da perceção dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos DP.....	185
Tabela 53. Valores da média e desvio-padrão relativamente às afirmações de perspetiva negativa sobre a intervenção dos DP, segundo os conviventes significativos.....	186
Tabela 54. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das perceções dos conviventes significativos, segundo a classe etária.....	187
Tabela 55. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das perceções dos conviventes significativos, segundo as habilitações literárias	188
Tabela 56. Valores da média, desvio-padrão e teste de Kruskal Wallis relativamente aos fatores extraídos acerca das perceções dos conviventes significativos, segundo a situação/área profissional.....	189
Tabela 57. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das perceções dos conviventes significativos, segundo o grupo etário da criança/adolescente.....	193
Tabela 58. Valores da média, desvio-padrão e teste de Mann-Whitney relativamente aos fatores extraídos acerca das perceções dos conviventes significativos, segundo o género da criança/adolescente	194
Tabela 59. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das perceções dos conviventes significativos, segundo o tempo de internamento da criança/adolescente.....	194

Tabela 60. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos conviventes significativos, segundo o número de visitas no atual internamento.....	195
Tabela 61. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos conviventes significativos, segundo o número de visitas no atual internamento nas quais o convivente significativo esteve presente	196
Tabela 62. Valores da média, desvio-padrão e teste de Mann-Whitney relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos conviventes significativos, segundo a existência ou não de internamentos anteriores da criança/adolescente	197
Tabela 63. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos conviventes significativos, segundo o número de visitas em internamentos anteriores nas quais o convivente significativo esteve presente	197
Tabela 64. Estatística descritiva da satisfação dos conviventes significativos com as atividades no serviço	198
Tabela 65. Avaliação do DP por palavras-chave dos profissionais da pediatria.....	203
Tabela 66. Avaliação do DP por palavras-chave dos conviventes significativos.....	204

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AATA – American Art Therapy Association

AATH – Association for Applied and Therapeutic Humor

ACS – Alto Comissariado da Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – American Psychological Association

CNSCA – Comissão Nacional Saúde da Criança e Adolescente

DA – Doutores da Alegria

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP – Doutores Palhaços

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

Máx. – Máximo

Mín. – Mínimo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

ONV – Operação Nariz Vermelho

PH – Palhaços de Hospital

QPPPIDP – Questionário dos Pais/Acompanhantes relativamente à Intervenção dos Doutores Palhaços.

QPPPIDP – Questionário dos Profissionais da Pediatria relativamente à Intervenção dos Doutores Palhaços

UNESCO – Organização das Nações Unidas Para a Educação, Ciência e Cultura

UNICEF – United Nations Children's Fund

INTRODUÇÃO

O hospital, enquanto espaço estruturado e organizado em torno da prestação de cuidados diferenciados, dedicado à prevenção, diagnóstico, tratamento, investigação e ensino-aprendizagem na área da saúde é relativamente recente. Até ao Renascimento as doenças eram entendidas como calamidades e associadas a crenças mágico-religiosas. Na realidade, a origem dos hospitais situa-se no século IV, mas estas instituições só conhecem algum desenvolvimento no século XIII, tendo os cuidados prestados carácter de assistência social. Do surgimento do Renascimento até meados do século XIX, sucederam-se melhorias no comércio, na indústria, na ciência e nas condições sanitárias, assim como a valorização da racionalidade e da natureza, condições que passaram a influenciar as práticas na saúde. Neste contexto, os cuidados foram-se, cada vez mais, revestindo de maior dignidade humana (A.M. Gonçalves & Sena, 1998; Graça, 2000; Stanhope & Lancaster, 1999). A Revolução Industrial provocou, porém, uma verdadeira calamidade em termos de saúde pública, culminando em mudanças políticas, sociais, económicas e técnico-científicas. Desenvolveram-se, então, novos conhecimentos e terapêuticas que levaram, a partir do século XIX, à conceção de saúde perspectivada como ausência de doença, condicionada pela homeostasia biológica, numa abordagem mecanicista (Blerkom, 1995; Masetti, 2014; Pearson & Vaughan, 1992; Rodrigues & Filho, 2013).

Os hospitais pediátricos surgem neste contexto histórico, aproximadamente a meio do século XIX (Darbyshire, 1993), construídos a partir do modelo biomédico, valorizando essencialmente os processos físicos e subestimando as outras dimensões humanas, sujeitando as pessoas ao poder e regras vigentes, num processo disruptivo da sua vida biopsicossocial, cultural e espiritual (Diogo & Baltar, 2014; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011c; 2015). Somente a partir da segunda metade do século XX, com base nos trabalhos de John Bowlby (desenvolvidos nos anos 40 desse século), foram demonstrados os efeitos negativos da hospitalização pediátrica tendo por base as condições altamente restritivas em que esta ocorria, sendo, desta forma, introduzidas mudanças significativas na hospitalização pediátrica (Comissão Nacional Saúde da Criança e Adolescente [CNSCA], 2009; Winnicott, 1982).

A partir dos anos 70 do século XX assiste-se ao resgatar do modelo holístico da saúde, recentrando o seu foco na perspectiva salutogénica e começam a delinear-se os conceitos de educação e promoção de saúde, valorizando a multidimensionalidade e integralidade do ser humano (I.C. Galinha & Ribeiro, 2005; C.C. Oliveira & Costa, 2012). Neste enquadramento, o espaço hospitalar, não obstante a sua capacidade de gerar stressores ambientais simbólicos e significados negativos, associados à doença e ao sofrimento (Belver & Ullán, 2010; Ullán & Belver, 2008), passou também a ser concebido como um lugar associado

a uma vertente saudável, onde podem co-ocorrer vivências positivas promotoras de bem-estar e de humanidade (L. Barros, 1998; Belver & Ullán, 2010; Ullán & Belver, 2008).

No contexto da hospitalização pediátrica, o impacto de diferentes stressores é mais pronunciado, seja por força de fatores pessoais (*e.g.*, fase de desenvolvimento, situação clínica, experiências anteriores de hospitalização ou competências de *coping*), seja por fatores ambientais (*e.g.*, L. Barros, 1998; Belver & Ullán, 2010; Hockenberry & Wilson, 2011). Tendo por base esta premissa foram sendo introduzidas, progressivamente, mudanças significativas neste ambiente, incluindo medidas estruturais, decorativas e funcionais dos espaços hospitalares, por forma a facilitar experiências positivas não só para a criança/adolescente como também para os seus familiares/conviventes significativos (Alto Comissariado da Saúde [ACS], 2010; CNSCA, 2009), cujo papel é determinante na adaptação e vivência da criança/adolescente ao contexto hospitalar e à sua situação clínica, contribuindo para uma oportunidade de transição bem-sucedida (Bsiri-Moghaddam, Basiri-Moghaddam, Sadeghmoghaddam, & Ahmadi, 2011; Meleis, 2010). Estas mudanças têm igualmente implicações para os profissionais da pediatria, sendo determinantes para uma prática profissional mais humanizada que sustenta os fundamentos do modelo de cuidados integral, salutogénico e promotor da saúde (Goulart & Chiari, 2010; Simões, Rodrigues, Tavares, & Rodrigues, 2007). Esta prática remete para a satisfação de necessidades de âmbito alargado da criança/adolescente e dos seus conviventes significativos, de entre as quais se destacam princípios inerentes à qualidade de vida e ao suporte psicológico, emocional, educativo, social e espiritual (González-Gil & Jenaro, 2007; Morais & Wunsch, 2013). Nesta linha de pensamento, as instituições devem proporcionar oportunidades educativas e lúdicas que, para além do impacto no crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente, promovam estratégias de enfrentamento que facilitem a adaptação e a vivência da situação de hospitalização, contribuindo para minimizar os seus efeitos negativos (Mitre & Gomes, 2004; Motta & Enumo, 2004; OE, 2013; Tavares, 2011; Ullán & Belver, 2008). Tais atividades estão consagradas no 7º Princípio da Declaração dos Direitos da Criança (United Nations Children's Fund [UNICEF], s.d.) que, claramente, estabelece a sua importância e o seu propósito – promoção da cultura e capacitação para o exercício da cidadania –, constituindo-se como ferramentas universais e facilitadoras do desenvolvimento saudável. Entre estas atividades encontram-se a arte, o humor, o jogo e a brincadeira que podem, inclusivamente, assumir valor terapêutico (J.L. Abreu, 2013; García, Valle & Bermúdez, 2011; Gómez, Pascual, Pascual, Navascués, & García, 2005; José, 2010; Longras, 2015; J.H. Oliveira, 2010; OE, 2013; Ortiz, 2002; Tan, 2014; Yogman et al., 2018). É neste contexto que a arte *clown* profissional “invade” o espaço hospitalar em 1986, pela mão de Michael Christensen e da *Clown Care Unit*, integrada na companhia de circo *The Big Apple Circus* (Dionigi

& Canestrari, 2016; A.F. Rodrigues & Filho, 2013; Tan, 2014). O Palhaço de Hospital (PH), com as suas ferramentas nucleares, combina diversas expressões e técnicas artísticas, transformando o hospital num lugar de afetos, centrado no lado saudável do ser humano e partilhado por todos os atores do ambiente hospitalar pediátrico (Esteves, 2015; Masetti, 2014; A.S Melo, 2017; Wuo, 2009). Esta arte implica uma exigente formação que permite ao palhaço construir a sua identidade e “transportar” a sua condição humana para o contexto pediátrico, improvisando a partir do que vai encontrando no ambiente e, através de soluções inusitadas, transformar o espaço e a vivência deste palco (Masetti, 2011). O palhaço é, desde o início da sua história, uma figura que funciona fora da lógica estabelecida (Towsen, 1976) e é precisamente pela entrega ao desconhecido (Masetti, 2011) e pelo interesse que suscita, que a arte *clown* tem vindo a conquistar o público hospitalar. Paulatinamente, vão sendo reconhecidos os benefícios da sua intervenção, nomeadamente ao nível da desmistificação do ambiente e da sua ressignificação num sentido mais positivo, promovendo o recurso a estratégias de *coping* que facilitam a adaptação aos eventos negativos e conferem algum poder à criança/adolescente e aos seus conviventes significativos (Dionigi, Sangiorgi & Flangini, 2013; Finlay, Baverstock & Lenton, 2014; Ford, Courtney-Pratt, Tesch & Johnson, 2013; Linge, 2013; Masetti, 2011; Ofir, Tener, Lev-Wiesel, On & Lang-Franco, 2016). O PH é, assim, um agente de humanização e de bem-estar que se inscreve numa perspetiva holística da saúde, abordando o ser humano na sua multidimensionalidade e integralidade, constituindo-se, de alguma forma, como um veículo promotor da saúde.

A presente tese, intitulada “Perceções dos profissionais e dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos Palhaços de Hospital no contexto pediátrico”, surge no quadro de um protocolo de cooperação entre a Operação Nariz Vermelho (ONV) e o Gabinete de Interação com a Sociedade, do Instituto de Educação da Universidade do Minho (GIS-IEUM) do qual resultou o projeto de investigação “Rir é o melhor remédio?”, que este estudo integra. Tem por objetivo contribuir para uma reflexão e conhecimento sobre o papel da intervenção dos Doutores Palhaços (DP) da ONV, enquanto agentes de mudança e de humanização do contexto hospitalar pediátrico, e perceber os seus subsídios para a promoção da saúde e da qualidade deste ambiente. A relevância do tema assenta no crescente interesse suscitado pela intervenção dos PH, um fenómeno pouco explorado, do qual existem escassos estudos empíricos (Dionigi & Canestrari, 2016), particularmente de natureza quantitativa. A realização do estudo implicou a adaptação e validação, para a realidade portuguesa, de dois instrumentos de avaliação das perceções dos profissionais hospitalares e dos conviventes significativos (pais/acompanhantes) relativamente ao trabalho desenvolvido pelos DP da ONV, no contexto da pediatria.

No que concerne à organização da tese, esta está estruturada em duas componentes centrais: (i) a componente teórica e (ii) a componente empírica. A primeira comporta quatro capítulos.

O primeiro centra-se na hospitalização pediátrica, tendo como ponto de partida o enquadramento da educação e promoção da saúde; a importância de uma perspetiva holística e positiva enquanto oportunidade de crescimento, desenvolvimento e continuidade dos projetos de saúde e de vida neste contexto, nos quais os estímulos ambientais, que medeiam as experiências neste espaço, detêm um papel importante na vivência (mais ou menos) positiva da hospitalização.

O segundo capítulo, é dedicado às vivências no ambiente hospitalar pediátrico, explicitando os fatores pessoais, ambientais e organizacionais que afetam a experiência da criança/adolescente, dos conviventes significativos e dos profissionais de saúde, seguindo uma orientação positiva, humanizadora e promotora da saúde que permite transformar o espaço num lugar salutogénico.

O terceiro capítulo foca-se em atividades educativas e lúdicas que compõem o ambiente hospitalar – arte, humor, jogo e brincadeira –, refletindo acerca dos seus contributos para o desenvolvimento, bem-estar físico, psíquico, social e espiritual da criança/adolescente, na senda do processo de humanização.

O quarto e último capítulo da componente teórica destaca o papel dos PH na humanização e transformação do ambiente hospitalar, inserindo o palhaço no contexto histórico e social e a sua integração nas instituições hospitalares; aborda a essência do PH – a sua humanidade –, que alicerça o seu *modus operandi* e descreve as evidências empíricas do seu impacto no espaço hospitalar pediátrico.

O fim do capítulo é dedicado à ONV, a primeira associação de PH em Portugal, especificando a sua missão, objetivos e âmbito de atuação.

A segunda parte da tese, a componente empírica, é constituída por cinco capítulos.

O capítulo cinco versa sobre o problema, os objetivos e as questões de investigação.

O sexto capítulo é dedicado à caracterização do estudo empírico – exploratório-descritivo, de natureza quantitativa –, explicitando as variáveis, os participantes, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos adotados para o trabalho de investigação.

O sétimo capítulo centra-se nos resultados, sendo apresentadas as características métricas dos instrumentos e as perceções dos profissionais da pediatria e dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos DP, nos dez hospitais cujos serviços de pediatria recebiam, à data, e de forma contínua, os palhaços da ONV.

O oitavo capítulo refere-se à discussão dos resultados do estudo empírico, procurando interpretar as evidências mais significativas do estudo à luz da literatura e de outros estudos da área.

Ao longo do nono, e último, capítulo são referidos os principais contributos teóricos e empíricos deste estudo e explicitados os constrangimentos, limitações, sugestões e potencialidades do mesmo, refletindo-se, ainda, sobre o seu impacto no próprio crescimento da investigadora.

Incluem-se ainda, para além desta Introdução, um apartado das Referências Bibliográficas e uma secção dos Anexos.

PARTE 1. COMPONENTE TEÓRICA

CAPÍTULO I

HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA: PROCESSO EM DESENVOLVIMENTO

Introdução

O hospital é um espaço estruturado e organizado para a prestação de cuidados de saúde diferenciados, frequentemente centrado em si, com normalização de tempos ao ritmo das suas próprias regras e da sua própria produção. Porém, de forma gradual, foram sendo estabelecidas linhas estratégicas e orientações para a promoção da qualidade, inovação e melhoria da prestação de cuidados – como as indicadas pelo Institute of Medicine (2001) – e criadas condições mais favoráveis à vivência e desenvolvimento das pessoas no contexto hospitalar (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013a; 2015; Idriss, 2003; Redondeiro, 2003).

A propósito do desenvolvimento do ser humano, este processo ocorre de forma contínua ao longo do ciclo vital, integrando aspetos genéticos, biológicos, cognitivos, afetivo-emocionais, históricos e socioambientais (Cantero, Pérez, & Navarro, 2011; Pessanha, 2008; Ponciano, 2010), para além da atribuição de significado e de sentido às experiências vivenciadas, num processo de progressiva complexificação do ser humano. A pessoa é um ser em permanente (re)criação, estimulada e impulsionada pela teia de relações pessoais, familiares, culturais, sociais, económicas e espirituais, bem como pelas experiências que realiza na e durante a sua vida.

O meio influencia a aprendizagem, o desenvolvimento e a socialização da pessoa ao longo de todo o ciclo de vida, repercutindo-se na sua autoestima, autoconceito, autoimagem, autoeficácia, valores sociais, perceção de saúde, perceção do outro, expectativas e experiências no mundo (Cantero et al., 2011; Iglesias, 2003). A autoestima, a autoeficácia e a autoimagem são essenciais no desenvolvimento e perceção das capacidades do ser humano, influenciando as respostas às situações de vida (Tileston, 2006). As competências cognitivas, a autoconfiança, o humor, a autonomia, a criatividade, as competências comunicacionais, as relações emocionais estáveis, o ambiente educativo, o suporte social e a genética constituem fatores promotores desse desenvolvimento (Laranjeira, 2007; Pedro, 2010; Scorsolini-Comin, Fontaine, Koller & Santos, 2013; Stroebe & Stroebe, 1995). Ou seja, o desenvolvimento do ser humano contempla quatro componentes principais: Processo, Pessoa, Contexto e Tempo¹ que se

¹ No Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, conforme referido por Bronfenbrenner e Morris (2006), “development is defined as the phenomenon of continuity and change in the biopsychological characteristics of human beings, both as individuals and as groups.” (p. 793). O processo, enquanto “construct encompasses particular forms of interaction between organism and environment, called proximal processes, that operate over time and are posited as the primary mechanisms producing human development.” (Bronfenbrenner & Morris, 2006, p. 795). Ou seja, engloba as interações e a complexificação das relações com o outro e com o ambiente de maior proximidade, denominando-se processos proximais e são considerados motores do desenvolvimento.

relacionam de forma dinâmica e interativa ao longo da vida, num fenómeno de continuidade, contextualizado num tempo e espaço, que integra as características particulares da pessoa e do ambiente (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Os autores assumem, desta forma, que a pessoa se desenvolve numa relação dinâmica com o ambiente, relação esta bidirecional, recíproca e inter-relacional entre as estruturas do sistema.

Nesta perspetiva, no contexto da hospitalização pediátrica, é essencial que existam condições promotoras do desenvolvimento da criança/adolescente, assim como para a permanência e vivência dos conviventes significativos². A evolução gradual de que têm sido objeto os serviços de saúde é particularmente relevante na área da pediatria, dado que o desenvolvimento do ser humano ocorre num processo contínuo, físico, relacional, psíquico, emocional (Winnicott, 1982). E a infância e adolescência constituem períodos importantes desse desenvolvimento. São etapas da vida marcadas por uma atividade intensa, de exploração e apreensão do ambiente familiar e social, de vivências pessoais, familiares e sociais, de construção de relações e conhecimento de si e do mundo. Neste sentido, o ambiente dos serviços de saúde, e do hospital em particular, desempenha um papel importante na promoção de condições favoráveis a uma adaptação positiva à hospitalização pediátrica, à continuidade do desenvolvimento da criança/adolescente e respetiva família/convivente significativo.

Na realidade, a rutura do equilíbrio da criança/adolescente e da família/convivente significativo tem repercussões no seu bem-estar, devendo existir condições facilitadoras do processo de adaptação dos diferentes atores à situação de hospitalização e ao contexto pediátrico, como o conforto, a autonomia, a segurança, ambiente familiar e atividades próximas das quotidianas (Ullán & Belder, 2008).

As relações e interações pessoais e sociais, habitualmente desenvolvidas no seio da família, do ambiente escolar, social, económico e cultural, são substancialmente alteradas no contexto da hospitalização pediátrica. Efetivamente, a hospitalização pediátrica tem impacto quer na criança/adolescente, quer nos seus cuidadores, suscitando o emergir de muitas emoções e sentimentos³, implicando o recurso a estratégias de *coping* e adaptação às novas circunstâncias. Assim, a hospitalização constitui uma

Estes processos proximais variam em função das características individuais (*e.g.*, capacidade, experiência, conhecimento, habilidades, estratégias de *coping* e outras) e das características do contexto (eventos ou condições externas ao organismo passíveis de influenciar e ser influenciados pela pessoa em desenvolvimento, a nível micro - o contexto de participação imediata, meso - relações estabelecidas entre os elementos de proximidade, isto é, as relações entre os microsistemas, exo - estruturas sociais que envolvem o micro e mesossistema, e macrosistémico - nível político, económico, social, jurídico) e dos períodos temporais em que os processos ocorrem.

² Neste trabalho convivente significativo é entendido como a pessoa que partilha fortes laços de afinidade e afetividade com outra pessoa, sendo para ela significativa, independentemente das relações legais ou de parentesco.

³ Para A. Damásio (2004), a emoção é dirigida para o exterior, não requerendo necessariamente consciência, não sendo sempre controlável e, na maioria das vezes só é possível evitar parcialmente a sua expressão. O sentimento dessa emoção, segundo o autor, é dirigido para o interior, sendo neste caso a emoção experimentada, manifesta e transformada em imagem. O conhecimento do sentimento da emoção permite promover o seu impacto interno e a resposta adaptativa adequada às necessidades, ou seja, acrescentar o processo de consciência à emoção e ao sentimento. O mesmo autor (2011) refere que a emoção produz alterações nos neurotransmissores cerebrais e alterações mentais, enquanto o sentimento tem efeito neuroquímico e nos processos cognitivos.

experiência potencialmente stressante, o que tem conduzido progressivamente ao desenvolvimento de medidas de humanização do contexto hospitalar (Darbyshire, 1993; Mezzomo, 2012), amenizando essa experiência e proporcionando vivências positivas (Esteves, Antunes, & Caires, 2014). A humanização enquanto processo que tem na sua essência o respeito e valorização da dignidade humana, que conjuga as competências técnicas, tecnológicas, relacionais e éticas (Mota et al., 2012), constitui um processo de construção e transformação ativa e dinâmica, envolvendo todos os atores no contexto (Backes, Lunardi Filho, & Lunardi, 2006).

À luz destas conceções, a interação entre os diferentes atores no processo de cuidar em saúde ocorre num tecido de teias complexas de relações, de intercâmbio, solidariedade e reciprocidade, no intuito de facilitar a transição e adaptação, ou seja, o desenvolvimento do potencial dos indivíduos, grupos e comunidades, no sentido de melhorarem o controlo sobre os determinantes pessoais e ambientais de saúde, assumindo o conceito de saúde como um construto dinâmico, que implica a integração dos processos de significação dos contextos onde as pessoas vivem e interagem.

A educação e a promoção da saúde adquirem, neste âmbito, um papel relevante. Enquanto instrumento ou meio para capacitar e potenciar o indivíduo a tomar decisões acerca dos determinantes pessoais e ambientais que afetam a sua vida e a sua saúde, a educação para a saúde concede instrumentos que ajudam as pessoas a ganharem o controlo sobre as suas próprias vidas, capacitando-as para colaborarem nos processos de mudança, e dotando-as de competências de intervenção e autonomia (M.C. Antunes, 2008).

Esta perspetiva está plasmada no próprio Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2013a), ao considerar a existência de “Períodos Críticos” ao longo do ciclo de vida, que podem constituir “Janelas de Oportunidade” para a promoção da saúde, com reflexos no presente e futuro. É, assim, assumido que o percurso de vida tem períodos críticos que influenciam de forma positiva ou negativa as vivências da pessoa, nos quais a promoção da saúde pode exercer um papel determinante na capacitação para o enfrentamento e adaptação aos eventos de vida e ao exercício da liberdade e autonomia. E, nesse sentido, é assumido o imperativo de adotar uma cultura holística e salutogénica no âmbito dos serviços de saúde: “Cada profissão ou atividade, no seu contexto, tem impacto na saúde e no bem-estar individual e da comunidade. Os profissionais devem cultivar uma perspetiva holística e salutogénica da saúde e valorizar o seu trabalho também pelo impacto na saúde e bem-estar” (DGS, 2013a, p. 65). Na revisão de maio de 2015 o Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015), e em consonância com a estratégia *Health 2020* da OMS, integrou como prioridades, entre outras, o investimento na saúde ao longo do ciclo de

vida, no sentido da capacitação dos cidadãos, sistemas de saúde centrados nas pessoas e o desenvolvimento de comunidades resilientes e ambientes protetores.

Aliás, a centralidade da pessoa no sistema de saúde é um requisito primordial da qualidade, da humanização e da promoção da saúde nos serviços de saúde e na satisfação dos cidadãos.

1. NA ROTA DO BEM-ESTAR E DA EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A partir do século XIX, com o desenvolvimento da medicina moderna e o domínio da racionalidade, emergiu o modelo biomédico no campo da saúde, centrado nos mecanismos biológicos e abordagem mecanicista, sendo a concepção de saúde perspectivada de forma negativa, isto é, como ausência de doença (Batistella, 2007). O modelo biomédico tem como objetivo essencial a homeostasia biológica, sendo centrado na dimensão física da pessoa e na cura, com ênfase nas rotinas e tarefas (Blerkom, 1995; Masetti, 2014; Pearson & Vaughan, 1992; A.F. Rodrigues & Filho, 2013). Esta concepção reducionista foi sendo contestada, uma vez que não atendia à multidimensionalidade do ser humano e, desde os anos 70 do século XX, surgem as grandes mudanças na saúde, recentrando o foco na perspectiva salutogénica em detrimento da doença, com os conceitos de educação e promoção de saúde e estilo de vida a despontarem e ocuparem um espaço importante, e o paradigma holístico a resgatar a integralidade e multidimensionalidade da pessoa (I.C. Galinha & Ribeiro, 2005; C.C. Oliveira & Costa, 2012). Porém, constataram-se dificuldades em abandonar o modelo biomédico, face à sua defesa da objetividade e causalidade biológica (Stroebe & Stroebe, 1995), dada a complexidade dos modelos que consideram a pessoa nas suas múltiplas dimensões e relações no (e com) o mundo.

Mas os construtos e os paradigmas evoluem num tempo e espaço histórico, geográfico, sociocultural e económico e, desta forma, as mudanças são multidimensionais e mutuamente influenciadas. E, neste sentido, o conceito de educação ao longo do século XX acompanhou os desenvolvimentos e influenciou o conceito de saúde.

1.1 A Educação e Promoção da Saúde

A educação, de mera instrução escolar, rumou na direção de uma perspectiva de processo de desenvolvimento integral, permanente, de competências de vida em todos os contextos em que a pessoa se insere, numa visão holista, de multidimensionalidade da pessoa que se constrói, co-constrói e reconstrói, enquanto agente da sua autocriação dinâmica e responsável (M.C. Antunes, 2008). As reuniões internacionais sobre educação, a partir da década de 50 do século XX, podem ser consideradas como o princípio do despontar, nos anos 70, da ideia de educação permanente que virá a dar origem ao

conceito de educação ao longo da vida, enquanto processo de desenvolvimento integral da pessoa (Conselho Nacional de Educação, 2001) e, neste sentido, evoluindo para uma visão de processo de “construção contínua da pessoa humana, dos seus saberes e aptidões, da sua capacidade de discernir e agir” (Delors, 1996, p. 17). A educação permanente, na perspectiva de R. Barros (2013, p. 24) “é um conceito integrador, quer do ponto de vista intrapessoal, quer em termos sistémicos”, colocando a pessoa na história, em construção e transformação de si e do mundo, de forma integrada e sustentada, num processo complexo, comunitário e holístico, constituindo um alicerce do bem-estar e da qualidade de vida⁴. A educação é, desta forma, um processo que se desenrola ao longo da vida, com vista ao desenvolvimento integral do indivíduo, de autocriação e autorrealização de um ser holístico, multidimensional, único e em relação com os contextos em que se insere (M.C. Antunes, 2008). Neste sentido, a educação visa o desenvolvimento e bem-estar individual, o bem-estar e progresso da sociedade e a participação na vida coletiva, de forma livre, equitativa, cooperante, fraterna e com espírito de entreajuda, abrangendo os diversos atores da comunidade: pessoas, famílias, instituições, meios de comunicação, agentes económicos e políticos (A.B. Sousa, 2003).

Educação e saúde integram, assim, o projeto de vida de cada pessoa, construído de forma dinâmica ao longo de todo o trajeto da sua existência, em relação com os contextos onde age e interage, no qual o indivíduo é sujeito central e principal responsável por todo o processo. Nesta perspectiva, de desenvolvimento permanente e do exercício da autonomia, o sujeito enquanto criador da sua própria história, é um ser crítico, participativo, com espírito de iniciativa, livre e responsável.

Efetivamente, o paradigma no campo da saúde e da educação tem evoluído orientado para uma conceção holista, assumindo a multidimensionalidade e complexidade do ser humano e o vínculo inseparável entre saúde, educação e vida. Este paradigma, no âmbito dos cuidados da saúde, e particularmente na área da pediatria, direciona para uma abordagem centrada na família e no ciclo vital, integrando as pessoas no processo de cuidar, na tomada de decisão e na promoção de vivências positivas nas instituições de saúde. Ao assumir o holismo como paradigma na área da saúde, é assumida uma visão da inter-relação e interdependência das dimensões do ser humano, da sua integralidade e da sua complexidade, implicando uma abordagem multimodal para a obtenção de um equilíbrio dinâmico, que deve estar plasmada na relação dos profissionais de saúde com o cidadão e com os grupos, no sentido de promover a criação e recriação dos projetos de saúde e de vida.

⁴ A Qualidade de Vida é definida “as an individual’s perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person’s physical health, psychological state, level of independence, social relationships, and their relationship to salient features of their environment.” (WHOQOL Group, 1993, p. 153; OMS, 1997, p. 1). Posteriormente a Organização Mundial de Saúde desenvolveu o WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Field-Test Instrument, a utilizar em conjunto com o WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life), no sentido de incluir a componente existencial na avaliação da qualidade de vida (OMS, 2002).

De facto, a pessoa é um ser único, com valores, crenças, necessidades, desejos, dignidade e direito à autodeterminação. É um ser no qual coabitam processos não intencionais (funções fisiológicas) e processos intencionais baseados em valores e desejos de procura de melhoria contínua e de harmonia, que são mutuamente influenciados na prossecução e vivência do projeto individual (Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, 2001), o que torna a pessoa um ser único e integral, uma unidade com várias dimensões que se influenciam mutuamente e são indissociáveis (A. Damásio, 2011). Assim, o desenvolvimento e a realização da pessoa estão relacionados com o autoconhecimento, autoaceitação, conhecimento do (e interação com) ambiente, capacidade de fazer escolhas livres e esclarecidas, agir em consonância e de forma harmoniosa com os valores, crenças e ideais, assumir as suas ações e respetivas consequências (Chalifour, 2009).

Acompanhando toda a evolução que ocorreu ao longo do século XX, emergiu um novo conceito de saúde positivo, expresso na Declaração de Alma-Ata, que surge na sequência da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários realizada na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. A saúde, entendida como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de afecções ou doenças” (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1978, p. 2), passa a integrar o bem-estar biopsicossocial, sendo posteriormente abandonado o termo “completo” e acrescentado o bem-estar espiritual⁵. Porém, esta definição, ao não assumir a natureza plena e dinâmica da saúde, é considerada utópica e, face à idealização do conceito, inatingível (Batistella, 2007; A. Carvalho & Ramalho, 2006; Pearson & Vaughan, 1992), conduziu a novas reflexões sobre o construto e à incorporação de maior complexidade:

A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado - subjectivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural. (Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 8).

⁵ A espiritualidade enquanto noção de transcendência, atribuição de significado e sentido na vida (Niles, 2006; J.H. Oliveira., 2010), relacionada com a interioridade, a autonomia, a liberdade, a autorrealização e busca de sentido existencial.

Na senda desta complexidade, o ambiente desempenha um papel importante, na medida em que, através da interação dinâmica entre a pessoa e o meio, se gera um efeito mútuo na busca da harmonia, que tem repercussões no comportamento, na conceção da saúde e doença, variando segundo as sociedades e contexto temporal, histórico, geográfico, económico, sociocultural: “O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde.” (Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp. 9-10).

O emergir da conceção da promoção da saúde, na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, representa uma rutura com o paradigma biomédico da saúde (Batistella, 2007), definindo a promoção da saúde como “um processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la” (OMS, 1986, p. 2), visando a capacitação e a realização do potencial de saúde das pessoas e comunidades. A palavra-chave para a promoção da saúde é a capacitação das pessoas e comunidades, isto é, criar as condições para o exercício da autonomia.

A promoção da saúde constitui um processo de capacitação das pessoas e comunidades, no sentido da construção e desenvolvimento contínuo do seu projeto de saúde e vida. A relação entre a promoção da saúde e a educação fica claramente expressa em Tones e Tilford (2001), referidos por C.C. Oliveira (2004; 2012) e A. Carvalho e Carvalho (2008), segundo os quais a Promoção da Saúde corresponderia à expressão “Promoção da Saúde = Educação para a saúde x Políticas Públicas de Saúde”. A educação para a saúde entendida como a criação de condições ao desenvolvimento pessoal e comunitário, facilitadoras do processo de tomada de decisão, da adaptação responsável, da liberdade, da autonomia, da criatividade e da autoconstrução, co-construção e reconstrução de significados e da identidade pessoal e social, em consonância com o conceito de saúde, enquanto projeto multidimensional e holístico. Estas conceções implicam o abandono das linhas de intervenção meramente informativas, paternalistas e domesticadoras assumidas ao longo dos anos (Chammé, 2002; Gazzinelli, Gazzinelli, Reis, & Penna, 2005). Do supramencionado, e conforme refere M.C. Antunes (2008), nesta evolução dos conceitos quer de educação, quer de saúde, constata-se que as abordagens integrais e integradoras e a cooperação dos diversos setores da sociedade são mais eficazes, implicando a solidariedade dos intervenientes, a integração de políticas públicas, entidades jurídicas, estruturas multidimensionais comunitárias, organizações governamentais e não governamentais e outras. O Plano Nacional de Saúde (DGS, 2013a) direciona para a mesma ideia de integração da promoção da saúde a nível micro (operacionalização a nível local), meso (operacionalização a nível regional) e macro sistémico (planeamento estratégico

nacional), considerando estes contextos “sinérgicos na criação de oportunidades de promoção da saúde entre si e com os serviços de saúde.” (p. 3).

As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, que ocorreram em diferentes países, e nas quais foram analisados os determinantes de saúde, inseridos nos contextos histórico, cultural, social e económico, que influenciam o objetivo central de saúde para todos enquanto fator de sustentabilidade, espelham a evolução no sentido da ligação às políticas públicas e a envolvimento dos diferentes setores e da sociedade em geral. O Quadro 1 resume os marcos mais relevantes destas conferências, elaborado a partir dos documentos da OMS sobre o tema.

Quadro 1. Resumo das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde

Data	Local	Marcos
1 ^a	1986 Ottawa Canadá	Carta de Ottawa. Define o conceito de Promoção da Saúde.
2 ^a	1988 Adelaide Austrália	Considera os ambientes sociais e físicos favoráveis à vivência e opções de vida saudáveis, de responsabilidade multissetorial
3 ^a	1991 Sundsvall Suécia	Saúde e ambiente são interdependentes, interagindo de forma dinâmica. Considera a educação como direito humano e imprescindível à saúde.
4 ^a	1997 Jacarta Indonésia	Saúde enquanto direito humano básico e indispensável ao desenvolvimento socioeconómico. As abordagens integrais são consideradas as mais eficazes. Centrada na adaptação às mudanças nos fatores determinantes da saúde, incluindo a economia. Primeira conferência a incluir o setor privado.
5 ^a	2000 México México	O nível de saúde influencia o desenvolvimento social e económico e a equidade. A Promoção da Saúde, ação participativa e de responsabilidade partilhada por todos os sectores da sociedade, tem na democracia e estabilidade política os requisitos essenciais.
6 ^a	2005 Bangkok Tailândia	Identificadas as estratégias e compromissos para a abordagem aos determinantes de saúde, através da Promoção da Saúde num mundo globalizado. A saúde constitui um direito fundamental, um construto positivo e inclusivo, que visa a qualidade de vida, o bem-estar mental e espiritual.
7 ^a	2009 Nairobi Quênia	Preocupação com a ameaça da crise financeira sobre os sistemas de saúde e segurança e com as mudanças climáticas, obstáculos aos objetivos traçados; necessidade de resolver os problemas de iniquidade de acesso na saúde. Desafio para o setor público e privado. Promoção da Saúde deve integrar os programas de desenvolvimento.
8 ^a	2013 Helsínquia Finlândia	Saúde para todos como pedra angular da sustentabilidade. Direito fundamental da responsabilidade dos governos e das políticas públicas com impacto nos sistemas e determinantes da saúde e no bem-estar, envolvendo a sociedade. Reconhecida a oposição de vários quadrantes ao desenvolvimento de políticas que capacitem as pessoas para uma vida saudável, como interesses económicos e de mercado (resistem à regulamentação), sendo o desafio o desenvolvimento de políticas que conjuguem os objetivos de saúde e a economia.

Efetivamente, à luz da evolução ocorrida no decurso das conferências sobre educação e promoção da saúde⁶, existe uma sincronia entre os termos educação e saúde, no sentido do desenvolvimento integral do indivíduo, da sua multidimensionalidade e complexidade, de forma a promover a autonomia, o *coping* e a vivência positiva dos desafios da vida. Educação e saúde têm uma relação de reciprocidade,

⁶ (OMS, Carta de Ottawa para a promoção da saúde, 1986; OMS, Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, 1988; OMS, Terceira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, 1991; OMS, Fourth International Conference on Health Promotion, 1997; OMS, The Fifth Global Conference on Health Promotion, 2000; OMS, Carta de Bangkok, 2005; OMS, 7th Global Conference on Health Promotion, 2009; OMS, The 8th Global Conference on Health Promotion, 2013)

constituindo parte integrante do processo de crescimento e evolução das pessoas e comunidades, enquanto pilares essenciais ao desenvolvimento individual e social (M.C. Antunes, 2008).

O despontar das novas concepções de educação e saúde ocorrem num contexto histórico e socioeconómico que influenciaram diversos setores, como os avanços na ciência e tecnologia, mudanças na economia e no mercado, alterações ambientais e outras, assim como no âmbito dos direitos humanos, do bem-estar e da qualidade de vida.

1.2 Bem-Estar e Psicologia Positiva

O bem-estar, um conceito complexo e incorporado na concepção de saúde da OMS, integra várias dimensões, desde a física, cognitiva e afetiva até à espiritual, está relacionado com a qualidade de vida e os afetos, inserindo-se numa visão positiva da saúde. As raízes do conceito podem ser encontradas na herança sócio histórica do Iluminismo (no século XVIII) e do Utilitarismo (no século XIX), mas é no século XX que o conceito ganha maior expressão: nos anos 60, com a distinção entre bem-estar material e bem-estar global, valorizando várias dimensões da vida das pessoas, e nos anos 70, onde se vincula à qualidade de vida, à satisfação e à felicidade (I.C. Galinha, 2008; I.C. Galinha & Ribeiro, 2005). Existe, assim, um paralelismo entre esta evolução concetual do bem-estar, da educação e da saúde, que assumem a multidimensionalidade e complexidade do ser humano, ator num processo dinâmico que ocorre ao longo da vida, em permanente desenvolvimento e reconstrução (S.A. Galinha, 2011b; Honoré, 2013). É nesta sequência que também a psicologia passa a incluir uma nova dimensão: a dimensão positiva da saúde mental, abrangendo a satisfação com a vida, a felicidade, os afetos e as emoções, nas suas vertentes positiva e negativa e, assim, “o Bem-Estar Subjectivo assume-se como o conceito chave de um campo de investigação emergente designado Psicologia Positiva.” (I.C. Galinha & Ribeiro, 2005, p. 208). Na década de 80 do século XX ocorre a distinção entre o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico, sendo que o primeiro inclui a dimensão cognitiva, afetiva, a qualidade e a satisfação com a vida, sendo um processo de autoavaliação e essencial à saúde mental (I.C. Galinha, 2008); o segundo inclui a autoaceitação, o desenvolvimento pessoal, a autonomia, o controlo sobre o meio, as relações positivas e o propósito na vida (I.C. Galinha, 2008; I.C. Galinha & Ribeiro, 2005), conforme esquematizado no Anexo I. O Bem-Estar Subjetivo é, desta forma, um construto multidimensional, que inclui as respostas emocionais, o domínio da satisfação e o juízo sobre a satisfação de vida, sendo características do bem-estar psicológico a atitude positiva relativamente a si próprio, os relacionamentos positivos, seguros e satisfatórios, a autonomia, as competências de domínio sobre o ambiente para satisfação das necessidades, o sentido de vida e o crescimento pessoal, num processo contínuo de

desenvolvimento e abertura a novas experiências (Machado & Bandeira, 2012). Noutras palavras, e numa aceção geral, o bem-estar é um conceito multidimensional (físico, psicológico, emocional, social, económico...), medido na relação dos fatores: emoções positivas, compromisso, sentido (propósito de vida), relações positivas e realização; estes fatores, associados a características pessoais, como a autoestima, otimismo, resiliência, vitalidade, autodeterminação, contribuem para a prosperidade e para a satisfação e uma existência provida de maior significado (Park, Peterson & Sun, 2013; Scorsolini-Comin et al., 2013). E, segundo Richards (2006, p. 165), a “busca de significado é inata: o cérebro floresce na presença de significado e antipatiza com o que é fortuito.”.

Em 1998, Martin Seligman, presidente da *American Psychological Association* (APA), e colaboradores, impulsionam definitivamente o campo da Psicologia Positiva, desviando o foco da psicologia dos aspetos negativos da vida, para a elevação dos aspetos e experiências positivas e para a promoção da saúde (I.C. Galinha, 2008; I.C. Galinha & Ribeiro, 2005; S.A. Galinha, 2011a; L.M. Neto & Marujo, 2007; Scorsolini-Comin et al., 2013). Efetivamente, Seligman foi o impulsionador deste movimento da Psicologia, que tem como princípio uma nova abordagem à dinâmica do desenvolvimento humano, centrando-se nos processos e nas condições que permitem perceber os fatores que contribuem para que a pessoa enfrente, com sucesso, os desafios da vida (S.A. Galinha, 2011a; J.H. Oliveira, 2010).

A Psicologia Positiva não nega as situações e os problemas difíceis da vida, mas defende que os aspetos positivos são tão importantes como os negativos, procurando identificar atributos e qualidades individuais e coletivas que proporcionam oportunidades de crescimento e atribuição de um sentido à vida (Rivero & Marujo, 2011). Este novo olhar da psicologia, orientado pela experiência humana e integrando os aspetos mais favoráveis dessa experiência, remete para o estudo das variáveis positivas do ser humano, nas quais se integram características como o otimismo, a resiliência, as relações, o compromisso, a criatividade, a espiritualidade, a gratidão, a esperança, o sentido de humor, a felicidade, as emoções, o amor, a generosidade, os significados e os sentidos, procurando uma descrição equilibrada da condição humana e a sua relação com a saúde (L.M. Neto & Marujo, 2007; J.H. Oliveira, 2010; Park et al., 2013; Reppold, Gurgel & Schiavon, 2015), aos quais a APA acrescenta, na esfera do bem-estar psicológico, a sensibilidade estética, a comunicação humana, a perseverança, o perdão, a originalidade, o talento, a sabedoria, entre outras, e as de nível social, relacionadas com as virtudes das pessoas e das instituições, como a responsabilidade, o altruísmo, a comunicação institucional e a tolerância (S.A. Galinha, 2011b; J.H. Oliveira, 2010).

Assim, o altruísmo, a criatividade, a bondade, a felicidade, a sabedoria (J.H. Oliveira, 2010), a autodeterminação, autoeficácia, *locus* de controlo⁷, resiliência, expectativas positivas, identidade positiva, oportunidades de desenvolvimento, sentimento de pertença e de crença, a inteligência emocional⁸, o sentido de existência e a rede de suporte⁹ são fatores facilitadores da construção do ser humano com competências de resposta positiva às diferentes situações de vida (S.A. Galinha, 2011b). Por outro lado, emoções, sentimentos e atitudes negativos, como a intolerância, a inveja, a culpabilidade, a ira, entre outros, conduzem ao desamor e egoísmo (J.H. Oliveira, 2010).

As emoções estão ligadas à atribuição de significados às situações e desempenham também um papel importante na dimensão cognitiva (Chalifour, 2002; A. Damásio, 2011; Rivero & Marujo, 2011). Neste sentido, A. Damásio (2011) refere que as emoções e os sentimentos são substancialmente importantes no processo de construção da identidade. Segundo Rivero e Marujo (2011), as emoções têm também um valor adaptativo, uma vez que ajudam a reagir adequadamente aos eventos de vida, e desempenham um importante papel na comunicação com os outros. Porém, referem estas autoras, não é expectável que as pessoas experimentem exclusivamente emoções positivas, mas estas devem superar as emoções negativas: “O negativo faz falta nas nossas existências, mas precisamos de o superar com o positivo, pelo menos triplicando o seu impacto” (Rivero & Marujo, 2011, p. 54).

A classificação das emoções diverge segundo as diferentes escolas de Psicologia, de Filosofia e Neurociências (Rivero & Marujo, 2011). Segundo as autoras, a Psicologia Positiva subdivide-as em emoções positivas e emoções negativas. As emoções positivas, incluem a alegria e a felicidade; as emoções negativas, o medo, a culpa e a ira (A. Damásio, 2004; Maxwell, 2006; Rivero & Marujo, 2011). As emoções positivas facilitam a obtenção de êxito na vida, são securizantes e promovem a construção de recursos de *coping*¹⁰ duradouros que permitem uma resposta e recuperação mais efetiva face a situações adversas da vida; as emoções negativas, por sua vez, são essenciais à segurança e sobrevivência humanas, mas são as emoções positivas que possibilitam a construção de “una vida resiliente y próspera.” (Park et al., 2013, p. 13).

Outras classificações dividem-nas em emoções primárias, emoções secundárias e emoções de fundo. As emoções primárias ou universais, como a alegria, a tristeza, o medo, a cólera, a surpresa, a aversão

⁷ O *locus* de controlo refere-se à perceção de controlo pessoal sobre o reforço ou sobre os resultados, que pode ser interno ou externo: “When a reinforcement is perceived by the subject as following some action of his own but not being entirely contingent upon his action, then, in our culture, it is typically perceived as the result of luck, chance, fate, as under the control of powerful others, or as unpredictable because of the great complexity of the forces surrounding him. When the event is interpreted in this way by an individual, we have labeled this a belief in external control. If the person perceives that the event is contingent upon his own behavior or his own relatively permanent characteristics, we have termed this a belief in internal control” (Rotter, 1966, p. 1).

⁸ A inteligência emocional relaciona-se com a capacidade de perceber, avaliar e exprimir emoções, utilizar as emoções para facilitar o pensamento, utilizar os conhecimentos emocionais, gerir as suas próprias emoções e as dos outros (Goleman, 2003; Grewal & Salovey, 2006; Ceitil, 2007).

⁹ Nas suas dimensões estrutural e funcional (emocional, tangível, cognitivo e avaliativo) (Calheiros & Paulino, 2007)

¹⁰ Recursos de coping são variáveis pessoais (físicas e psicológicas) e sócio ecológicas (contexto familiar e social) (Beresford, 1994)

e a felicidade, são inatas, evolutivas e comuns a todo o ser humano; as emoções secundárias, como a vergonha, o ciúme, a culpa, o orgulho, o remorso, a vingança, são iminentemente sociais e decorrem de aprendizagem; as emoções de fundo, como o mal-estar, o bem-estar, a calma, a tensão, a fadiga e a energia, decorrem de processos de regulação da vida ou de conflito mental. (A. Damásio, 2004; 2011). Segundo estes autores, se as emoções primárias, ou inatas, dependem de circuitos neuronais e são o mecanismo básico das emoções, as emoções secundárias implicam uma avaliação cognitiva da situação, na qual intervém a experiência individual e única da pessoa, sendo ativada uma resposta múltipla e complexa de todo o sistema no sentido de reagir à situação indutora e regular o estado interno do organismo. As emoções de fundo têm habitualmente origem em indutores internos, ou seja, em condições internas “geradas por processos fisiológicos em curso ou por interações do organismo com o meio ambiente, ou por ambas” (A. Damásio, 2004, p. 73).

2. CONTEXTO HOSPITALAR: TRANSFORMANDO O ESPAÇO EM LUGAR

Os hospitais pediátricos são instituições relativamente recentes, de aproximadamente do meio do século XIX (Darbyshire, 1993). Em Portugal os primeiros hospitais para crianças surgiram em 1877 – Hospital D. Estefânia, em Lisboa – e em 1882 – Hospital de Maria Pia, no Porto. O primeiro foi mandado construir em 1860, pela rainha D. Estefânia que, durante uma visita ao Hospital São José se sentiu consternada com o facto de crianças e adultos conviverem e serem tratados na mesma enfermaria, oferecendo o seu dote de casamento para a criação dum espaço destinado à permanência das crianças nesse hospital¹¹. O nome do Hospital de Maria Pia, no Porto, resulta de uma homenagem e reconhecimento da cidade à rainha Dona Maria, relativamente ao trabalho que desenvolveu em prol dos desfavorecidos, atribuindo o seu nome ao Palácio dos Serviços do Hospital para Crianças da Cidade Invicta¹².

Os avanços na área da pediatria, particularmente na primeira metade do século XX, ocorreram essencialmente direccionados à dimensão física da criança. A partir dos trabalhos de John Bowlby (iniciados nos anos 40 do século XX), cujos resultados demonstraram os efeitos negativos da hospitalização da criança e do afastamento da família, emergiu um movimento crítico às restrições impostas às visitas de pais e pessoas significativas à criança hospitalizada (CNSCA, 2009; Darbyshire, 1993; Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997; Winnicott, 1982), impulsionando mudanças mais profundas e novas abordagens nesta área.

¹¹ <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=393>

¹² <https://plataformacidaniamonarquica.wordpress.com/2015/10/16/ha-168-anos-nascia-d-maria-pia/>

Os estudos levados a cabo a partir da década de 50 do século XX revelavam resultados bastante preocupantes relativamente à hospitalização infantil, sendo que, à época, a situação de internamento era longa, a separação do ambiente familiar era agravada pela norma altamente restritiva de visitas, a imobilidade/inatividade da criança/adolescente era uma constante, o recurso a anestésicos e analgésicos era bastante limitado (L. Barros, 1998).

Trabalhos como o de Stenbak (1986) conduziram à elaboração de um conjunto de recomendações para a área pediátrica, a partir da investigação a cuidados prestados às crianças/adolescentes nos hospitais europeus. A autora colocou ênfase em vários aspetos da hospitalização, como as políticas e normas, a prática de cuidados (nas quais inscreve a promoção da presença dos pais/convivente significativo ao longo da hospitalização da criança/adolescente), a oferta de atividades de educação e de lazer, a formação dos profissionais de saúde, as condições das instalações (apropriadas à criança/adolescente e conviventes significativos). Destacou também no seu trabalho, o atendimento multidisciplinar, os mecanismos de suporte à criança/adolescente e conviventes significativos (como informação, serviços de apoio e participação no cuidar), a continuidade dos cuidados, a possibilidade de permanência de objetos pessoais junto da criança/adolescente, salientando a necessidade de desenvolvimento de investigação acerca das necessidades da criança/adolescente e pessoas significativas.

Em Portugal, e apesar da OMS ter publicado os trabalhos de Bowlby em 1951, a evolução para uma dinâmica mais próxima das recomendações que emergiram dos trabalhos deste autor, e outros que se seguiram, apenas ganha expressão em 1981, ano em que foi publicada legislação que permitia a presença do convivente significativo no hospital (CNSCA, 2009).

Foi precisamente nos anos 80 do século XX que se geraram documentos determinantes para a proteção e promoção dos direitos das crianças e adolescentes. Em 1986, o Parlamento Europeu aprova uma resolução sobre uma Carta Europeia das Crianças Hospitalizadas, convidando a Comissão Europeia a apresentar proposta sobre essa Carta (Parlamento Europeu, 1986). A Carta da Criança Hospitalizada (Ver Anexo II), na qual estão expressos os princípios orientadores das condições de hospitalização, a humanização dos cuidados pediátricos e consignados os direitos das crianças hospitalizadas, foi aprovada em Leiden (1988) pela Associação Europeia para as Crianças Hospitalizadas, e promovida em Portugal pelo Instituto de Apoio à Criança, propondo a sua adoção a nível nacional (CNSCA, 2009). A proteção das crianças e dos adolescentes encontra-se também devidamente documentada na Convenção dos Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em Setembro de 1990 (Organização das Nações Unidas [ONU], 1989).

Assim, e progressivamente, começou a verificar-se uma alteração significativa no sentido de evitar a separação da criança/adolescente dos pais ou dos conviventes significativos (CNSCA, 2009; Darbyshire, 1993; OE, 2013; Winnicott, 1982). Efetivamente, quer a legislação, quer o ambiente hospitalar têm vindo a ser objeto de significativas transformações que têm promovido um sentido de familiaridade a este ambiente, nomeadamente pela introdução da figura de acompanhante da pessoa internada, pela adaptação do horário das visitas, pela flexibilização das rotinas, pelo proporcionar de atividades educativas e lúdicas que aproximam a criança/adolescente do seu contexto natural (L. Barros, 1998; Ullán & Belver, 2008).

Porém, e apesar da adoção da Carta da Criança Hospitalizada e da ratificação da Convenção dos Direitos da Criança por vários países, bem como a evolução verificada, segundo L. Barros (1998) e Ullán e Belver (2008) ainda existe um longo caminho a percorrer. Da análise realizada a diversos estudos¹³ sobre a hospitalização da criança/adolescente, Ullán e Belver (2008) constataram que as melhorias mais evidentes ocorreram na área das políticas e das normas, isto é, relacionadas com o limitar a separação da criança/adolescente dos conviventes significativos e, embora em menor dimensão, o reconhecimento das fases e necessidades relativas ao desenvolvimento da criança/adolescente, incluindo os programas educativos e as atividades lúdicas facilitadoras do enfrentamento e adaptação à experiência de hospitalização. Todavia, a hospitalização pediátrica requer um processo de melhoria contínua para proporcionar o ambiente adequado, seguro e securizante, expectável para este contexto. Neste sentido, os autores referem que a maioria dos hospitais falham na implementação de políticas psicossociais, enquanto medidas minimizadoras do impacto negativo da hospitalização da criança/adolescente. Salientam, ainda, que a questão é mais premente na fase da adolescência, face à necessidade do adolescente de sentir maior controlo sobre a sua vida, ter mais privacidade, mobilidade e autonomia, bem como relações interpares.

Efetivamente, as instituições não estão dotadas das condições e de estruturas centradas nas necessidades da criança/adolescente e conviventes significativos, promotores de ganhos de qualidade de vida e de saúde, nomeadamente no que concerne a conforto e segurança, iluminação, espaço, relações estáveis e securizantes (L. Barros, 2003), entre outras. Constata-se a quebra das rotinas habituais da criança/adolescente, a subsistência de um ambiente centrado nos procedimentos técnicos, ameaçadores, sendo os profissionais figuras estranhas, os cuidados prestados são despersonalizados e

¹³ Entre os estudos a que Ullán e Belver (2008) se referem estão:
Stenbak, E (1986). *Care of Children in Hospital*. Copenhagen: World Health Organization
Maieron, M.J. & Roberts, M.C (1993). Psychosocial policies in Hospital serving children: Comparative characteristic. *Children 's Health Care* 22(2), pp 143-167. Os autores referem ainda a importância dos programas *Child Life*.

descontinuados, causando a sensação de perda de controlo e de privacidade, ou seja, as condições, as políticas e as práticas hospitalares estão aquém dos modelos adequados à satisfação das necessidades das crianças/adolescentes e dos conviventes significativos (L. Barros, 1998; Blom, 1958; Bsiri-Moghaddam et al., 2011; González-Gil & Jenaro, 2007; Redondeiro, 2003; Ullán & Belver, 2008).

Na realidade, a criança/adolescente hospitalizada tem necessidades relacionadas com a qualidade de vida, suporte psicológico, emocional, educativo, social (González-Gil & Jenaro, 2007; Morais & Wünsch, 2013) e espiritual. Assim, o hospital deve ser um lugar que proporcione à criança/adolescente oportunidades para se distrair, expressar, divertir, criar, brincar e manter atividades educativas, conforme referem L. Barros (1998), H. Oliveira (1993), OE (2013) e Ullán e Belver (2008).

No caminho de uma perspetiva holística e salutogénica, as atividades no hospital devem incluir a promoção da saúde de forma sistemática, em parceria com os cidadãos, no sentido de promover a saúde, prevenir a doença e reabilitar, melhorando a saúde física, mental e espiritual e o bem-estar, capacitando as pessoas para um maior controlo sobre as suas próprias vidas, facilitando o processo de tomada de decisão e autonomia, isto é, o hospital deve ter condições para se desenvolver como local saudável (OMS, 2004).

Desta forma, é importante que, no contexto da hospitalização pediátrica e numa perspetiva de promoção da saúde, holística e salutogénica, a criança/adolescente e conviventes significativos sejam parceiros, sujeitos ativos nos cuidados e no processo de tomada de decisão, sendo respeitada a privacidade, a confidencialidade, o direito à opinião e autodeterminação.

O ambiente onde a criança/adolescente vive, interage e se desenvolve, gerador de diversos estímulos físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais deve ser promotor da saúde e proporcionar o suporte emocional e os cuidados que fomentem a autonomia e o desenvolvimento (OE, 2011c). Na área pediátrica a experiência da hospitalização, para além de outros fatores, é influenciada pelos estímulos ambientais que conduzem a experiências emocionais do lugar, norteadas pela atribuição de significados a este ambiente¹⁴.

2.1 Os Mediadores Simbólicos no Hospital

Os Mediadores Ambientais Simbólicos são estímulos ambientais associados a experiências emocionais, constituindo-se stressores ambientais simbólicos, quando associados a experiências emocionais

¹⁴ A própria conceptualização e desenvolvimento da qualidade em saúde inclui a importância do ambiente nestes serviços. Donabedian (2003), um dos mais consagrados autores nesta área, estabelece três dimensões da qualidade: a técnica, relacionada com os conhecimentos científicos e técnicos; a interpessoal, que tem a ver com a relação entre profissionais de saúde e clientes; a ambiental, associada ao conforto e bem-estar proporcionados ao cliente. Este autor entende que a avaliação dos cuidados de saúde se efetua, geralmente, atendendo a três elementos, intimamente relacionados (ver Anexo III).

negativas, ou redutores de stresse, quando relacionados com experiências emocionais positivas. São, assim,

entendidos como el conjunto de señales estimulares de valor comunicativo que, presentes en el entorno hospitalario, contribuyen al significado emocional que los usuarios del mismo le asignan son, en el caso de la hospitalización pediátrica, especialmente tenidos en cuenta por el personal sanitario que atiende cotidianamente a los niños (Ullán & Belver, 2008, p.102).

Como se depreende, o hospital é um espaço potencialmente gerador de stressores ambientais simbólicos. Porém, é a atribuição de significado ao estímulo que o torna potenciador ou redutor de stresse, sendo influenciado por um conjunto de variáveis, entre as quais a experiência individual ou coletiva e a percepção e interpretação que as pessoas efetuam sobre essa experiência (Belver & Ullán, 2010; Park et al., 2013; Ullán & Belver, 2008). Neste sentido, a experiência de hospitalização não tem, necessariamente, que ser exclusivamente negativa, podendo constituir-se numa oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento, pelo estabelecimento de relações positivas, pelo desenvolvimento de competências de *coping*, pelo suporte e pela presença de figuras securizantes (L. Barros, 1998; Carrillo & Quiles, 2000a; Rutter, 2006).

Ullán e Belver (2008) e Belver e Ullán (2010) dividem os Mediadores Ambientais Simbólicos em três categorias:

Estrutural: relacionada com a arquitetura e construção do hospital, que inclui a iluminação, acesso visual ao exterior, qualidade paisagística, controlo da privacidade dos espaços (da criança/adolescente e dos conviventes significativos);

Decorativa: embora não tenha valor funcional ou arquitetónico, é importante na forma como o espaço é percebido pela criança/adolescente e conviventes significativos, e inclui a cor das paredes do ambiente de hospitalização e os elementos gráficos (fixos, como pinturas, ou móveis, como quadros);

Funcional: relacionado com a função da própria instituição, sendo associados à atividade assistencial (de diagnóstico ou tratamento), incluindo o equipamento médico, produtos farmacêuticos, exames complementares de diagnóstico e terapêutica, fardamento dos profissionais, mobiliário, material lúdico e recursos audiovisuais. Muitos destes elementos funcionais são familiares para os profissionais de saúde, mas não para a criança/adolescente e seus conviventes significativos, afetando a sua interpretação, atribuição de significado e experiência emocional no contexto da hospitalização. No mesmo sentido, o mobiliário e a roupa da cama nem sempre são adaptados às características e necessidades das crianças/adolescentes.

A experiência de hospitalização emerge, assim, da conjugação de diversos fatores que podem constituir elementos dificultadores da vivência da situação, mas que, por outro lado, podem potenciar a aprendizagem, o *coping* e a adaptação, o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, as vivências positivas, ou seja, ser uma janela de oportunidade para o desenvolvimento.

Para Belver e Ullán (2010), Carrillo e Quiles (2000a) e Ullán e Belver (2008), é o equilíbrio entre os diferentes fatores (dificultadores *versus* amenizadores) que balizam o nível de afetação da criança/adolescente hospitalizada, quer sejam físicos, pessoais ou ambientais. Como fatores protetores individuais encontram-se a autoestima, a empatia, o humor, o carisma, o género, a idade, entre outros; os fatores familiares englobam as boas relações e o afeto no seio da família, o apoio familiar, a parentalidade orientada para a promoção da autonomia, da autoconfiança, da capacidade dos seus membros para enfrentarem as situações de vida; os fatores ambientais abrangem, entre outros, as relações sociais, a rede de suporte e o sucesso escolar (J.M. Ferreira, 2008; Pedro, 2010).

A temática emocional não é de somenos importância na pediatria, uma vez que a expressão de emoções é influenciada pela aprendizagem, pela experiência e pela cultura, tem uma componente inata/biológica, mas é também individual, experiencial, social, ambiental e modeladora da resposta (A. Carvalho et.al., 2017; A. Damásio, 2004).

No contexto da hospitalização na pediatria as emoções e os sentimentos emergem facilmente, por vezes como uma “erupção vulcânica”, e afetam a vivência e reação à hospitalização. Não tão-somente da criança/adolescente, mas de todos os atores do processo. E, nalgumas circunstâncias, a pessoa pode apresentar uma espécie de morte emocional, um embotamento dos sentimentos, permanecendo impassível perante alguns eventos que, noutras situações, lhe causariam outra reação (Frankl, 1998). E, nesse sentido, é determinante conhecer os fatores e as condições que dificultam, mas essencialmente os que facilitam e promovem a vivência positiva da hospitalização no ambiente pediátrico.

O adoecimento e a hospitalização são vivências frequentemente ameaçadoras, mas não têm de ser obrigatoriamente experiências negativas, como supramencionado, dependendo da conjugação de vários fatores. Na realidade, a ameaça, o perigo, são geradores de “distresse”¹⁵, promovendo a ativação das emoções negativas, enquanto as oportunidades criam “eustress”, favorecendo a ativação das emoções positivas (Brendtro & Longhurst, 2006), o que influencia a vivência da hospitalização no contexto pediátrico. O stress constitui, assim, um processo que visa a adaptação às situações de vida e à mudança, de acordo com os significados que a pessoa atribui aos eventos (Malagris & Fiorito, 2006).

¹⁵ Distress no sentido de: “sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo” (ICN, 2015, p. 121).

Efetivamente, no ser humano, perante cada situação são ativadas diversas tonalidades de ressonância (isto é, a repercussão do evento na pessoa) que originam sentimentos de diversa ordem, sendo estes sentimentos que, mediados pelo pensamento, possibilitam as atribuições de novos significados e a liberdade para adotar novas perspectivas, quer pela criatividade gerada na dissonância, quer pela estimulação de novos pensamentos (Honoré, 2013). No contexto da hospitalização pediátrica, os significados atribuídos à situação e ao ambiente são essenciais à abertura de novas perspectivas e a vivências positivas.

CAPÍTULO II

HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA: UM LUGAR DE VIVÊNCIAS

Introdução

Habitualmente, perante a necessidade de hospitalização, a criança/adolescente é sujeita a fontes de tensão, seja pela situação clínica; pelos procedimentos a que é submetida, de diagnóstico ou terapêuticos, potenciais geradores de dor, ansiedade e medo (muitas vezes antecipatórios por serem percebidos como ameaça à integridade física); pela estrutura e organização hospitalar; pelas relações interpessoais, entre outras (Carrillo & Quiles, 2000a; Coyne, 2006). Na realidade, a criança/adolescente é confrontada com um ambiente estranho e pessoas desconhecidas, é afastada do seu ambiente securizante, das suas rotinas usuais e sujeita a um poder e regras impostas e que não lhe são familiares, sendo submetida a situações desconfortáveis e assustadoras, intrusivas, disruptivas da sua vida normal (Blom, 1958; Diogo & Baltar, 2014; Junqueira, 2003; Mercadier, 2004; Mitre & Gomes, 2004; H. Oliveira, 1993; Parcianello & Felin, 2008; Simões, Maruxo, Yamamoto, Silva, & Silva, 2010), tendo dificuldade em encontrar sentido para as intervenções a que é submetida, sendo estas frequentemente entendidas como atos punitivos e geradoras de sentimentos de culpa (Blom, 1958; Mitre & Gomes, 2004; H. Oliveira, 1993). Sendo que a exposição a agentes stressores durante o desenvolvimento inicial pode aumentar a probabilidade de problemas mentais em fases posteriores da vida (World Health Organization [WHO] & DGS, 2002).

A necessidade de hospitalização implica, assim, uma rutura no bem-estar físico, mas tem efeitos também a nível psicológico e social. Como referem Ullán e Belver (2008):

Los niños hospitalizados sufren, como consecuencia de su propia hospitalización, una privación social, escolar, lúdica y cultural, pierden oportunidades importantes para jugar y relacionarse con otros niños y adultos (en colegio, en casa, etc.), y gran parte de sus hábitos de comportamiento se ven afectados por su ingreso en el hospital. (pp. 122-123)

Efetivamente, a hospitalização pode ter repercussões negativas no desenvolvimento da criança/adolescente, quer pela interpretação das experiências vivenciadas, quer pela separação do seu ambiente, quer ainda pela exposição a um lugar estranho ao qual se deve adaptar (Blom, 1958; Mitre & Gomes, 2004; J.M. Quiles & Carrillo, 2000a; Tavares, 2011).

A vivência, a reação e a adaptação da criança/adolescente à situação de doença e hospitalização é influenciada pela idade e nível de desenvolvimento, pela situação clínica (nomeadamente pela gravidade,

pela situação aguda ou crónica), pelas limitações que acarreta, pelo suporte familiar e social, pelos laços existentes (Fernandes & Arriaga, 2010; Figueiredo, 2002; Junqueira, 2003; OE, 2011a; Tavares, 2011), pela personalidade, pela relação e reação dos conviventes significativos, pela atitude e relação estabelecida com os profissionais de saúde (Fernandes & Arriaga, 2010; Junqueira, 2003; OE, 2011a; Parcianello & Felin, 2008), entre outros fatores. O ambiente desempenha também um importante papel, influenciando a forma como a criança/adolescente se autonomiza, se identifica, estabelece relações, experiencia a aceitação, a criatividade e a adaptação e, neste sentido, um ambiente de aceitação, apoio e estímulo, é promotor da confiança, da segurança, da criatividade, da positividade, das relações, da mobilização de recursos facilitadores, da aceitação do estado de saúde e da confiança nos cuidadores (Chalifour, 2002).

1. A VIVÊNCIA DA CRIANÇA/ADOLESCENTE FACE À HOSPITALIZAÇÃO

A saúde, para a criança e adolescente, é norteada pela maximização da satisfação das suas necessidades, segundo o estágio de desenvolvimento. Enquanto conceito subjetivo e processo contínuo e dinâmico

é variável no tempo, traduzindo a importância da potenciação do crescimento e/ou desenvolvimento da criança/jovem nas distintas idades, tal como a sua adaptação às transições normativas e/ou acidentais, através da optimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual, que estando presente permite à criança/jovem conseguir alcançar todo o seu potencial não a dissociando dos pais/família (OE, 2011c, p. 12).

A hospitalização ocorre em situações clínicas que alteram o bem-estar da criança/adolescente, é stressante, geradora de sentimentos de desamparo, podendo desencadear reações emocionais e comportamentais, como medos (incluindo o de morte), fobias, regressões (I.C. Almeida, 2012; Blom, 1958; Carrillo & Quiles, 2000a; González-Gil & Jenaro, 2007; Jorge, 2004; Junqueira, 2003; Méndez, Ortigosa & Pedroche, 1996; Parcianello & Felin, 2008), ansiedade, agressividade, dificuldades na relação social, recusa de colaboração e outras condutas reveladoras de desadaptação (como perda de apetite, insónia, pesadelos, tiques e outros) que podem ter impacto no futuro (I.C. Almeida, 2012; L. Barros, 1998; Blom, 1958; González-Gil & Jenaro, 2007; Jorge, 2004; Parcianello & Felin, 2008). As alterações comportamentais que permanecem após a alta, como por exemplo, perda de autonomia já adquirida, alteração do sono, birras e outras, implicam que os pais sejam capazes de fornecer suporte adequado, lidando de forma apropriada com as situações, incentivando a autonomia e adequando o seu papel

parental¹⁶ para que a criança/adolescente possa desenvolver competências de *coping* e ultrapassar a situação para que não se prolongue no tempo (L. Barros, 1998). Refira-se que, embora entre algumas destas crianças/adolescentes, estas alterações possam assumir particular expressão, a maioria responde adequadamente à situação, não apresentando alterações significativas após a saída do hospital (Carrillo & Quiles, 2000a).

Na criança/adolescente hospitalizada a relação afetiva é determinante para a sua adaptação à situação e para o seu bem-estar, processos que são assegurados por relações securizantes, estáveis, afetuosas, equilibradas e de proximidade com os outros atores do processo (DGS, 2013a).

A experiência de hospitalização na área da pediatria implica a compreensão de toda a sua complexidade, do seu potencial perturbador, mas principalmente dos processos que favorecem a emergência de consequências positivas (L. Barros, 1998), como a oportunidade de crescimento e o desenvolvimento de competências de *coping* (Blom, 1958; Ogilvie, 1990; Tavares, 2011). Efetivamente, se existirem condições adequadas, a experiência de hospitalização pode proporcionar momentos de aprendizagem, de desenvolvimento de competências e estratégias de *coping* para lidar com situações adversas (dor, medo, isolamento, sofrimento e outras), de competências de comunicação, de recurso a figuras de suporte, sendo “que uma experiência hospitalar positiva é a melhor preparação para experiências posteriores do mesmo tipo.” (L. Barros, 1998, p. 14). Assim, a rede de suporte familiar/conviventes significativos e social, a estrutura, o compromisso e coesão da família, a situação económica e social, que implicam com a disponibilidade e qualidade dos cuidados parentais, a distância da residência ao hospital (Cardoso, 2010; Carrillo & Quiles, 2000a; Coyne & Cowley, 2007; Herzer et al., 2010; Kohlsdorf & Costa, 2008; Silveira, Angelo & Martins, 2008), as atividades educativas e lúdicas promovidas no contexto hospitalar (Kohlsdorf & Costa, 2008; Simões et al, 2010; Stenbak, 1986; Ullán & Belver, 2008) e a relação com os profissionais de saúde (L. Barros, 2003; M. Ferreira & Dias, 2005; Méndez et al., 1996) medeiam o enfrentamento adequado da situação e o impacto da hospitalização na criança/adolescente.

Relativamente aos fatores que influenciam a vivência da hospitalização na pediatria, Ullán e Belver (2008) e Belver e Ullán (2010) referem que podem ser pessoais e ambientais.

¹⁶ Papel parental entendido como: “Papel de membro da família: interagir de acordo com a responsabilidade de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente (ICN, 2016, p. 71)

1.1 Fatores Pessoais

Os fatores pessoais que afetam a vivência hospitalar da criança/adolescente incluem a idade e o nível de desenvolvimento, a situação clínica, as experiências anteriores de hospitalização e as competências de coping (L. Barros, 2003; Ullán & Belver, 2008).

1.1.1 Fase de Desenvolvimento

Ao longo do ciclo de vida a pessoa atravessa etapas ou estágios de crescimento e de desenvolvimento que ocorrem num processo contínuo e dinâmico (Cowan, 1999; Pessanha, 2008; Pittman, 1991), e no qual as diferentes áreas – física, cognitiva, social, identitária, emocional, moral...– se “entrelaçam”. No caso específico da hospitalização, a etapa ou estágio de desenvolvimento em que se encontra a criança/adolescente aquando do confronto com a mesma, assume um papel determinante na sua reação à situação, influenciando processos como o processamento de informação, a compreensão, a expressão verbal, o grau de autonomia ou o tipo de estratégias de *coping* adotadas (L. Barros, 1998; 2003; Carrillo & Quiles, 2000a, 2000b; Cowan, 1999; P.M. Ferreira, 2003; Hockenberry & Wilson, 2011; Kaplan et al., 1997; Moro & Módolo, 2004).

Uma das classificações mais comumente utilizadas para delimitar as diferentes fases de desenvolvimento infantil e adolescente adota a designação de: lactente, primeira infância, segunda infância e adolescência, embora existam ligeiras diferenças entre os autores relativamente às idades que integram cada uma delas. Relativamente aos estágios de desenvolvimento, autores como L. Barros (1998; 2003) Cowan (1999), P.M. Ferreira (2003), Hockenberry e Wilson (2011), Jorge (2004), Kaplan e colaboradores (1997) e Moro e Módolo (2004), indicam as seguintes características:

Lactente: compreende o período do nascimento ao ano de vida, caracterizado pelo rápido desenvolvimento a nível motor, cognitivo e social. No que concerne ao desenvolvimento psicológico nesta etapa, segundo M.J. Gonçalves (2005, p. 129), “a tarefa mais importante (...) é o início da aquisição do sentimento de si próprio e do outro”.

Até aos três meses de idade a criança aceita os cuidados de outras pessoas para além dos cuidadores habituais, pelo que o seu nível de ansiedade face à hospitalização é menos evidente do que em idades mais avançadas. Da mesma forma, até cerca dos seis meses de idade, a criança parece ser menos afetada pela ameaça da separação das figuras de vinculação e pela presença de estranhos, uma vez que ainda não se encontra estabelecido, com essas figuras, um forte vínculo de ligação.

Todavia, a partir dos quatro meses de idade os laços com o responsável pelos cuidados vão-se estreitando, passando a criança a evidenciar maior reatividade à separação da figura cuidadora e à dor, oferecendo maior resistência, menor colaboração e aumentando o seu medo. Aliás, o medo de estranhos ocorre a partir das vinte e seis semanas, intensificando-se a partir das trinta e duas, pelo que a criança passa a apresentar maiores níveis de ansiedade face à separação dos cuidadores habituais.

Primeira infância: compreende o período dos doze meses aos seis anos de idade, ocorrendo um acentuado desenvolvimento da linguagem, das relações sociais, do autocontrolo e da autonomia, bem como da personalidade, com atividade marcada e orientada para a descoberta.

Na fase infante, locomotora ou *toddler* (do ano de idade até aos três anos), perante a hospitalização, a criança reage essencialmente à separação das figuras securizantes sob a forma de protesto (como choro e gritos) e desespero (apresentando tristeza, isolamento, menor atividade, desinteresse pelos brinquedos, angústia). Pode apresentar comportamentos de regressão (adotando comportamentos sobre os quais tinha adquirido maior nível de autonomia, como pedir novamente a chupeta, urinar no leito, perda de linguagem e outras), recusa alimentar, resistência e mesmo agressão física.

Na fase pré-escolar (aproximadamente dos três aos seis anos de vida) as crianças apresentam maior desenvolvimento cognitivo e, conseqüentemente, mais competências de *coping* e maior capacidade de entendimento, de relacionamento e de controlo. As suas formas de protesto são menos exacerbadas, mas mantendo as reações à situação, nomeadamente recusa alimentar, alterações do sono, comportamentos regressivos, agressão física e/ou verbal, recusa de colaboração, tentativa de fuga. Dado que esta é uma fase em que o desenvolvimento sofre grande incremento em termos de autonomia, a criança reage também à perda de controlo. No início desta fase a criança é capaz de expressar afetos complexos, quer na forma verbal, quer na não-verbal, e no final deste período já detém um leque de emoções bastante amplo e relativamente estável e o “desenvolvimento da consciência dá o tom para o senso moral de certo e errado da criança” (Kaplan et al., 1997, p. 57). Nesta fase a criança é capaz de compreender a explicação de alguns dos procedimentos adotados em contextos de saúde.

Segunda infância: também referida como “período escolar” ou “intermediário”, que se estende aproximadamente dos seis aos doze anos de idade – esta etapa caracteriza-se pelo desenvolvimento de competências diversas, nomeadamente no relacionamento com os colaboradores, na cooperação social, no desenvolvimento moral¹⁷ e do autoconceito. Na hospitalização os comportamentos de regressão são

¹⁷ O desenvolvimento moral é um processo que Lawrence Kohlberg dividiu em três níveis principais: a moralidade pré-convencional (que coincide com a fase pré-escolar e se divide em dois sub-estágios: o primeiro orientado pela punição/obediência, sendo a autoridade externa o critério principal; e posteriormente por posição de retribuição/recompensa); moralidade da conformidade ao papel convencional (que ocorre na adolescência e na maioria dos adultos; no sentido de se conformar para obter aprovação e boas relações com os outros); moralidade dos princípios morais auto-aceites, ou pós-convencional (obediência

menos evidentes, a criança é capaz de tolerar melhor a separação é mais sensível à perda de controlo e de autonomia, reagindo através de depressão, frustração ou hostilidade, medo de não recuperar, de perder parte da função corporal e de morrer. No que se refere à separação dos cuidadores habituais, esta é capaz de a tolerar melhor, apresentando maior compreensão e capacidade de expressão.

Adolescência: esta fase estende-se aproximadamente dos doze aos dezoito anos de idade (podendo prolongar-se para além dos vinte anos de vida) e é marcada por rápidas alterações nas diferentes esferas do desenvolvimento (*e.g.*, físico, identitário, psicossocial, social, moral, emocional). Estas transformações repercutem-se a nível da sua autoestima e autoimagem, assumindo um papel importante na sua autoconstrução. Nesta etapa da vida o processo de autonomia é uma questão central, não apenas no que respeita à progressiva separação dos pais, mas também com a sua capacidade de decisão e com a segurança em si mesmo (Sampaio, 1993). Uma hospitalização ocorrida nesta etapa constitui uma ameaça ao controlo, à privacidade (problema relevante por ser considerada símbolo de autonomia), à relação com os amigos, à liberdade, acompanhada do medo de alterações da imagem corporal, e insegurança. A centralidade da imagem corporal neste período é geradora de elevados níveis de ansiedade e angústia relacionados com as consequências físicas resultantes do processo de doença. A hospitalização acarreta ainda o isolamento social e o afastamento dos pares, a perda de liberdade de decisão e de privacidade, podendo gerar conflitos. Face a tais ameaças, o adolescente pode reagir não cooperando, apresentando comportamentos de oposição e desafio ou exibindo queixas psicossomáticas, mas também pode manifestar autocontrolo. Por norma os adolescentes valorizam a demonstração de interesse por eles, o respeito pelos seus valores e pelos seus sentimentos.

Olhando de modo mais detalhado os processos (físicos, cognitivos, emocionais sociais...) que têm lugar durante a adolescência, alguns autores, muito embora assumindo esta etapa do desenvolvimento como um contínuo, subdividem-na em três períodos, cujo limite temporal varia entre os adolescentes. São eles: (i) a adolescência inicial, (ii) a adolescência intermédia e (iii) a adolescência tardia.

A adolescência inicial – decorre aproximadamente dos doze aos catorze anos de idade – corresponde ao período em que emerge o pensamento abstrato e é caracterizada pela existência de laços ainda fortes de dependência e identificação com as figuras parentais, pela preocupação com o corpo e pela frequência de grupos de pares, essencialmente constituídos por indivíduos do mesmo sexo.

A adolescência intermédia – decorre habitualmente entre os catorze e os dezasseis/dezassete anos de idade – caracteriza-se por um incremento significativo no desenvolvimento do pensamento abstrato, pela

voluntária às normas sociais, fundamentada em princípios éticos e capacidade para perceber as contradições e exceções, hierarquizando os princípios) (Kaplan et al, 1997). Para A. Damásio (2004), o ser humano tem uma “*consciência moral*” (p. 265), resultante da capacidade de ir além da necessidade de sobrevivência, da procura da verdade e do estabelecimento de normas e ideais.

maior vinculação ocorrida ao grupo de pares e, em sentido inverso, um maior afastamento das figuras parentais. Nesta fase o adolescente é, por norma, mais egocêntrico, encontrando-se particularmente centrado na sua aparência, experimenta uma maior amplitude de papéis e inicia a experimentação sexual.

A adolescência tardia tem lugar a partir dos dezassete anos, podendo prolongar-se além dos vinte anos de idade. Geralmente neste período a imagem corporal estabiliza, o adolescente torna-se mais altruísta e mais independente sob o ponto de vista emocional, consolida a sua identidade, aumenta a sua área de interesses, reaproxima-se das figuras parentais e estabelece relacionamentos mais afetivos e responsáveis.

Face ao exposto, os adolescentes deveriam ser hospitalizados em unidades que se adequem às suas necessidades biopsicossociais e espirituais. Assim, neste período, a hospitalização deveria ocorrer em contextos especialmente desenhados e estruturados para satisfazer as suas necessidades, nomeadamente no que concerne a mobiliário, decoração, respeito pela intimidade e privacidade, normas e regulamentos (*e.g.*, os horários de alimentação, de repouso, de visitas) e relação com os pares para que se sintam mais compreendidos e contextualizados.

1.1.2 Situação Clínica

A situação de doença tem implicações a nível do bem-estar físico, psíquico e social, quer para o próprio, quer para os conviventes significativos, influenciando a reação e adaptação à hospitalização. A própria situação aguda ou crónica da doença, bem como a gravidade da mesma e os órgãos envolvidos desempenham um papel importante na experiência da hospitalização (Carrillo & Quiles, 2000a; Ullán & Belver, 2008), face ao tipo de meios de diagnóstico e terapêuticas a que a criança/adolescente é submetida e suas consequências, as limitações que lhe são impostas, o grau de sofrimento, entre outros (L. Barros, 2003; Blom, 1958; Ullán & Belver, 2008), constituindo-se um fator de previsibilidade ou imprevisibilidade da frequência e tempo de hospitalização e, nesse sentido, é uma situação geradora de crise mais ou menos expectável.

Quando a situação clínica implica procedimento cirúrgico, este é uma fonte de mal-estar, ansiedade e medo (Carrillo & Quiles, 2000a; Meisel et al., 2009), medo do ambiente e dos instrumentos e equipamentos hospitalares, medo da perda de controlo, desconhecimento das rotinas, antecipação da dor, ansiedade dos pais (Vagnoli, Caprilli, Robiglio & Messeri, 2005; Vagnoli, Caprilli & Messeri, 2010), angústia e apreensão pela perda de controlo e pela dor (Busoni, 2007; Vagnoli et al., 2005; Vagnoli et al., 2010), associados ainda ao ambiente hostil, aos sons e aos odores (Busoni, 2007) quer no pré-

operatório, quer no pós-operatório, quer relacionados com o adormecer e o acordar, a separação dos conviventes significativos, os procedimentos médicos e outros (Carrillo & Quiles, 2000a). Esta situação pode ter repercussões a nível físico e psicológico, podendo gerar comportamentos desadaptativos (Meisel et al., 2009), sentimentos de tensão, apreensão, nervosismo, agitação (Dionigi et al., 2013; Vagnoli et al., 2005; Vagnoli et al., 2010), perturbações emocionais, distúrbios alimentares, perturbações do sono (Dionigi et al., 2013), preocupações que se prolongam pelo período pós-operatório mediato e tardio (Dionigi et al., 2013; Meisel et al., 2009).

No âmbito da situação clínica, importa referir que a evolução tecnológica e científica tem permitido o acesso a novos tratamentos que aumentam substancialmente a esperança e a vida de crianças/adolescentes que, no passado, não sobreviveriam a algumas situações clínicas, ampliando as situações de doença crónica, com maior vulnerabilidade do que as crianças/adolescentes com situações agudas, apresentando maior frequência e tempo de hospitalização (Balling & McCubbin, 2001; Bsiri-Moghaddam et al., 2011) e, desta forma, o quadro da pediatria tem sofrido mudanças substanciais (Bsiri-Moghaddam et al., 2011).

A doença crónica tem impacto no desenvolvimento biopsicossocial da criança/adolescente; no seu conforto e atividades de vida, uma vez que estas situações de cronicidade implicam, regra geral, hospitalizações mais frequentes, afastamento do seu ambiente familiar, cultural e social, das suas relações de amizade e das suas rotinas, por longos períodos de tempo (Amorim, 2015; Figueiredo, 2002; Rindstedt, 2013). A criança/adolescente com doença crónica tem, assim, maior probabilidade de desenvolver problemas emocionais e comportamentais, uma vez que é submetida a diversas experiências perturbadoras, existe uma maior preocupação e sobrecarga dos cuidadores informais e membros da família, o potencial de sofrimento e mal-estar é mais elevado (Amorim, 2015; DGS, 2007; WHO & DGS, 2002). Porém, as evidências apontam o funcionamento da família como um forte determinante da qualidade de vida e bem-estar na criança/adolescente com doença crónica, nomeadamente o que concerne às relações familiares e à adaptação do papel parental que se relacionam com um ajuste e funcionamento positivo nestas situações (Herzer et al., 2010).

A situação clínica, o tempo de hospitalização e o sofrimento, associados à reação dos pais e dos profissionais de saúde, afetam a reação da criança/adolescente que, claramente, se apercebe da gravidade das situações e potenciais sequelas, o que influencia o seu nível de ansiedade (L. Barros, 1998; Carrillo & Quiles, 2000a). Neste âmbito, o diagnóstico e prognóstico são importantes, mas também os procedimentos de diagnóstico e o tratamento, os seus efeitos, as sequelas, a dor, o medo, as limitações e o conhecimento sobre a situação são determinantes na vivência da hospitalização (Bsiri-

Moghaddam et al., 2011; Coyne, 2006). Num estudo realizado por Horstman e Bradding (2002), com crianças dos seis aos dez anos de idade, com recurso ao método “desenhar e escrever”, os sentimentos que prevaleciam eram a tristeza e a frustração, associadas a perdas nas relações e às limitações que a doença implicava nas suas vidas, nomeadamente pelas restrições, inatividade, tédio face à falta de atividades para desenvolverem.

Por seu lado, a sensação de dor – evento sensorial, emocional e cognitivo desagradável, com carácter individual, subjetivo, associado não somente a fatores biológicos, mas também psicológicos (*e.g.*, ansiedade) (Naar-King, Ellis, & Frey, 2004; WHO & DGS, 2002) e fatores ambientais e culturais (Naar-King et al., 2004) – é geradora de sofrimento, e constitui um fator que torna a experiência de hospitalização negativa (L. Barros, 1998; 2003). Outras situações de sofrimento decorrentes do quadro clínico da criança/adolescente incluem alterações corporais, isolamento, ventilação mecânica e outras técnicas invasivas, imobilização, alteração do estado de consciência, entre outras (L. Barros, 2003). A questão do sofrimento é relevante, uma vez que “*el sufrimiento ocupa toda el alma y toda la conciencia*” (Frankl, 1998, p. 72) da pessoa, independentemente da intensidade.

Todavia, o impacto da situação clínica é mediado pelo suporte familiar, pela reação e adaptação à doença e tratamento (Figueiredo, 2002) e pelo empenho dos profissionais de saúde na minimização do impacto provocado pelas mudanças de ambiente forçadas face às necessidades assistenciais de saúde (OE, 2011c).

1.1.3 Experiência Anterior de Hospitalização

São inúmeras as evidências na área que apontam as experiências anteriores de hospitalização como podendo condicionar as experiências posteriores, nomeadamente as vivências negativas, que conduzem a reações que dificultam a mobilização e desenvolvimento de estratégias de *coping* e a adaptação ajustadas às exigências colocadas por essa situação (L. Barros, 1998; Bsiri-Moghaddam et al., 2011; Cardoso, 2010; Carrillo & Quiles, 2000a, 2000b; Tavares, 2011). Nestes casos, o conhecimento sobre a sua situação clínica e a experiência negativa em hospitalizações prévias podem conduzir a um maior mal-estar, ansiedade antecipatória, falta de colaboração e disrupção do comportamento (L. Barros, 2010; Bsiri-Moghaddam et al., 2011; Carrillo & Quiles, 2000a), por contraposição a experiências positivas que constituem fatores protetores (Carrillo & Quiles, 2000a).

Como refere A. Damásio (2004), a personalidade e a identidade resultam de fatores genéticos, fatores de desenvolvimento, interação com o ambiente físico e sociocultural, das experiências, que ficam registadas na memória autobiográfica (um arquivo organizado de experiências vividas), sendo esta memória

essencial às respostas emocionais e intelectuais. É a criança/adolescente com experiência de hospitalização tende a apresentar níveis mais elevados de ansiedade e medo, relacionados com a doença e a morte, do que a criança/adolescente sem experiência de hospitalização (Carrillo & Quiles, 2000a). No mesmo sentido, o tempo de internamento é também um fator que influencia a reação e adaptação a novas situações de hospitalização, sendo as situações de menor duração menos “lesivas” do que as hospitalizações recorrentes e prolongadas, embora sejam de considerar outros fatores (*e.g.*, ambiente social), conforme referido por L. Barros (2003), e também as situações de doença crónica, anteriormente mencionadas.

Assim, a experiência prévia de hospitalização (ou a experiência de visita a familiares hospitalizados), a incerteza sobre o regime terapêutico, os procedimentos invasivos, a intrusão na privacidade, invasão do corpo, poderão dificultar a adaptação da criança/adolescente a novas situações de internamento, com potencial para gerar equívocos, aumentar o medo e a ansiedade relativamente aos processos e consequências (dor, alteração da imagem corporal, perda de mobilidade, dependência, perda de controlo), conforme constatado por Coyne (2006). Da mesma forma, experiências de hospitalização prévias, vividas de forma menos positiva, podem ser um obstáculo a algumas estratégias e programas de preparação para a mesma, uma vez que estes podem reavivar memórias e fomentar o medo e a ansiedade (L. Barros, 2003).

Refira-se ainda que, segundo esta última autora, um dos fatores que permite que a criança encare a hospitalização de forma mais positiva é a experiência de separação das figuras parentais – como seja permanecer com outros familiares e frequentar creches –, uma vez que esta separação prévia pode constituir um elemento neutralizador, possibilitando que a situação seja menos perturbadora.

1.1.4 Competências de *Coping*: Resiliência. Adaptação

As fontes de stresse podem ser eventos internos ou externos, isto é, relacionados com as características pessoais, crenças, valores, vulnerabilidades e reações, ou relacionadas com os acontecimentos de vida (Malagris & Fiorito, 2006). O stresse desencadeia estratégias conhecidas pela palavra da língua inglesa *coping*, relacionadas com a gestão da tensão, a sensação de controlo, a resolução ativa dos problemas, o controlo das emoções e conforto psicológico, no sentido de lidar com as situações percebidas como ameaça, como causadoras de dano ou como um desafio¹⁸ (Chalifour, 2002; Internacional Council of Nurses [ICN], 2015; Stroebe & Stroebe, 1995; Vaz Serra, 1988). Assim, as estratégias podem ser

¹⁸ A ameaça é uma antecipação do que pode suceder, do potencial dano, sendo as estratégias de *coping* orientadas para o futuro, evitando os efeitos nefastos da situação; o dano é dirigido para o presente, para a reação e reinterpretação do sucedido; o desafio está orientado para o alcançar ou superar a exigência da situação, mobilizando os seus recursos de *coping* (Lazarus, 1993; Vaz Serra, 1988).

dirigidas à regulação do estado emocional (fuga/evitamento, passividade, autocontrolo, foco na emoção), orientadas para a resolução do problema (aproximação, foco no problema) ou focadas nas relações interpessoais (suporte nas relações de proximidade). Tais estratégias dependem de variáveis individuais (associadas à forma de reação ao stresse), situacionais (variando segundo a situação e no decurso de cada situação) e dos recursos disponíveis (rede de suporte alargada), tendo componentes emocionais, cognitivas e comportamentais (Folkman & Lazarus, 1988; Naar-King et al., 2004; O'Brien & DeLongis, 1997; Piko, 2001; Seidl, Tróccoli, & Costa, 2001).

Perante eventos adversos, potencialmente ameaçadores ou danosos, o cérebro tende a centrar-se na sobrevivência e segurança, sendo a resposta a essas situações mediada pelo nível de tensão e seu significado, pela interpretação que a pessoa efetua sobre o seu controlo da situação, pelas características individuais (*e.g.*, género, otimismo), pelo tipo de estratégias de *coping* utilizadas e pelo suporte disponível (*e.g.*, família, social) (Jorge, 2004; Stroebe & Stroebe, 1995).

A criança/adolescente é mais vulnerável à situação de hospitalização, uma vez que dispõe de menos recursos¹⁹ e estratégias de coping e menor capacidade de adaptação, reagindo em função de um conjunto de fatores e recorrendo a diferentes estratégias, em função do seu nível de desenvolvimento (que influencia a avaliação que a criança/adolescente efetua da situação), da sua situação clínica, das experiências prévias de hospitalização, entre outros (Bsiri-Moghaddam et al., 2011). Segundo Dell'Aglio (2003), Naar-King e colaboradores (2004), as crianças mais novas parecem usar mais estratégias comportamentais (*e.g.*, comportamento de evitamento, comportamento de distração), enquanto as estratégias cognitivas (*e.g.*, distração cognitiva, reestruturação cognitiva) se vão desenvolvendo ao longo do processo de maturação, verificando-se que, com a idade, a criança/adolescente utiliza mais frequentemente estratégias que exigem processos cognitivos mais elaborados. Efetivamente, ao longo do desenvolvimento, a pessoa experiencia e adquire estratégias de resposta a acontecimentos (internos e externos) mas, segundo Pessanha (2008), é nas fases mais precoces que as relações com o meio familiar e social exercem maior influência sobre o sistema biológico, cognitivo e as expectativas do indivíduo. Nesse sentido, a dinâmica e relações familiares são determinantes no desenvolvimento das estratégias para lidar com os eventos stressores (Vaz Serra, 1988).

As estratégias de *coping* ativas (focadas no problema) são um importante mediador das experiências stressantes da criança hospitalizada, aumentando a probabilidade de esta responder de forma adequada

¹⁹ Para alguns autores as características pessoais (*e.g.*, nível de desenvolvimento, género, experiências anteriores), bem como as do stressor, as do contexto e a interação entre estes fatores são denominados moderadores de *coping* (Rudolph, Dennig, & Weisz, 1995) Para outros, estas características são designadas recursos (Beresford, 1994). Existe uma relação entre a disponibilidade de recursos e a avaliação do evento ou situação, determinando as estratégias de coping que serão utilizadas (Antoniazzi, Dell' Aglio, & Bandeira, 1998)

e ponderada aos eventos (L. Barros, 1998; Kaufeldt, 2006; M.C. Silva & Gomes, 2009). Uma vez que as crianças mais pequenas estão ligadas ao mais imediato e concreto, as estratégias mais instrumentais são mais adequadas à vivência da situação; com o progressivo desenvolvimento cognitivo, a criança vai adquirindo novas competências de transformação e controlo, domínio dos processos de pensamento e autoconhecimento dos estados emocionais, até que, na adolescência, é capaz de avaliar e adequar o tipo de *coping* às exigências da situação (L. Barros, 2003; Dell'Aglio, 2003).

No âmbito do processo de doença, Clark (2016) entende que a imaginação tem uma função importante no lidar com as dificuldades que emergem dessa situação, naquilo que denominou *Imaginal Coping*²⁰, e que integra as atividades de jogo, rituais lúdicos (para entreter/distrair a criança/adolescente durante procedimentos ou tratamentos), histórias, metáforas, humor e orações (dimensão espiritual), considerando que a transformação das dificuldades em fantasia minimiza os seus efeitos negativos. Para a autora, estas formas expressivas permitem às crianças/adolescentes um papel ativo, ajudando-as a rever e reformular os problemas que enfrentam na situação de doença. Esta abertura a interpretações alternativas, à imaginação e à flexibilidade da diversão contrasta substancialmente com o modelo reducionista biomédico e, refere a autora, promove na criança/adolescente maior capacidade de autorrecuperação no decurso de doenças crónicas ou de hospitalização.

Existe um vínculo entre os recursos de *coping* e a vulnerabilidade ou resistência do indivíduo, sendo a qualidade e disponibilidade desses recursos fatores dificultadores ou promotores da adaptação como refere Beresford (1994). Assim, o stresse e as situações difíceis da vida não são, necessariamente, negativos, podendo constituir uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento, promotora de resiliência e prosperidade (L. Barros, 1998; Chalifour, 2002; Jorge, 2004; Park et al., 2013).

Na situação da hospitalização intervêm, evidentemente, fatores de vulnerabilidade, mas também de resiliência, entendida como a capacidade da pessoa responder e resistir a acontecimentos negativos e situações adversas de forma bem sucedida, decorrente do desenvolvimento e mobilização de recursos e competências que lhe permitem enfrentar estes desafios de forma positiva, fruto das relações estabelecidas quer a nível interpessoal, quer com o suporte social envolvente, de forma contínua e permanente (Jorge, 2004; Lasmar & Ronzani, 2009; Pessanha, 2008; Pretis, 2010). Segundo Pedro (2010), a resiliência está ligada à habilitação e capacitação que permitem o reajuste e reequilíbrio, implicando a resolução criativa de problemas e o atingir de objetivos através do recurso a forças internas e a apoios externos (Brendtro & Longhurst, 2006). Ou seja, está ligada ao desenvolvimento progressivo

²⁰ "Defined as coping that agilely reframes meaning through imaginative, non-literal modes of discourse such as humor, ritual, pretense, story, and metaphor" (Clark, 2016, p. 175). A autora entende que a reformulação imaginativa espontânea das crianças, famílias e outros têm certas semelhanças com as práticas terapêuticas que empregam cenários imaginários, constituindo um refúgio, no contexto hospitalar, das intervenções médicas.

da capacitação e construção do *ser pessoa*, na sua individualidade e nas suas relações (Pedro, 2010). Resiliência é, desta forma, um conceito dinâmico, interativo, multifatorial, variando segundo o momento e as circunstâncias pessoais e ambientais: “*Essentially, resilience is an interactive concept that is concerned with the combination of serious risk experiences and a relatively positive psychological outcome despite those experiences.*” (Rutter, 2006, p. 2). Segundo Clark (2016), a resiliência é inerentemente fundamental, dinâmica, sendo as re-significações derivadas não de endoutramento, mas sim da improvisação tácita, socialmente garantida, e da criatividade humana.

Os fatores associados à resiliência são, segundo S.A. Galinha (2011b), Laranjeira (2007), Lazarus (1993), Pretis (2010) e Stroebe e Stroebe (1995), dos domínios: pessoal (personalidade, autoestima, otimismo, capacidade cognitiva, fé e outros); familiar (estrutura, normas, relações, rede familiar e outros); social (rede de suporte social). Efetivamente, a atribuição de significado a uma crise é individual, seja associada a stresse físico, emocional ou social, mas a capacidade de resposta é mais efetiva quando existe suporte no meio envolvente pois, perante uma situação de tensão, existem alterações da perceção e da cognição, o que dificulta a concentração e o pensamento amplo e criativo (Caulfield & Jennings, 2006), influenciando a resposta à situação. Nas crianças a resiliência está frequentemente associada a imagens e narrativas que permitem, pelo simbolismo fictício, o distanciamento dos problemas literais, tornando as questões difíceis mais acessíveis (Clark, 2016).

Do supramencionado infere-se que o ambiente físico e emocional positivo influencia o desenvolvimento da criança/adolescente, no sentido de estimular e incentivar a resolução adequada dos problemas (Catapano, 2006). Por contraposição, refere a autora, o ambiente que não é positivo ou que é violento, ou no qual a qualidade das relações é pobre, conduz ao desenvolvimento de menos competências sociais e potencia os comportamentos agressivos. As relações positivas “*proporcionan apoyo emocional e instrumental en momentos de estrés y desafío, pero también proporcionan un sentido de conexión y la oportunidad de celebrar las cosas buenas de la vida*” (Park et al., 2013, p. 15), sendo que as emoções positivas são promotoras de segurança, de construção de recursos de coping duradouros e de uma resposta e recuperação mais efetiva perante situações adversas, por oposição às emoções negativas que não permitem desenvolver a resiliência e prosperidade desejadas.

A adaptação é um mecanismo de resiliência, ou seja, um processo dinâmico e contínuo relacionado com a capacidade de se ajustar e enfrentar positivamente as adversidades (Parcianello & Felin, 2008). É o desenvolvimento da consciência, do Si, que constitui uma base de estabilidade estrutural (a referência) sobre a qual o indivíduo se constrói, efetuando mudanças contínuas ao longo do tempo. Perante mudanças significativas do ambiente, a estrutura do organismo possibilita modificações adaptativas ao

seu interior, corrigindo, através de ações adequadas, os desequilíbrios e ameaças aos estados internos (A. Damásio, 2004). A promoção de experiências positivas nas várias dimensões da pessoa é facilitadora do desenvolvimento e da adaptação às situações de vida (Pedro, 2010).

A experiência positiva de hospitalização constitui uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento de estratégias de *coping* perante a dor, a ansiedade, o medo e outras situações, podendo constituir ativos de resposta a situações futuras. No âmbito da pediatria, as atividades lúdicas promovem vivências positivas da hospitalização, sendo instrumentos essenciais à redução do stresse e da ansiedade das crianças/adolescentes e dos conviventes significativos, facilitando o desenvolvimento de estratégias adequadas de enfrentamento das experiências ameaçadoras (Barrón, Gil, & Castilla, 2000; Kohlsdorf & Costa, 2008; Stenbak, 1986). Noutras palavras, a liberdade de pensamento permite a libertação dos modelos existentes e o traçar de novos caminhos que conduzem a um novo sentido (Honoré, 2013). Isto é, a liberdade de pensamento permite colocar os modelos em perspetiva, possibilitando a descoberta e (re)criação de novas teias de significação.

1.2 Fatores Ambientais

O ambiente, conforme anteriormente mencionado, desempenha um papel importante na hospitalização em contexto pediátrico, uma vez que a relação dinâmica entre a pessoa e o meio gera um efeito mútuo, tendo repercussões na reação à situação e adaptação ao meio hospitalar. Efetivamente, a qualidade dos contextos, onde a criança/adolescente vive, age e interage, influencia o seu desenvolvimento (Pessanha, 2008), e o contexto hospitalar é marcante para a criança/adolescente, englobando o ambiente físico, psicossocial e terapêutico.

O ambiente hospitalar engloba muitas variáveis, abrangendo os equipamentos/dispositivos médicos, a via sensorial (por exemplo, os cheiros e os sons), a estrutura, a decoração, o conforto, a privacidade, o mobiliário ou a complexidade ambiental (Bsiri-Moghaddam et al., 2011; Carrillo & Quiles, 2000a; DGS, 2013b; E.M. Melo, Ferreira, Lima, & Mello, 2014; Verwey, 2006), as normas hospitalares (incluindo as relacionadas com as visitas), as condições da alimentação, as condições para os acompanhantes (conforto/privacidade), o vestuário e o equipamento de proteção individual dos profissionais, o ambiente do bloco operatório (Bsiri-Moghaddam et al., 2011), que podem ser desconfortáveis e perturbadores.

A organização e o ambiente hospitalares são promotores da despersonalização dos utentes e da dependência dos profissionais de saúde, tendo subjacente a aceitação das regras institucionais e a adaptação ao contexto, restringindo, na pediatria, a autonomia e a identificação social da criança/adolescente (e conviventes significativos) (Carrillo & Quiles, 2000a). Os profissionais, por seu

lado, são confrontados com situações e exigências que podem gerar sentimentos de ameaça e desconforto, particularmente num modelo de parceria, quer pela sua inexperiência, quer pela experiência e conhecimento dos pais/ conviventes significativos (Balling & McCubbin, 2001; Coyne & Cowley, 2007). A criança/adolescente é retirada do seu ambiente familiar e social, das suas relações habituais e securizantes, da ligação a amigos e pares, o que implica o estabelecimento de outras relações e a adaptação a um ambiente diferente e a pessoas estranhas (Bsiri-Moghaddam et al., 2011; Carrillo & Quiles, 2000a; Ullán & Belver, 2008), sendo submetida ao contacto e cuidado de diversos profissionais, o que pode desencadear alguma dificuldade na compreensão das expectativas em relação ao seu comportamento e no estabelecimento de relações e criação de laços (L. Barros, 1998), com repercussões a nível comportamental e emocional (Carrillo & Quiles, 2000a). Por seu lado, existe quase sempre medo associado aos equipamentos e procedimentos que têm lugar no hospital, mesmo os que não são invasivos (Ullán & Belver, 2008).

Desta forma, é importante que o ambiente hospitalar seja agradável, fator essencial à minimização dos efeitos negativos da hospitalização. Entre as condições que permitem amenizar o ambiente, Barrón, e colaboradores (2000) e Rollins (2009) destacam as paredes coloridas, com motivos infanto-juvenis; roupas com estampados alegres; iluminação e sons estimuladores dos sentidos, mas que permitam relaxar; o controlo de odores desagradáveis. A estas condições acrescem as propostas recolhidas por Horstman e Bradding (2002), num estudo com crianças internadas, no qual estas representavam o hospital ideal enquanto ambiente seguro e personalizado, confortável, claro e arejado, com vista para o exterior.

A propósito da cor, esta desempenha um papel importante na evocação das emoções (DGS, 2013b; McConnell & Reimond, 2006)) e, nesse sentido, cada cor tem um significado e valor terapêutico, de acordo com a subjetividade individual de cada pessoa (A.J. Melo, 2007). Assim, no contexto hospitalar, as cores e tonalidades devem complementar-se, estar em consonância com o projeto arquitetónico e com a arte no ambiente hospitalar, harmonizando interior e exterior, proporcionando uma atmosfera agradável na qual os atores do processo de hospitalização se possam sentir protegidos e seguros²¹ (DGS, 2013b; Lacy, 1996).

Tal como refere Pessanha (2008), a qualidade dos contextos de hospitalização da criança/adolescente é essencial ao seu desenvolvimento e deve ser ajustado às suas necessidades, ser seguro, acolhedor,

²¹ “Existem cores quentes e frias, cores que suscitam emoções de maior dinamismo, como as mais garridas (vermelho) e cores que trazem sensações de tranquilidade (azul); algumas cores provocam vitalidade (verde), sendo mais aconselháveis para alguns doentes; as cores mais suaves, em tons pastel, trazem calma, sendo adequadas à recuperação de pessoas debilitadas. No caso das instalações hospitalares, devem ser seleccionadas cores de acordo com cada tipo de valências em cada serviço” (Direção-Geral da Saúde, 2013, p. 3)

ter espaço adequado, confortável, promotor de experiências positivas, envolvendo o utente nas atividades. Se tais requisitos contribuem para diminuir a carga ameaçadora do ambiente, o apoio social, nomeadamente da família e dos profissionais de saúde, os recursos económicos, as normas hospitalares e a disponibilidade, são fatores fundamentais na adaptação e vivência da hospitalização de forma positiva (Carrillo & Quiles, 2000a; Verwey, 2006).

Em resumo, as atribuições de significado ao ambiente hospitalar, as vivências no decurso da hospitalização, os espaços físico, emocional e terapêutico, a envolvência sociocultural, constituem fatores relevantes no processo da experiência de hospitalização (Belver & Ullán, 2010; Ullán & Belver, 2008), devendo as instituições atender à estrutura, decoração, aspetos funcionais e atividades educativas e lúdicas que promovam experiências positivas à criança/adolescente e família/conviventes significativos.

2. A VIVÊNCIA DO PAPEL PARENTAL NA PEDIATRIA

Cada família tem uma dinâmica interna e interpessoal particular, uma rede complexa de relações com o meio envolvente, criando uma identidade e autonomia próprias, num processo de construção e co-construção dos seus elementos ao longo do ciclo de vida.

A família sofreu modificações ao longo dos anos, passando paulatinamente de família alargada a nuclear, posteriormente a monoparentalidade foi surgindo de forma mais frequente, sendo atualmente comum a existência de famílias reconstruídas, em que os cônjuges partilham filhos de relações anteriores, constituindo um fator potencialmente gerador de stresse familiar (Jorge, 2004; Stanhope, 1999). Estas mudanças influenciam a dinâmica da família, sendo que a identidade familiar e o estilo parental, que incluem as relações afetivas, constituem uma dimensão central e determinante no desenvolvimento integral dos membros da família e na construção da autonomia (Jorge, 2004; Sampaio, 1993).

Qualquer que seja a estrutura familiar, existem laços de proximidade, partilha de obrigações, funções e papéis que lhe estão adstritos e que é expectável serem cumpridos, quer a nível interno, quer para com a sociedade, e que se vão adaptando às circunstâncias e situações ao longo do ciclo de vida (Cardoso, 2010; OE, 2015; Stanhope, 1999). Incumbe às figuras parentais o desempenho do papel da prestação de cuidados aos membros menores, de forma contínua, adotando um estilo que lhes proporcione desenvolvimento integral, promoção da realização do seu potencial e autonomia (Jorge, 2004; OE, 2015). Entre as funções da família incluem-se a de proporcionar um meio afetivo (de inter-relações estreitas onde se inicia a elaboração de si e do mundo), segurança, aceitação, estabilidade, integração de valores, de regras, de obrigações, de responsabilidade, ensaio da autonomia, da cultura e da satisfação de necessidades básicas, como alimentação, vestuário, higiene, exercício, ambiente

psicossocial adequado, acesso a cuidados e proteção da saúde, necessidades espirituais, entre outras (OE, 2015; Osterrieth, 1975; Stanhope, 1999). A criação de laços e relações estreitas, consistentes e de confiança no seio da família permite que a criança/adolescente cresça e se desenvolva num ambiente seguro. A parentalidade é um desafio ao ser humano, podendo constituir-se como facilitadora da promoção da saúde e bem-estar da criança/adolescente, ou ser um obstáculo ao seu desenvolvimento, sendo, porém, expectável que os pais criem oportunidades ao desenvolvimento harmonioso de todas as dimensões dos filhos, estabelecendo relações afetivas e securizantes (OE, 2015).

Os modelos de funcionamento familiar podem, à luz do supramencionado, constituírem fatores facilitadores ou dificultadores do desenvolvimento da dinâmica familiar, dos seus membros e da relação com o ambiente sociocultural. Na realidade, as famílias com modelos rígidos dificultam o estabelecimento de relações interpessoais e não favorecem a orientação para a autonomia; os modelos com limites mal definidos são dificultadores das relações no meio familiar e do sentido de unidade da família; os modelos cujas fronteiras são adequadas são facilitadores das relações no seio familiar e na comunidade, relações essas gratificantes e securizantes (Iglesias, 2003). É nesse sentido que Sampaio (1993) refere que o estilo parental democrático, caracterizado por pais “firmes, calorosos e aceitantes face às sugestões das gerações mais novas, e famílias caracterizadas por comunicações claras e congruentes, com capacidade de negociação e resolução dos problemas” (pp. 102-103), é promotor do crescimento, da autonomização e do desenvolvimento. O ambiente familiar é, assim, fundamental ao equilíbrio psicossocial da criança/adolescente, enquanto fonte facilitadora ou dificultadora da autonomia e do desenvolvimento de estratégias de coping e de adaptação às situações e adversidades da vida.

Ao longo do ciclo de vida da família existem transições, ou seja, passagens ou movimento de estado, de uma condição ou lugar para outro, enquanto processos que fluem e se movem no tempo, sendo essas transições complexas, dinâmicas, significativas, incorporando fluxo e movimento e não apenas uma substituição, integrando processo e resultado, ou seja, implica transformações e redefinições na identidade, construção de um nível mais elevado de organização, desempenho de papéis, relações, expectativas, habilidades e comportamentos, exigindo que a pessoa integre novos conhecimentos, novos comportamentos e uma redefinição de si no seu ambiente social (Im, 2006; Meleis, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000; Meleis & Trangenstein, 1994).

A parentalidade constitui uma transição desenvolvimental e situacional²², uma vez que ocorre ao longo da vida dos indivíduos, no seu processo de crescimento e maturação psicossocial (Hattar-Pollara, 2010),

²² Segundo Meleis e Trangenstein 1994, Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000) e Meleis (2010), o tipo de transição pode ser desenvolvimental (que decorre da evolução da pessoa ao longo do ciclo vital), situacional (ligada aos eventos/circunstâncias da vida), organizacional (associada ao contexto social, político, económico ou dinâmica do grupo ou organização) e saúde/doença (que tem a ver com o estado de saúde/doença).

é multidimensional e mutável ao longo do ciclo vital, implicando a adaptação ao processo desenvolvimental da criança/adolescente, bem como a resposta a eventos e situações críticas (situacional), com ajuste nos papéis e identidade parental (Meleis et al., 2000). No caso da hospitalização da criança/adolescente, a estas transições acrescentam a organizacional e a saúde/doença. Ou seja, a vivência da transição é múltipla e complexa, sendo vários os focos significativos para a pessoa e família, conforme apresentado em Anexo IV. Isto é, as transições são biopsicossociais e espirituais.

A pessoa em processo de transição apresenta maior vulnerabilidade, pelas experiências, interações e condições que enfrenta, uma vez que as mudanças implícitas exigem o desenvolvimento e mobilização de competências que permitam responder de forma efetiva a esses desafios, suscitando exposição a possíveis danos, recuperação problemática, prolongada ou retardada (Im, 2006; Meleis, 2010). A qualidade da experiência de transição e os seus resultados são influenciados pela atribuição de significado, pelas expectativas, conhecimento e capacidade da pessoa em transição, bem como pelo ambiente no qual se insere (Meleis, 2010). A transição bem-sucedida é avaliada pelo bem-estar subjetivo, após serem ultrapassados os sentimentos de angústia e perda, pelo conforto face à nova situação, pelo bem-estar nos relacionamentos e proximidade na relação com os outros, pelos resultados de saúde e ligação a pessoas significativas (Pereira, 2011).

Segundo Loveland-Cherry (1999), se os acontecimentos de vida são normativos, expectáveis para o estágio de desenvolvimento familiar ou ciclo de vida, permitem que, de alguma forma, a família se prepare para o acontecimento, promovendo a adaptação e minimizando os efeitos negativos. Porém, quando os acontecimentos são inesperados, não é possível uma preparação antecipatória, podendo gerar uma crise (Jorge, 2004; Loveland-Cherry, 1999). Todavia, conforme referem os autores, a reação e adaptação às situações é mediada pelos recursos e estratégias da família para o reequilíbrio, podendo estes eventos constituir uma oportunidade de crescimento.

A hospitalização pediátrica é geradora de instabilidade, insegurança e desequilíbrio familiar, implicando mudanças internas e externas às quais cada família responde de forma diferenciada, (re)adaptando as suas respostas a cada momento, reescrevendo a sua história, ajustando as suas relações e dinâmica. Na realidade, a família tem necessidades de dimensão física, psíquica, económica, cultural e social que, perante a hospitalização da criança/adolescente são substancialmente alteradas, provocando desequilíbrio familiar, sentimentos de falha no desempenho parental, medo e impotência, alterações da dinâmica dos membros, reajuste de papéis, modificações no rendimento disponível, sensação de perda de controlo e limitação do papel parental (Cardoso, 2010; Coyne & Cowley, 2007; Junqueira, 2003; Kohlsdorf & Costa, 2008; OE, 2015; Reis, 2007; Silveira et al., 2008; Verwey, 2006).

A vivência e adaptação à situação da hospitalização, o reajustamento de papéis e da estrutura familiar e o relacionamento com a criança/adolescente são influenciadas pelo impacto da situação clínica, gravidade e prognóstico (Jorge, 2004; Sebastián & Palacio, 2000b), pela rede de suporte familiar e social (essencial à reorganização), pela coesão da família, pelo seu *status* económico (Cardoso, 2010; Coyne & Cowley, 2007; Kohlsdorf & Costa, 2008; Verwey, 2006), pelas experiências anteriores de hospitalização infanto-juvenil (Cardoso, 2010; Junqueira, 2003; Kohlsdorf & Costa, 2008).

Perante a situação de doença da criança/adolescente, a família sofre um impacto inicial, um choque, podendo desencadear negação ou descrença, raiva, revolta, desespero, desamparo, sentimentos de culpa ou de culpabilização de outro, frustração, sensação de perda de controlo, fadiga, medo, ansiedade, tristeza, vergonha, impotência (L. Barros, 1998; Carrillo & Quiles, 2000a; Cockcroft, 2011; Figueiredo, 2002; Jorge, 2004; Kohlsdorf & Costa, 2008; H.M. Soares, 2008; P.M. Sousa, 2012; Verwey, 2006), que podem revelar-se substancialmente desgastantes. Os irmãos da criança/adolescente hospitalizada poderão experimentar rivalidade, culpa, ansiedade, dependendo das reações dos próprios pais, das relações com o membro familiar hospitalizado, dos contactos e interações mantidas e/ou perdidas (Carrillo & Quiles, 2000a).

A hospitalização da criança/adolescente pode, assim, constituir uma situação de crise, que desorganiza e desequilibra a família, reduzindo a capacidade de resposta e enfrentamento dos problemas (Blom, 1958; Carrillo & Quiles, 2000a; Jorge, 2004; OE, 2011a). Porém, a família pode mobilizar recursos e mecanismos adaptativos no sentido do reequilíbrio, aproveitando a situação como janela de oportunidade para o desenvolvimento. A crise²³ envolve a redefinição da dinâmica relacional, a adaptação a uma nova identidade e ao desempenho de diferentes papéis dos membros da família, implicando a mobilização de recursos internos e externos para uma resposta ajustada à situação, sendo as estratégias de *coping* familiar, desenvolvidas ao longo do ciclo vital, essenciais à manutenção do equilíbrio e coesão da família (Figueiredo, 2002; Jorge, 2004). Na realidade, no decurso da vida, as pessoas experienciam diversas perdas, umas mais significativas do que outras, sejam associadas a morte, incapacidade física e/ou mental, questões pessoais ou profissionais e outras (como a hospitalização), que implicam luto, uma experiência complexa, de sofrimento, mas que pode também representar um potencial de desenvolvimento pessoal, promotor da mobilização de recursos ou a aquisição de novas competências de *coping* (Chalifour, 2009).

²³ A crise familiar entendida como “desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz.” (Internacional Council of Nurses, 2015, p. 36).

O crescente número de crianças/adolescentes com doença crónica, com maior recurso a cuidados de saúde, implica que os pais/conviventes significativos reorganizem o seu papel parental, tenham maior disponibilidade para atenderem às suas necessidades, com repercussões a nível económico-financeiro, social, laboral, disponibilidade para cuidar de si e dos outros membros da família e na dinâmica familiar e relação conjugal, pelo que pode constituir um fator disruptivo na família (Amorim, 2015; Figueiredo, 2002; Kohlsdorf & Costa, 2008). Para assegurar a contínua adaptação nesta situação, a família necessita de deter, mobilizar e desenvolver estratégias de *coping* e resiliência. Dadas as necessidades permanentes do filho, é a capacidade de adaptação a cada momento que permite a preservação da sua integridade, só possível perante uma visão positiva da vida (Figueiredo, 2002).

O nível de ansiedade e confiança dos pais influencia a sua capacidade educativa e cuidadora e, face à perda de controlo da situação, muitas decisões estão penderes dos profissionais, existindo dificuldades na comunicação, na obtenção e processamento de informação proporcionada pelos profissionais de saúde, perturbação da capacidade de reflexão crítica, o que condiciona a autonomia e o desempenho do seu papel parental (L. Barros, 1998; Coyne & Cowley, 2007; Jorge, 2004). A ansiedade dos pais constitui, frequentemente, um obstáculo ao processamento da informação que lhes é dada, condicionando o entendimento da situação (Jorge, 2004). Sendo a informação essencial à relação dos pais com os profissionais e a criança/adolescente, restituindo algum controlo sobre a situação, esta deve ser inteligível e atender à autonomia, mas também ao direito de querer ou não querer receber a informação (OE, 2015). A confiança, a ansiedade e reação dos pais é uma questão premente, uma vez que, segundo Ullán e Belver (2008), o desempenho do papel parental é o fator mais importante na adaptação da criança/adolescente à hospitalização, na sua recuperação e no seu comportamento, mas também para todo o ambiente familiar, relação conjugal, relação e afetação dos outros membros da família.

As vivências e reações dos pais afetam a criança/adolescente durante a hospitalização, podendo tornar essa experiência mais negativa ou mais positiva (Carrillo & Quiles, 2000a; Tavares, 2011; Vagnoli et al., 2005; Winnicott, 1982). Assim, o comportamento e reação dos pais/conviventes significativos influencia substancialmente a reação e o processo de adaptação da criança/adolescente, contribuindo para elevar o seu nível de ansiedade e medo *versus* induzir tranquilidade e bem-estar. Os problemas como a mudança do estilo de vida (repouso, agenda, ausência do lar, entre outros), a condição profissional, questões financeiras, deslocações, condições dos outros membros da família, condições de permanência no hospital (higiene, privacidade, descanso), têm implicações nos próprios pais/conviventes significativos, mas também na criança/adolescente (Bsiri-Moghaddam et al., 2011; Sebastián & Palacio,

2000b; Verwey, 2006). Porém, se a família proporcionar o suporte adequado e satisfizer as necessidades da criança/adolescente, mesmo que em contexto de risco, esta é capaz de continuar o seu desenvolvimento e responder de forma positiva aos acontecimentos adversos (Carrillo & Quiles, 2000a; S.A. Galinha, 2011b).

A capacidade de adaptação parental à situação de hospitalização dos filhos é, pois, determinante para a redução da ansiedade dos próprios e da criança/adolescente, para a negociação e parceria de cuidados. Os pais mais adaptativos são mais interventivos, colaboram mais no processo de tomada de decisão, racionalizam as decisões e colocam como questão central o bem maior para o filho: “*Adaptive parents can be regarded as fun-loving, with a sense of humour, who enjoy life to the fullest with their child.*” (Verwey, 2006, p. 69). Neste sentido, influenciam a criança/adolescente para a adoção de comportamentos mais ajustados, para o desenvolvimento e mobilização de competências de *coping*, tornando o ambiente mais seguro e de maior suporte (Sebastián & Palacio, 2000b).

Sendo que os níveis de ansiedade da criança/adolescente são, assim, influenciados pela reação dos pais/conviventes significativos – condicionando o seu estado emocional e os comportamentos, incluindo a irritabilidade, distúrbios do sono e alimentares, enurese e colaboração – a presença e participação dos pais em alguns procedimentos deve ser avaliada, atendendo à sua capacidade de manter a calma, constituir uma fonte de suporte e à sua vontade de estar presente (Cardoso, 2010; Chundamala, Wright, & Kemp, 2009; Moro & Módolo, 2004; OE, 2013).

O acolhimento, a integração, a valorização e a parceria nos cuidados adquirem, neste âmbito, particular relevância, potenciando o desempenho parental, a participação, a tomada de decisão, a colaboração e a adaptação (Tavares, 2011).

Em resumo, a criança/adolescente é membro de uma família, pelo que as instituições hospitalares devem estar preparadas para apoiar essa família, estimular a sua autonomia, competências e recursos, bem como a sua individualidade e valores (Pessanha, 2008; Ullán & Berver, 2008).

3. A VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA

Os profissionais de saúde vivem experiências gratificantes, mas estão também sob elevados níveis de stresse que podem conduzir a situações de esgotamento físico, psíquico e/ou emocional (Fogaça, Carvalho, Cítero, & Nogueira-Martins, 2008; L. Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010). A eles são exigidas competências individuais, coletivas, técnicas, relacionais e organizacionais que se desenvolvem pela

experiência pessoal e profissional, implicando qualidades individuais e uma vertente ética (Mercadier, 2004), dada a elevada complexidade do seu trabalho.

O trabalho na pediatria implica conviver regular e intensamente com o sofrimento da criança/adolescente e com a família/convivente significativo, fazendo emergir sistematicamente a questão da responsabilidade, da competência profissional (dada a natureza e impacto do seu trabalho) e da segurança (R.A. Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009; Jorge, 2004; Siegrist et al., 2010). Efetivamente, na sua atividade, os profissionais de saúde são confrontados com situações clínicas diversificadas, exigindo elevada responsabilidade e tomadas de decisão difíceis. Fatores como a complexidade da relação com a criança/adolescente e/ou com a respetiva família/convivente significativo, conflitos relacionados com a tomada de decisão e com os cuidados, inexperiência quer dos conviventes significativos, quer dos profissionais de saúde, inadequação das estratégias de *coping*, défice de informação e comunicação entre os intervenientes no processo, dificuldades na adesão e gestão do regime terapêutico, normas institucionais, entre outros, contribuem para elevados níveis de tensão dos profissionais de saúde (R.A. Gomes et al., 2009; Malagris & Fiorito, 2006).

A estes somam-se as exigências advindas da gestão das emoções dos outros e das suas próprias emoções, o que implica competências de mobilização de recursos que lhes permitam responder positivamente às situações, estabelecendo uma proximidade e relação interpessoal autêntica (Diogo & Baltar, 2014). Sendo que, nos serviços de pediatria, as relações são de maior familiaridade, os afetos aproximam os profissionais dos utentes e, desta forma, as vivências profissionais face ao sofrimento do outro exigem um grande trabalho emocional (Fogaça et al., 2008; Mercadier, 2004). Em resultado dessa maior proximidade, é na relação que se encontra o maior fator de stresse que, associado à sobrecarga de trabalho, pode levar à exaustão emocional (A.R. Gomes, 2014; R.A. Gomes et al, 2009; M.C. Silva & Gomes, 2009).

Assim, pelo confronto permanente com o sofrimento e a morte do outro, estes profissionais desafiam sistematicamente os seus mecanismos e estratégias de enfrentamento da angústia, do medo e da depressão, defrontando-se também com o medo da sua própria morte (Jorge, 2004). A vivência constante deste confronto é reveladora do limite e da mortalidade de cada um, podendo fazer emergir sentimentos de impotência, injustiça, sofrimento, revolta, frustração ou fracasso (Malagris & Fiorito, 2006; Mercadier, 2004). E, particularmente nas situações de fim de vida, o profissional de saúde que lida diariamente com o sofrimento não consegue ficar indiferente à situação, revelando-se, ele próprio, perante o outro (A.M. Neto, 2010), sendo a tristeza e a impotência tão mais intensas quanto a identificação com a pessoa doente: “a doença e a dor que afectam pessoas jovens, ou crianças, por

maioria de razão, são muito difíceis de suportar por qualquer prestador de cuidados.” (Mercadier, 2004, pp. 139-140).

Tendo a relação do profissional de saúde com a criança/adolescente e conviventes significativos implicações, conforme supramencionado, a nível da gestão de emoções – as dos outros e as suas próprias emoções –, Gibbons (2006) entende que é fundamental que o profissional tenha capacidade de reconhecer e compreender as emoções, naquilo que denomina de consciência emocional. Efetivamente, os profissionais de saúde necessitam ter um sentido de si, a consciência de reconhecer as emoções, analisar o seu impacto e gerar as respostas adaptativas mais eficazes. O sentido não existe por si mesmo, o sentido resulta da forma como se analisa e compreende, estando associado ao pensamento e à criação de novos significados, só possível quando se colocam as situações em perspetiva (Honoré, 2013).

O equilíbrio entre o trabalho emocional do profissional, potencialmente gerador de stress e exaustão, e a gratificação obtida no cuidar, é essencial ao seu bem-estar (Diogo & Baltar, 2014), na medida em que o profissional, com o seu olhar clínico, tem um trabalho cognitivo, mas também afetivo, uma relação interpessoal imbuída de reciprocidade, despertando emoções e sentimentos (Mercadier, 2004).

As atividades lúdicas podem constituir recursos facilitadores do trabalho dos profissionais de saúde, pela promoção de estratégias de enfrentamento do sofrimento com o qual convivem diariamente e que acarretam sobrecarga emocional (Kohlsdorf & Costa, 2008; Mitre & Gomes, 2004), uma vez que a atividade lúdica constitui uma vertente positiva centrada na dimensão salutogénica da saúde.

Face a este cenário, o papel de suporte da equipa de saúde é determinante para o desempenho e equilíbrio do profissional, principalmente pelo seu elevado sentido de pertença ao grupo, pelas ligações afetivas estabelecidas e pela segurança percebida (Mercadier, 2004). Aliás, a possibilidade de a equipa de saúde discutir e refletir sobre a sua prática é essencial ao seu desempenho (Simões et al., 2007).

Olhando, na senda destas ideias, o papel da organização nestes processos, tal como já referido, para desempenhar a sua atividade de forma gratificante e positiva, os profissionais devem estabelecer uma relação de respeito pelo outro (criança/adolescente e família/convivente significativo), dinâmica, de parceria, que visa ajudar a pessoa na prossecução do seu projeto de saúde (Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, 2001). Neste âmbito, as condições ambientais, a organização do trabalho e as políticas e normas institucionais devem permitir que o profissional de saúde desenvolva a sua atividade num ambiente adequado. E, neste sentido, a estrutura física, incluindo a arquitetura, as dimensões, os acabamentos, a funcionalidade, os recursos materiais, os equipamentos e o número de salas disponíveis são determinantes para a prática profissional e promoção de um ambiente humanizado, dado que

interfere com o desempenho, a privacidade e a qualidade do acolhimento e atendimento (Simões et al., 2007). Por seu lado, a organização do trabalho e as normas institucionais podem não permitir a disponibilidade para respeitar os padrões de qualidade, a sensibilidade e sentido crítico, a autonomia do outro e a sua individualidade, o que pode representar uma “agressão” para a pessoa doente, para a família/convivente significativo, mas também para o profissional de saúde, gerando sofrimento e limitando a prática profissional mais humanizada (Goulart & Chiari, 2010; Mercadier, 2004). Entre os fatores que dificultam o trabalho dos profissionais, o trabalho por turnos, particularmente o trabalho noturno, influencia negativamente o comprometimento com a organização e gera sobrecarga de trabalho (Carrillo-García, Solano-Ruiz, Martínez-Roche & Gómez-García, 2013; A.R. Gomes, 2014), potenciando o nível de stresse e cansaço. No mesmo sentido, os recursos humanos disponíveis, a sobrecarga de atividades e horários, a remuneração e a conciliação da vida profissional, familiar e social são fatores importantes neste contexto (Simões et al., 2007). O nível de satisfação dos profissionais é ainda influenciado pela idade, como referem Carrillo-García e colaboradores (2013), sendo que os mais jovens, pelo desejo de aprender, realizam avaliações mais positivas em aspetos como a formação, a possibilidade de desenvolvimento, a participação e envolvimento na vida profissional, e o reconhecimento do seu desempenho, enquanto os mais velhos, mais experientes, detêm uma visão mais objetiva, atribuindo maior valor à liberdade no trabalho, horário, relação com a gestão, possibilidade de promoção, estabilidade e relação com os colaboradores.

Por seu lado, as diferentes lógicas formativas interferem com os profissionais e a relação nas equipas. Como exemplo, a formação dos enfermeiros tem na sua essência o cuidar, uma abordagem holística e salutogénica, enquanto a dos médicos é mais orientada para o tratar, mais relacionada com a doença (Mercadier, 2004). E esta oposição de lógicas, cuidar *versus* uma lógica mais instrumental e curativa, pode gerar algumas dificuldades na equipa (Honoré, 2013). Aliás, A.L. Soares (2007) alerta exatamente para a questão formativa ao referir que “Rir com o médico comprova a necessidade cada vez maior de uma formação humanista para o exercício da medicina.” (p. 59). Porém, os profissionais de saúde têm referenciais para a prática inscritos nos princípios da ética e da deontologia e orientados para o respeito pela liberdade, direito e dignidade humana.

3.1 Responsabilidade Profissional e Ética

Toda a intervenção sobre a Pessoa tem como referencial normativo a dignidade humana, reconhecida na Declaração Universal dos Direitos do Homem, implicando o respeito pela sua liberdade enquanto ser autónomo, e pela promoção do seu melhor interesse (A. Antunes, 1998). A Organização das Nações

Unidas Para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO, 2006), reconhece a capacidade do ser humano de refletir sobre a sua existência e o meio envolvente, assumir responsabilidades, buscar cooperação, identificar injustiças, evitar o perigo e ter um sentido de expressão de princípios éticos, sendo as questões éticas essenciais ao respeito pela dignidade humana, pelas liberdades fundamentais e direitos humanos. O respeito pela dignidade humana está em consonância com os princípios que embasam a educação e promoção da saúde: a capacitação da pessoa para o exercício da liberdade e autonomia, de forma a tomar decisões fundamentadas, refletidas e responsáveis na prossecução dos seus projetos de saúde e de vida. E, no mesmo sentido, tem a ver com humanização da saúde, reconhecendo e respeitando a singularidade de cada um, a sua multidimensionalidade, a sua complexidade, os seus direitos. Esta perspetiva do ser humano integral, único, irrepetível, multidimensional e complexo enquadra-se num paradigma holístico da saúde que implica, sob o ponto de vista do cuidar, olhar para a dimensão ética e bioética dos cuidados de saúde.

A ética reflete sobre o comportamento das pessoas em dinâmica de relação (F. Almeida, 1998), tem uma dimensão individual, mas também social, inscrevendo as orientações de conduta num quadro de valores, constituindo uma ciência reflexiva sobre a pessoa (M. Ferreira & Dias, 2005). A bioética concerne às normas e argumentos relacionados com as práticas humanas e seus efeitos sobre a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas, dos outros seres vivos e do ambiente, o que configura uma aproximação à humanização atendendo à sua complexidade e multidimensionalidade (Rego, Gomes, & Siqueira-Batista, 2008).

Neste sentido, os alicerces da ética da saúde são os princípios da teoria ética. Estes princípios implicam o reconhecimento do outro, um ser dotado de autonomia, com direito à autodeterminação, num processo do exercício da liberdade de fazer escolhas na sua vida, de forma responsável e reconhecendo como fronteira o espaço de liberdade de cada um.

A autonomia é o exercício da liberdade individual, a tomada de decisão livre e intencional, de acordo com o projeto individual de cada um, baseado na compreensão e sem coerção (Beauchamp & Childress, 2001). Em saúde este exercício de liberdade é traduzido no direito da pessoa tomar a decisão do que a si diz respeito, sendo a decisão terapêutica partilhada, isto é, a pessoa aceita ou não a estratégia proposta (A. Antunes, 1998). A escolha em liberdade implica que a pessoa possua a informação adequada, informação esta que deve ser proposta e não imposta, com base na sua necessidade e capacidade, na sua determinação e no seu referencial, em vez de assente no referencial do profissional. Nesta perspetiva, a questão tem a ver com o direito de escolher e não do dever de escolher, sendo o paradigma básico da autonomia em cuidados de saúde a expressão do consentimento (Beauchamp & Childress,

2001). Este consentimento tem lugar em qualquer situação médica, de forma livre e esclarecida, revogável a qualquer momento (UNESCO, 2006). Mesmo quando a autonomia está limitada, condicionando o poder de decisão, importa salientar que, mesmo as pessoas sem total competência para decidir, podem fazer escolhas autónomas, isto é, podem não ser totalmente autónomas, mas substancialmente autónomas o que, tal como noutras dimensões da vida, se enquadra na regulação da sociedade onde se insere (Beauchamp & Childress, 2001). Ou seja, em determinadas circunstâncias, a pessoa com autonomia limitada pode ter a capacidade para compreender a situação, seu significado, benefícios e consequências, assim como as alternativas, o que permite a prestação do seu consentimento, no exercício substancial da sua autodeterminação (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2009; Lampreia, 2008).

No âmbito dos cuidados de saúde é devido o respeito pelo melhor interesse da pessoa, considerando a sua vontade (A. Antunes, 1998), ou seja, existe o dever de contribuir para o bem-estar do outro, um dever de agir em benefício do legítimo interesse e direitos dos outros (Beauchamp & Childress, 2001), isto é, colocar o outro no centro do processo e agir segundo o princípio da beneficência. E, se por um lado, a volição e o interesse da pessoa são centrais, por outro é determinante não lhe provocar dano, quer seja de forma intencional, quer seja por negligência, que, em saúde, se associa a *primum non nocere* (A. Antunes, 1998; Beauchamp & Childress, 2001), respeitando o princípio da não-maleficência. Porém, a ética abrange também a afetação de recursos e os critérios que subjazem a essa decisão (A. Antunes, 1998), o que remete para a equidade e adequação da distribuição, determinada por normas estruturais da cooperação social, de direitos e responsabilidade sociais, inseridas nas características e valores de cada sociedade, como sejam a utilidade, obrigação de cuidar dos cidadãos, não discriminação, direito de propriedade, liberdade e outros, que se repercutem na consideração dos cuidados de saúde enquanto direito de todos, direito individual, associado ao mercado livre, igualdade de oportunidades, oportunidade de justiça, entre outros (Beauchamp & Childress, 2001), enquadrando-se no âmbito da justiça distributiva.

Na senda do respeito pela autodeterminação e dignidade humana, há que particularizar as pessoas vulneráveis, isto é, a fragilidade que alguns seres humanos apresentam. Esta fragilidade resulta de condições de vários níveis, como extremos de idade, género, nível socioeconómico, alterações físicas ou psíquicas, cultura, etnia. Assim, face à vulnerabilidade humana, a UNESCO (2006) indica que se impõe o respeito pela integridade pessoal, protegendo o indivíduo e grupos nesta situação.

Por seu lado, a ética profissional constitui um compromisso que tem lugar no encontro com o outro, um outro com o qual se assume um conjunto de responsabilidades e deveres, inscritos num Código

Deontológico, que regula o exercício profissional. Este Código inclui “normas de carácter ético ou moral, que visam assegurar a integridade do profissional, e de carácter jurídico e administrativo, que visam assegurar a qualidade do exercício da profissão.” (Neves, 2012, p. 152).

O exercício do profissional de saúde implica o reconhecimento e respeito pela singularidade e dignidade da pessoa, a responsabilidade de agir de acordo com o quadro deontológico e num quadro de princípios e valores. Desta forma, a relação do profissional de saúde com o cidadão implica princípios de veracidade, privacidade, confidencialidade e fidelidade. A veracidade refere-se à informação clara, compreensível e objetiva, a que o indivíduo tem direito, de acordo com a sua capacidade de compreensão e maturidade, baseada no respeito pelo outro, pela sua autonomia, no compromisso de fidelidade e verdade assumido no contexto terapêutico (e relação), na adesão às normas de autenticidade. No que concerne à privacidade, esta refere a possibilidade que a pessoa tem de autorizar ou declinar o acesso à informação, a si própria, à sua intimidade, num ato de liberdade de aceitar ou recusar a intervenção de outras pessoas, em respeito pela autonomia, isto é, respeita ao controlo da pessoa sobre si própria, à sua esfera privada. Quanto à confidencialidade está relacionada com a proteção da informação obtida numa relação de confidencialidade, como nos cuidados de saúde, embora possam existir normas legais que limitem a confidencialidade; enquanto a fidelidade consiste num compromisso implícito na relação profissional de saúde-cidadão, uma relação baseada em confiança e confidência (Beauchamp & Childress, 2001; Ourives, 2012; Parente, 2012; UNESCO, 2006).

Na particularidade da pediatria, na qual a relação é triangular (criança/adolescente – representante legal – profissional de saúde), e relativamente ao princípio ético da autonomia, a criança/adolescente até aos dezasseis anos não está habilitada a decidir, sendo a tomada de decisão da incumbência dos seus representantes legais, que devem dispor no seu superior interesse e direitos, no respeito pela dignidade humana, promovendo a sua autonomia e liberdade futuras, respeitando a confidencialidade (F. Almeida, 1998; UNESCO, 2006). Mas, mesmo sem habilitação para decidir, a criança/adolescente deve ser informada, de acordo com a sua idade e maturidade, e a sua manifestação de vontade estimulada e considerada (F. Almeida, 1998), devendo ser envolvida no processo.

Tomando como moldura a deontologia, isto é, o conjunto de regras de natureza ética, associadas ao valor e dever que regem o comportamento dos profissionais de saúde no exercício da sua atividade (M. Ferreira & Dias, 2005), e em consonância com o supramencionado, todos os profissionais, no âmbito das suas funções e competências, têm o compromisso de estabelecer uma relação personalizada com a criança/adolescente e seus conviventes significativos, de forma responsável, em parceria, construída sobre o respeito pela dignidade humana, promovendo o bem-estar e uma perspetiva positiva da

hospitalização. Para o efeito, segundo a Assembleia da República (2014), Beauchamp e Childress (2001), Cerdeira (2008), ERS (2009), M. Ferreira e Dias (2005), Ourives (2012), Parente (2012) e UNESCO (2006), os profissionais devem reconhecer e compreender que a pessoa doente não perde o estatuto de cidadão de pleno direito, que deve ser acolhida e cuidada com respeito, colocada no centro do processo, no qual é assumido o compromisso de:

Respeitar a dignidade humana e o direito à autonomia, em todos os processos de prestação de cuidados, pautando a sua atuação pelo cumprimento das regras de respeito no relacionamento entre cidadãos, afabilidade, tolerância e correção; Proteger e garantir a confidencialidade da informação clínica e identificativa do cidadão, de acordo com a legislação em vigor, procedendo à documentação de toda a informação que garanta a continuidade assistencial integral; Respeitar a diversidade cultural, filosófica e religiosa, de acordo com o direito e liberdade de crenças e convicções, quer nos aspetos culturais e terapêuticos, quer na assistência espiritual e religiosa, discriminação; Prestar cuidados de saúde adequados às necessidades e situação clínica, que promovam o bem-estar e a qualidade de vida; Garantir a continuidade de cuidados, preparando o cidadão para a alta, e articulando com os diferentes níveis de prestação de cuidados a coerência e integralidade dos cuidados; Informar sobre a situação clínica e fornecer toda a informação relevante, em função do nível de desenvolvimento e maturidade, no sentido do exercício da autonomia e liberdade do cidadão no processo de participação e tomada de decisão, de forma livre, esclarecida e responsável, salvaguardado o direito do cidadão a não querer saber; Respeitar o direito a obter segunda opinião e proceder a livre escolha, apoiando e informando sobre o acesso à informação clínica, nos termos da lei e, de acordo com os recursos existentes, possibilitar a livre escolha dos profissionais de saúde; Respeitar o consentimento ou dissentimento do cidadão, e as diretivas de vontade, para os atos/intervenções, investigação ou ensaio clínico, conforme inscrito na lei, sendo o consentimento informado, esclarecido, livre e revogável a qualquer momento; Garantir e respeitar a intimidade e privacidade do cidadão, em todas as circunstâncias da atividade assistencial; Respeitar o direito de reclamação, sugestão e elogio do cidadão relativamente aos profissionais e/ou serviço, informando sobre os procedimentos em vigor para o efeito; Cumprir e fazer cumprir as normas e procedimentos institucionais, legislativas e de boas práticas, quer derivadas da atividade assistencial, quer da atividade não assistencial, mantendo-se informado relativamente aos mesmos.

4. A HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA NUMA PERSPETIVA HUMANIZADORA E PROMOTORA DA SAÚDE

A atribuição/construção de significados ao meio hospitalar, entendida como os conteúdos que possibilitam à pessoa perceber o que é para ela o hospital, é complexa, tem um cunho pessoal e constitui a base que enforma a experiência emocional do lugar (Belver & Ullán, 2010; Ullán & Belver, 2008; Verwey, 2006), frequentemente associada a significados negativos, como a doença e o sofrimento (Belver & Ullán, 2010; Ullán & Belver, 2008). A atribuição/construção de significado, “vai mais além da busca de padrões; envolve a análise de relações, a associação dos estímulos com outros estímulos e categorias de estímulos e a construção de modelos conceituais.” (Kagan, 2006, p. 442). É possível atribuir/construir um significado positivo ao meio hospitalar, adotando uma concepção do hospital enquanto espaço de saúde, ou seja, cultivando uma vertente salutogénica, holística, humanizada e promotora da saúde.

A humanização dos cuidados de saúde implica o reconhecimento e respeito pela dignidade humana, na sua singularidade, multidimensionalidade, complexidade, autonomia e autodeterminação: “Na verdade ninguém humaniza ninguém. São as pessoas, através da sua inserção na realidade concreta, que propõem uma mudança, modificando-se e provocando transformações, através da reflexão, do diálogo, da escuta e da auto-sensibilização.” (Backes et al., 2006, p. 224). Neste sentido, a humanização tem a ver com o equilíbrio de poder entre os intervenientes, com a partilha, com a participação, com a liberdade, com a co-responsabilidade, com a qualidade da relação, com a solidariedade, com a afetividade, com o respeito pela individualidade e com a visão do ser humano multidimensional, construído através de redes de significados que emergem das relações estabelecidas consigo, com os outros e com o meio (D.V. Almeida, Chaves, & Brito, 2009; Deslandes, 2004; Puccini & Cecilio, 2004; Rego et al., 2008). Desta forma, a humanização inscreve-se, conforme refere Mezzomo (2012), numa visão holística, uma perspetiva de integralidade e multidimensionalidade da pessoa: dimensão física, sociológica (ser de relação), psicológica (afetos, emoções, sentimentos), filosófica (autoconhecimento, vontade, transcendência), teológica (autoconsciência, espírito).

Face ao exposto, a humanização na saúde é um processo com potencial transformador do ambiente e das relações, integrado numa visão de qualidade total, visando o reconhecimento e a satisfação da pessoa, enquanto ser multidimensional, respeitando a sua autonomia e dignidade. Este processo implica o envolvimento, o compromisso, a priorização do encontro com o outro, reconhecendo e valorizando a sua integralidade. Trata-se, assim, de um processo contínuo, pelo que a existência de atividades meramente pontuais do movimento humanizador subvertem o princípio que subjaz à humanização e

apenas mascaram a realidade, criando uma aparência impeditiva de uma mudança efetivamente transformadora (Puccini & Cecílio, 2004).

No entendimento de Waldow e Borges (2011):

Humanizar é afirmar o humano na ação e isso significa cuidado porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral, ou seja, de forma natural e, ao mesmo tempo, consciente, conjugando desta forma os componentes racionais e sensíveis.(p. 416).

O cuidar assenta numa visão humanizada e promotora da saúde, implicando envolvimento emocional, relação de autenticidade, reciprocidade, abertura ao outro, aprendizagem e desenvolvimento de todos os intervenientes. Porém, a fronteira desta relação afetiva é a esfera profissional, o que implica que o profissional de saúde tenha um elevado autoconhecimento (incluindo as suas atribuições de sentido e os seus referenciais) e capacidade para disponibilizar os recursos (pessoais e ambientais) de forma autêntica e segura na relação com o outro (Chalifour, 2002; M. Ferreira & Dias, 2005; Diogo & Baltar, 2014; Mercadier, 2004). O cuidar é, desta forma, um processo de construção dinâmico, centrado na pessoa, marcado pela existência de um eu e de um outro, no desenvolvimento de uma parceria que integra todas as dimensões dos cuidados: técnicas, relacionais e organizacionais (Honoré, 2013). Para o efeito, para que o profissional de saúde integre na sua prática diária esta vertente do cuidar humanizado, tem que ter as condições (teóricas, ambientais, oportunidades e exercício reflexivo sobre as práticas) que lhe permitam desenvolver e valorizar o saber conhecer, saber fazer, saber estar e saber ser²⁴, pilares do conhecimento segundo Delors (1996), adotando um modelo holístico, trabalhando de forma inter e transdisciplinar²⁵ com os cidadãos e os profissionais de diversas áreas (Rego et al., 2008). O serviço de saúde centrado no cidadão/utente valoriza e prioriza a satisfação das suas necessidades, inscrevendo-se numa perspetiva de participação e mudança, num processo contínuo que é um dos pilares dos modelos de qualidade da saúde (Puccini & Cecílio, 2004). É um modelo que garante o cuidado integral à pessoa, envolvendo os conviventes significativos, assegurando os aspetos tecnológicos de diagnóstico e tratamento, mas incluindo também as dimensões afetiva, social, educativa, jurídica e espiritual (Puccini & Cecílio, 2004; Ullán & Belver, 2008), de forma a responder e satisfazer, na pediatria, as necessidades da criança/adolescente hospitalizados, mas também das pessoas significativas que os acompanham. O Picker Institute Europe, instituição internacional na área dos cuidados sociais e de

²⁴ Para Delors (1996) aprender a conhecer é “adquirir os instrumentos da compreensão” (p. 77), o que implica pensar e reinventar a forma de pensar, a compreensão do meio envolvente, a descoberta, a curiosidade e sentido crítico; aprender a fazer, “para poder agir sobre o meio envolvente” (*loc.cit.*), no sentido da aquisição de competências e aplicação do conhecimento no meio envolvente (no caso, na prática profissional); aprender a estar e viver juntos remete para a participação e cooperação com os outros, para o compromisso e solidariedade; aprender a ser, no sentido da autonomia e da responsabilidade pessoal, do desenvolvimento integral da pessoa para responder aos desafios da vida.

²⁵ A interdisciplinaridade enquanto integração de vários pontos de vista na construção teórica (Rego et al., 2008). A transdisciplinaridade visa a abertura de todas as disciplinas àquilo que as atravessa e as ultrapassa (UNESCO, Primeiro Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, 6 de novembro de 1994)

saúde, considera que existem oito dimensões basilares na abordagem centrada no utente: a rapidez no acesso aos cuidados de saúde; a garantia de cuidados de qualidade; a participação nas decisões e respeito pelas suas preferências; a informação clara, compreensível e apoio à autonomia; as amenidades; o apoio emocional, empatia e respeito; o envolvimento de familiares e cuidadores; e a continuidade de cuidados (C. Gonçalves, Ramos, & Cerqueira, 2010).

A humanização constitui, à luz destes pensamentos, uma orientação e um caminho de respeito e conservação da dignidade humana. Assim, a humanização do hospital, e particularmente da pediatria, engloba diversos aspetos, que vão das condições ambientais ao ambiente terapêutico, tendo como objetivo o bem-estar de todos os atores (criança/adolescente, família/convivente significativo e profissionais) que diariamente vivem e convivem no ambiente hospitalar. Enfrentar o processo de hospitalização da criança/adolescente, as vicissitudes do adoecer e mesmo a morte, integrando a especificidade desta área e a interpretação e perceção infanto-juvenil neste ambiente, atendendo ao mundo particular da criança/adolescente e família/convivente significativo (H. Oliveira, 1993; Ullán & Belver, 2008; Verwey, 2006), permite às pessoas vivenciarem positivamente a hospitalização, num meio mais familiar. Desta forma, a intervenção dos profissionais de saúde deve orientar-se para a satisfação das necessidades da criança/adolescente e família/convivente significativo, nomeadamente no que respeita à informação e conhecimento sobre a situação da hospitalização, suporte emocional, gestão de conflitos, orientação, disponibilidade, conforto, respeito, segurança, envolvimento/participação/parceria nos cuidados, sustentada numa perspetiva holística e de capacitação das pessoas, incentivando a mobilização dos recursos e competências para a tomada de decisão informada, livre, esclarecida e responsável. Neste sentido, no espaço hospitalar, a par dos desenvolvimentos tecnológicos, é importante a criação de um ambiente humanizado, de um contexto onde predomine um atendimento integral, implicando o envolvimento de várias áreas profissionais, da saúde à administração, da arquitetura à política, num compromisso de toda a sociedade com o cuidado à infância e adolescência (Ullán & Belver, 2008).

O cuidar na pediatria envolve, desta forma, um trabalho de parceria com a criança/adolescente e família/convivente significativo, o que implica facilitar e facultar as condições para que estas desenvolvam competências que lhes permitam uma adaptação positiva, promovendo a autonomia. A criança/adolescente tem necessidade de ser informada diretamente sobre a sua situação, diagnóstico, prognóstico e tratamento, de forma precisa e honesta, sistematicamente atualizada pelos profissionais de saúde e conviventes significativos, de acordo com o seu nível de desenvolvimento e capacidade de interpretar e processar essa informação, conforme indicado nos estudos de Horstman e Bradding (2002),

Stenbak (1986) e também mencionado pela OE (2013) e por Tavares (2011). A família/convivente significativo necessita de estar informada e integrada em todo o processo, assumindo o seu papel parental.

Os profissionais de saúde devem conceder aos pais/conviventes significativos, a plena responsabilidade da criação e desenvolvimento da sua família, auxiliando na tomada das melhores decisões no supremo interesse da criança/adolescente (Winnicott, 1982). Para o autor, o conhecimento profissional não dá forçosamente aos profissionais de saúde a qualificação para compreenderem toda a dimensão e tarefa dos pais. E os pais/conviventes significativos são os principais responsáveis e quem melhor conhece a criança/adolescente podendo, nesse sentido, ser facilitadores de todo o processo, constituindo preciosos elos entre os intervenientes²⁶ (Andraus, Minamisava, & Munari, 2004; Coyne & Cowley, 2007; Tavares, 2011; Shields, Kristensson-Hallström, & O'Callaghan, 2003).

Um ambiente hospitalar cujo pilar é a qualidade, é um ambiente humanizado e promotor da saúde, um ambiente salutogénico, promotor de experiências positivas para todos os intervenientes no processo de hospitalização pediátrica. Humanizar implica o respeito pela pessoa na sua integralidade, a preservação da privacidade do seu espaço e dos cuidados prestados, desde a admissão no ambiente hospitalar até à alta (Tiny, 2010). Neste sentido o ambiente hospitalar humanizado comporta, como referido, as condições ambientais e o ambiente terapêutico, ou, seguindo a linha de Donabedian (2003), a qualidade relacionada com a Estrutura (ambiente associado ao conforto e bem-estar proporcionados), com o Processo (qualidades técnicas – conhecimentos científicos e técnicos – e qualidades interpessoais) e com os Resultados (produção e efeito). As condições ambientais incluem as instalações, a decoração, o nível funcional e o *design* (L. Barros, 1998; 2003; Donabedian, 2003; Ullán & Belver, 2008). No ambiente terapêutico a dimensão dos cuidados à criança/adolescente e convivente significativo (da admissão à alta) e a dimensão relacional, bem como a comunicação entre os atores é fundamental, ou seja, o ambiente terapêutico humanizado e promotor da saúde relaciona-se com o conhecimento e domínio de técnicas de diagnóstico e terapêutica, mas assenta também (e essencialmente) no processo de cuidar²⁷ (Esteves et al., 2014; J. Ferreira, 2005; Goulart & Chiari, 2010; B.R. Oliveira, Collet, & Viera, 2006).

²⁶ O Modelo de Parceria nos Cuidados de Casey (1988) referido por Mendes (2013) assume os pais como os melhores especialistas e prestadores de cuidados aos filhos. Mendes (*ibidem*) salienta ainda, baseada em Smith, Coleman e Bradshaw (2006) e nos Cuidados Centrados na Família, que o *continuum* do envolvimento da família nos cuidados vai desde processos liderados pelo enfermeiro (sem envolvimento, com envolvimento e participação da família), passando pelo estatuto de igualdade (parceria) até à liderança do processo pela família (que implica a capacitação da família para os cuidados e a negociação do seu envolvimento, participação, disponibilidade e parceria).

²⁷ Cuidar implica, para além do conhecimento científico, das técnicas e das relações interpessoais, o reconhecimento, o respeito e a defesa da pessoa, sujeito de direitos e deveres (Coelho, 2000).

4.1 Condições Ambientais

A estrutura e as decisões dos gestores hospitalares estiveram, durante largos anos, centradas no desenvolvimento tecnológico e no controlo ambiental, claramente orientados por um modelo biomédico. Este modelo, centrado nos mecanismos biológicos, na dimensão física do ser humano, relega para um plano secundário o bem-estar dos cidadãos, a sua multidimensionalidade e integralidade, contribuindo para a construção de significados negativos do ambiente hospitalar, orientados por uma perspetiva de doença ao invés de uma visão positiva da saúde. Novos desenvolvimentos na área da saúde, com uma nova conceção e modelo de cuidar, centrado na pessoa e na sua individualidade, pessoalidade e integralidade, tem permitido paulatinamente alterar este padrão, orientar o olhar para modelos associados ao bem-estar e à qualidade, colocando o cidadão no centro do sistema e da decisão, numa dimensão positiva, promotora e humanizadora da saúde.

A propósito da arquitetura e ambiente hospitalares, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), elaborou recomendações e especificações relativamente a estas áreas:

As soluções de projeto devem dar especial atenção aos aspectos de conforto acústico, térmico, visual e de ambiente interior, como elementos preponderantes para humanização dos cuidados de saúde, sobretudo nos aspectos de cor, textura, brilho, reflexão e desenho dos acabamentos e equipamentos a utilizar.

Deve considerar-se a existência de luz natural em todos os compartimentos de permanência de doentes e de pessoal, excepto naqueles em que os requisitos clínicos, técnicos e funcionais o impeçam. O projeto deve assegurar a dignidade e a privacidade dos doentes facilitando, no entanto, a observação dos mesmos pelos técnicos de saúde (ACSS, 2011, p. 12)

No mesmo sentido, a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2013b) emitiu uma orientação sobre o conforto nas unidades hospitalares, considerando que, neste âmbito, devem ser avaliadas as dimensões física e emocional, referindo que a arquitetura hospitalar bioclimática, integrada com a natureza, pode influenciar favoravelmente o conforto das pessoas, tal como as cores, a iluminação e a ventilação natural, a qualidade do ar, as temperaturas, os níveis de humidade relativa do ar, o ruído, as acessibilidades, as atividades de entretenimento, entre outros.

Estes aspetos arquitetónicos e de condições ambientais são ainda mais prementes nos serviços de pediatria, atendendo a que interferem com a vivência proporcionada à criança/adolescente e família/convivente significativo, devendo estar organizadas e estruturadas de forma a possibilitarem conforto, segurança, atividades educativas e de lazer, privacidade e algum controlo sobre a situação (L.

Barros, 1998; Dudley, Ackerman, Brown, & Snow, 2015; Verwey, 2006), tal como condições para sono/repouso (Meltzer, Davis, & Mindell, 2012) e, desta forma, são importantes na humanização dos serviços (Esteves et al., 2014). A estrutura hospitalar na pediatria deve, segundo L. Barros. (2003), ser adequada ao desenvolvimento da criança/adolescente, ter sinalização apropriadamente colocada e áreas diferenciadas para as diferentes atividades: assistenciais, educativas, sociais e lúdicas. No mesmo sentido, o ACS (2010) refere que os serviços e espaços na pediatria (receção, salas de espera, quartos e outros) devem ser adaptados à idade, maturidade e situação da criança/adolescente.

Na análise que Ullán e Belver (2008) efetuaram a estudos²⁸ publicados sobre a arquitetura, as políticas e as normas das instituições hospitalares, encontraram evidências científicas que permitiam relacionar estas dimensões institucionais com os riscos para os utentes e para os profissionais, com o bem-estar e com a qualidade do ambiente terapêutico. Efetivamente, a configuração do espaço hospitalar influencia a interpretação e os significados atribuídos ao ambiente hospitalar, pelo que um ambiente físico e normas adequados à pediatria contribuem para diminuir a carga ameaçadora da hospitalização e para melhorar a qualidade de vida da criança/adolescente e conviventes significativos.

Sob o ponto de vista estrutural, a existência de uma paisagem natural a partir do quarto/enfermaria, uma possibilidade de contactar/visualizar (ainda que através de uma janela) com a Natureza (vistas naturais, jardins, plantas, luz natural...), é um elemento de distração, abstração e relaxamento, constituindo um fator redutor do stresse e da dor, proporcionando uma experiência de hospitalização mais positiva (DGS, 2013b; Queraltó, 2000; Ullán & Belver, 2008; Verwey, 2006).

A decoração do ambiente, que o torne acolhedor e com estímulos prazerosos, é uma forma de amenização do contexto hospitalar, através do recurso a elementos gráficos, plantas, pinturas, murais e outros (Carrillo & Quiles, 2000a; DGS, 2013b; Ullán & Belver, 2008), sendo esta questão importante para a forma como o espaço é percebido pela criança/adolescente e família/convivente significativo (Curtis, James, & Birch, 2007; Ullán & Belver, 2008). A existência de espaços lúdicos, promotores do desenvolvimento e integração no ambiente, é outra forma de contributo para a adaptação à hospitalização (Barrón et al., 2000; Motta & Enumo, 2004).

²⁸ Os estudos a que Ullán e Belver (2008) se referem são:

Fornara, F., Bonaio, M. & Bonnes, M. (2006). Perceived hospital environment quality indicators: A study of orthopaedic units. *Journal of Environmental Psychology*, 26, 321-334.

Hamilton, D. K. (2004). Certification for evidence-based projects. *Healthcare Design*, 4, 43-46.

Ullán, A. M., & Belver, M. H. (2006). Gestión de espacios infantiles hospitalarios. *Sedisa XXI*, 2, 24-31.

Ulrich, R., & Zimring, C. (2004). The role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity.

Van der Berg, A. (2005). Health impacts of healing environments. A review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air, and quiet in healthcare settings. Disponível em www.thearchitectureofhospitals.org

Varni, J. W., Burbinkle, T. M., Dickinson, P., Sherman, S. A., Dixon, P., Ervice, J. A., et al. (2004). Evaluation of the built environment at a children's convalescent hospital: development of the Pediatric Quality of Life Inventory parent and staff satisfaction measures for pediatric health care facilities. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatric*, 25, 10-20.

A nível funcional, a existência de mobiliário adequado ao estágio de desenvolvimento da criança/adolescente e ao conforto da família/convivente significativo (E.M. Melo et al., 2014; Ullán & Belver, 2008), a disponibilidade de material lúdico e recursos audiovisuais, roupa da cama com motivos interessantes e apropriados à idade, controlo dos odores desagradáveis (DGS, 2013b; Ullán & Belver, 2008), bem como fardamento dos profissionais que não promova a despersonalização (DGS, 2013b; Mercadier, 2004), são aspetos determinantes para que o ambiente seja promotor de uma visão humanizada e experiências positivas na hospitalização.

O *design* hospitalar é um dos fatores que contribuem para a qualidade do ambiente no contexto da hospitalização pediátrica, estando bem documentado no que respeita a adultos e crianças (Ullán et al., 2012). Porém, entendem os autores, no caso dos adolescentes o panorama é bastante diferente, uma vez que estes são pouco consultados no que respeita à qualidade dos serviços de saúde e os seus interesses diferem dos das crianças. Em Portugal, M. Abreu e Azevedo (2012) referem que são insuficientes os estudos relacionados com a hospitalização dos adolescentes e, dadas as características desta fase de desenvolvimento, deveriam existir unidades de adolescentes nas instituições hospitalares, o que é raro, embora a Carta da Criança Hospitalizada refira, de forma clara, que se deve proceder à hospitalização por grupos etários, no sentido destas beneficiarem das atividades educativas e lúdicas adequadas à idade e em segurança. Na realidade, na adolescência inicial os pais controlam mais a situação de saúde dos filhos, mas com a progressiva autonomização do adolescente, este vai assumindo maior responsabilidade e nível de participação ativa no processo de tomada de decisão, sendo importante perceber as suas necessidades, potencialidades, expectativas e significados, considerando que requerem maior privacidade e preservação da confidencialidade (OE, 2010), pelo que é essencial que existam condições ambientais que satisfaçam estas necessidades. Estudos²⁹ realizados no âmbito do *design* hospitalar revelam que os adolescentes apresentam preferências relativamente à estrutura, decoração e organização do espaço, mas valorizam também a existência de atividades de distração (computadores,

²⁹ Os estudos referidos por Ullán *et al.* (2012) são:

Blumberg, R., & Devlin, A. S. (2006). Design issues in hospitals: The adolescent client. *Environment and Behavior*, 38, 293-317. doi:10.1177/0013916505281575.

Britto, M. T., DeVellis, R. F., Hornung, R. W., DeFries, G. H., Atherton, H. D., & Slap, G. B. (2004). Health care preferences and priorities of adolescents with chronic illnesses. *Pediatrics*, 114, 1272-1280. doi:10.1542/peds.2003-1134-L

Coad, J., & Coad, N. (2008). Children and young people's preference of thematic design and colour for their hospital environment. *Journal of Child Health Care*, 12, 33-48. doi:10.1177/1367493507085617.

Farrant, B., & Watson, P. (2004). Health care delivery: Perspectives of young people with chronic illness and their parents. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 40, 175-179.

Jedloo, S., Staa, A. v., Latour, J. M., & Exel, J. A. v. (2010). Preferences for health care and self-management among Dutch adolescent with chronic conditions: A Q-methodological investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 593-603. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.10.006

Ullán, A. M., Belver, M. H., Serrano, I., Delgado, J., & Badía, M. (2012). Perspectives of youths and adults improve the care of hospitalized adolescents in Spain. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(3), 182-1 Ullán, A. M., Serrano, I., Badía, M., & Delgado, J. (2010). Hospitales amigables para adolescentes: Preferencias de los pacientes. *Enfermería Clínica*, 20, 341. doi: 10.1016/j.enfcli.2010.07.00692.

televisão, jogos e outras), atribuindo grande importância aos aspetos simbólicos (por exemplo, parecer um hospital) e ao respeito pela multidimensionalidade da pessoa (Ullán et al., 2012).

As normas e regulamentos também se enquadram nas condições ambientais, no sentido de restringirem ou flexibilizarem as rotinas, a permanência de bens pessoais, o desenvolvimento de atividades e o acesso de pessoas significativas ao espaço hospitalar (M. Abreu & Azevedo, 2012; Verwey, 2006), permitindo uma maior abertura às relações com a família e com os pares.

4.2 Ambiente Terapêutico

O hospital é um espaço diferenciado, no qual tem lugar o processo de cuidar, um processo que decorre ao longo do ciclo de vida da pessoa e família, no sentido da promoção da saúde, tratamento da doença e reabilitação do cidadão e grupos. O processo resulta da aplicação de conhecimentos, competências e instrumentos, estabelecimento de relações autênticas, de confiança, de parceria nos cuidados, e visa proporcionar vivências positivas e promover respostas adequadas aos eventos de vida, particularmente os relacionados com o processo saúde/doença. E, a “relação inerente ao cuidar tem que ser considerada como uma realidade complexa onde existe não só uma interferência de valores de carácter técnico, administrativo, económico, jurídico, mas também culturais, religiosos e morais.” (Honoré, 2013, p. 12). Entre as medidas promotoras de adaptação e vivência positiva da hospitalização, relacionadas com o ambiente terapêutico, inscrevem-se a relação e comunicação entre os atores do contexto, os cuidados à criança/adolescente e convivente significativo desde a preparação para a estadia no hospital até à alta, o acompanhamento da criança/adolescente pelos familiares/conviventes significativos, a parceria nos cuidados, as condições para o desempenho dos profissionais (tal como anteriormente mencionadas), tornando o ambiente hospitalar menos ameaçador.

4.2.1 Relação e Comunicação no Ambiente Terapêutico

A relação interpessoal é essencial à satisfação de necessidades fundamentais (*e.g.*, confiança, sentido de pertença, amor), sendo que cada indivíduo tem necessidade de ser escutado, olhado, compreendido, acolhido e reconhecido na sua identidade e singularidade (M.I. Santos, 2000). No contexto hospitalar a relação é evolutiva, desde a fase inicial, de familiarização entre a pessoa e o profissional de saúde, esclarecimento de regras e normas, clarificação de papéis, estabelecimento de confiança, gestão de expectativas, procura de soluções, busca de respostas adaptativas e consolidação de aprendizagens, até à conclusão, em que é assumida a transição para a vida quotidiana e a aplicação das novas competências a outras situações (Chalifour, 2002).

A relação implica partilha, não só de pessoas e ideias, mas também de afetos, porque só desta forma a relação se pode constituir terapêutica (M.C. Antunes, 2008), uma vez que a dimensão afetiva é importante no respeito pela individualidade da pessoa, para que esta não agrave “o vazio relacional” (Mercadier, 2004, p. 260) que a hospitalização lhe pode infligir. Até porque a detenção de afetos positivos, o controlo e a participação influenciam a perceção e a atribuição de significado aos acontecimentos, bem como a qualidade de vida e do bem-estar (S.A. Galinha, 2011b).

No contexto da hospitalização pediátrica é essencial o estabelecimento de relações de ajuda e terapêuticas, uma base de comunicação efetiva e consistente, a promoção de um ambiente seguro e o desenvolvimento de trabalho em equipa. Para Lazure (1994), o objetivo da relação de ajuda é criar a oportunidade para a pessoa identificar, sentir, saber, escolher e decidir se deve mudar, o que se inscreve num processo de liberdade, de exploração e descoberta de si. A relação terapêutica é uma relação de proximidade, requer empatia (capacidade de compreender os sentimentos, os pensamentos e as atitudes do outro, mas sem ultrapassar a fronteira da identidade de cada um), confiança (assente no respeito pela individualidade e singularidade de cada um), conhecimento, estabelecimento de vínculos e inteligência emocional na compreensão do outro, das suas expectativas, vivências e receios, potenciando a sua abertura a novas perspetivas, potencialidades e limites, promovendo o crescimento (Braga, 2013). Segundo Hildegard Peplau, referida por Pearson e Vaughan (1992), e como referido, a relação de ajuda e terapêutica implica proximidade e intimidade profissional³⁰, sendo centrada nas necessidades da pessoa, mas promotora da aprendizagem, crescimento e desenvolvimento de todos os intervenientes. A relação do profissional com a pessoa (criança/adolescente, família/convivente significativo ou outro) é uma construção singular, baseada nas conceções de cada um, personalidade, conhecimentos, competências, experiências, representações de papéis e contexto (Chalifour, 2002). É uma prática transformadora em que a relação ocorre num ambiente entre sujeitos, não apenas enquanto seres individuais, mas também como seres sociais (Goulart & Chiari, 2010). A proximidade profissional estabelece uma fronteira, um limite determinante quer para a prestação de cuidados, quer para a auto preservação (Mercadier, 2004). E, se a relação do médico com a criança/adolescente e os conviventes significativos influencia o nível de satisfação de todos e a adesão terapêutica, a relação da criança/adolescente e conviventes significativos com os enfermeiros é ainda mais estreita, dado o tempo de relação e a partilha de momentos de intimidade que marcam a hospitalização (Queraltó, 2000), uma vez que alguns cuidados de saúde, dada a sua proximidade, poderão ser percebidos como invasivos,

³⁰ Para Peplau a proximidade profissional refere-se à proximidade física e à intimidade interpessoal. A proximidade física ocorre pelo cuidar fisicamente. A intimidade interpessoal decorre da troca bilateral de ideias e pensamentos sobre novas experiências, com benefício mútuo (profissional de saúde e utente). A proximidade profissional deve ter em linha de conta as necessidades do utente e família.

como o dar banho, massajar, posicionar e outros (M. Ferreira & Dias, 2005). Nas relações interpessoais entre o profissional de saúde e o utente (que na pediatria são a criança/adolescente e os conviventes significativos), a qualidade do encontro é determinante para a eficiência e efetividade da humanização da hospitalização.

Neste sentido, a relação de ajuda e terapêutica (que se potencia no encontro com o outro), deve presidir à relação entre o profissional e a pessoa ou grupo, tendo implícita uma relação de qualidade, assente no respeito, na esperança, na autonomia, na liberdade e na promoção das competências das pessoas, tendo lugar tão-somente em relações dinâmicas, seguras, de reciprocidade, e autenticidade, encarando os envolvidos como seres holísticos (Chalifour, 2002; Dudley et al., 2015; M. Ferreira & Dias, 2005; Jorge, 2004).

No contexto desta relação, a capacidade comunicativa é determinante, nomeadamente através de um instrumento privilegiado, a empatia, que serve o propósito de criar um ambiente de comunicação autêntico, transcendendo contextos situacionais, permitindo a compreensão e ajuda. A comunicação, base da relação, implica o domínio das técnicas e competências comunicacionais, que permitem ouvir, aprender, refletir, criar, respeitar a diferença, compartilhar significados, construir sentidos, promovendo o encontro com o outro e a sua autonomia (Matraca, Wimmer, & Araújo-Jorge, 2011). O encontro com o outro implica perceber que o respeito pelo silêncio é fundamental, porque este também constitui uma forma de comunicação (Chalifour, 2002; Jorge, 2004), importante enquanto momento de interiorização, de organização de pensamento, de reflexão e de entendimento (Chalifour, 2002).

Na pediatria, tal como noutros contextos, a comunicação ocorre de forma verbal e não verbal na relação com o outro (que no caso da hospitalização pediátrica é a criança/adolescente e a família/convivente significativo), quer pelo olhar, pela expressão facial, pelos gestos, pela expressão verbal ou pela postura corporal. O genuíno interesse em escutar e dialogar com o outro permite o seu acolhimento efetivo e o estabelecimento de vínculos entre o profissional de saúde e a criança/adolescente e a família/convivente significativo (Ayres, 2006). Assim, no âmbito da comunicação e da relação, a postura corporal de abertura revela muito sobre o profissional e sobre quem é cuidado, sendo a disponibilidade essencial a todo o processo; o olhar é determinante na relação e comunicação; a escuta, enquanto processo ativo, é demonstradora da atenção e importância que a pessoa cuidada tem para o profissional e da disponibilidade deste para a relação (Chalifour, 2002; M. Ferreira & Dias, 2005).

Num estudo levado a cabo pelo ACS (2010), em parceria com a Rede Internacional dos Hospitais Promotores de Saúde, sobre o respeito pelos direitos da criança no hospital, esta entidade refere que existe necessidade dos profissionais de saúde desenvolverem competências comunicacionais com as

crianças, no sentido de responderem de forma mais efetiva ao direito à informação e participação da criança/adolescente nas decisões sobre os seus cuidados de saúde.

E porque o “que cuida nada pode fazer sem aquele que é cuidado” (Jorge, 2004, p. 91), comunicar também é humanizar.

4.2.2 A Arte e Ciência dos Cuidados na Pediatria

Os cuidados à criança/adolescente na hospitalização pediátrica vão desde a preparação para a estadia no hospital até à alta, as técnicas de diagnóstico e terapêutica, o acompanhamento da criança/adolescente pelos familiares/conviventes significativos e a parceria nos cuidados. O hospital deve proporcionar à criança/adolescente e família/convivente significativo um ambiente que responda às suas necessidades em todas as dimensões: física, mental, social, cultural e espiritual, garantindo as condições ambientais, recursos, modelos de cuidados, políticas e normas que garantam a sua satisfação e segurança (Instituto de Apoio à Criança, 2008).

A Carta da Criança Hospitalizada é clara relativamente aos direitos da criança/adolescente: (i) aceder aos serviços de saúde sem discriminação, a atividades de lazer e educativas adaptadas à sua idade e situação, a ser informada de forma adequada à sua idade, nível de desenvolvimento e compreensão; (ii) de se exprimir livremente no que a ela diz respeito e de que a sua opinião seja tida em conta, de acordo com a sua idade e maturidade; (iii) ser protegida de todas as formas de violência; (iv) não ser separada dos pais/conviventes significativos; (v) respeito pela privacidade; (vi) não sentir dor e ter uma morte digna; (vii) recusar ser submetida a investigações clínicas ou a projetos experimentais, podendo interromper o processo de investigação a qualquer momento (ACS, 2010).

O ACS (2010), refere que a prestação de cuidados de saúde na pediatria é mais favorável em modelos com equipas multidisciplinares, com efeitos positivos no acolhimento, envolvimento e participação da criança/adolescente e família/convivente significativo durante o processo de hospitalização, bem como na melhoria contínua dos serviços. Aliás esta entidade entende que a criança/adolescente deve participar na discussão e avaliação dos seus direitos na hospitalização, bem como sobre os cuidados de saúde prestados. No estudo que levou a cabo, em parceria com a Rede Internacional dos Hospitais Promotores de Saúde, este Alto Comissariado constatou que a maioria dos direitos expressos na Carta da Criança Hospitalizada estavam assegurados, mas havia necessidade de proceder a melhorias contínuas, nomeadamente na dimensão comunicacional, na consulta das crianças/adolescentes sobre a vida hospitalar na pediatria, na sua participação e opinião sobre os cuidados de saúde que lhe dizem respeito, bem como sobre as atividades educativas e lúdicas. Sendo um processo contínuo, refere esta entidade,

o respeito pelos direitos da criança hospitalizada e a qualidade dos cuidados de saúde prestados devem ser objeto de compromisso e melhoria contínua pelos Conselhos de Administração, pelos profissionais de saúde, pela criança/adolescente e pela família/convivente significativo.

A hospitalização, sempre que possível, deve ser preparada. A preparação para a hospitalização constitui uma oportunidade para minimizar o impacto da mesma, podendo ser realizada através de diversas ferramentas (folhetos, livros, narrativas, visitas hospitalares, vídeos, jogos, brinquedos, desempenho de papéis, treino de estratégias de *coping*, manipulação de instrumentos médicos, imaginação/distração, relaxamento e outras), sendo que estas devem ser adaptadas à idade e desenvolvimento da criança/adolescente, à situação clínica, experiências prévias de hospitalização e outras condições (como a hospitalização não planeada), dada a variabilidade da sua eficácia, podendo mesmo surtir um efeito paradoxal de sensibilização, aumentando o nível de ansiedade (L. Barros, 1998; Carrillo & Quiles, 2000b; Moro & Módolo, 2004; OE, 2011b; Sebastián & Palacio, 2000a; Tavares, 2011). Todavia, a preparação da hospitalização, por via de regra, facilita a adaptação ao ambiente hospitalar, sendo os contextos mais indicados à sua efetivação os mais próximos e familiares da criança/adolescente, como o ambiente familiar, a escola e os cuidados de saúde primários, devendo, até, a preparação da criança/adolescente ocorrer num processo de educação e promoção da saúde ao longo da vida, no sentido da familiarização e adesão aos estilos de vida saudáveis, às rotinas e procedimentos mais comuns na área dos serviços de saúde (L. Barros, 1998; 2003). Esta preparação deve ser realizada a partir de um plano individualizado, sendo tão mais premente quanto os tratamentos sejam invasivos ou de alto risco, alterem a imagem corporal e/ou existam alterações relacionais e medo da criança/adolescente (J.M. Quiles & Carrillo, 2000a). A preparação e o envolvimento dos pais/conviventes significativos é tão importante como a da criança/adolescente, uma vez que, se apresentarem elevados níveis de ansiedade, com reações inadequadas à tensão e à situação, constituem um risco para o despoletar de reações negativas na criança/adolescente e, a preparação da hospitalização, é uma oportunidade para o desenvolvimento de competências de *coping* e suporte (L. Barros, 1998; Méndez et al., 1996; OE, 2011b; J.M. Quiles & Carrillo, 2000a, 2000b; Sebastián & Palacio, 2000b).

Efetivamente, o ajustamento dos pais/conviventes significativos ao papel parental em contexto de hospitalização da criança/adolescente implica preparação e conhecimento relativamente à situação clínica, às próprias expectativas e dos profissionais de saúde, envolvimento e integração no ambiente hospitalar, assumir o seu papel relativamente à prestação, participação e parceria nos cuidados. O envolvimento nos cuidados reduz o sentimento de perda de controlo e a ansiedade, ajuda a manter o nível de confiança dos pais/conviventes significativos, o seu bem-estar e a sua satisfação (Balling &

McCubbin, 2001; Cockcroft, 2011; Coyne & Cowley, 2007; Magalhães, 2011; OE, 2015; Verwey, 2006), permitindo manter expectativas adequadas relativamente à hospitalização, ajudando na adaptação e incrementando a parceria entre os intervenientes no contexto terapêutico (Balling & McCubbin, 2001; Carrillo & Quiles, 2000a; Coyne & Cowley, 2007; OE, 2015; Shields et al., 2003; Verwey, 2006). A falta de comunicação e envolvimento dos pais pode conduzir a frustração, irritação, desânimo e impotência, pelo que eles devem poder escolher o seu grau de presença, acompanhamento e participação nos cuidados durante a hospitalização da criança/adolescente, sendo encorajados até ao limite da sua responsabilidade e nível de conforto para o efeito (Coyne & Cowley, 2007; Verwey, 2006). Assim, é essencial perceber o significado atribuído pelos familiares/conviventes significativos relativamente à sua participação (e respetiva volição e disponibilidade), bem como a dos profissionais, nos cuidados à criança/adolescente (E.M. Melo et al., 2014; OE, 2015; Verwey, 2006), garantindo que o envolvimento, a parceria, resulta de um trabalho conjunto e não de uma autorização/expectativa dos profissionais de saúde (E.M. Melo et al., 2014). A vontade de participação dos pais/conviventes significativos, principais cuidadores, está relacionada com a facilitação, encorajamento, negociação, integração na tomada de decisão pela equipa de saúde e a sua capacitação para o cuidar (Coyne & Cowley, 2007; OE, 2015; Verwey, 2006). A parceria cria oportunidades de desenvolvimento nos pais/conviventes significativos, aumenta a sua sensação de controlo e promove a assunção do papel parental na sua plenitude (OE, 2015; P.M. Sousa, 2012; Verwey, 2006).

Particularmente no caso da doença crónica de crianças/adolescentes, a construção de uma parceria entre os profissionais de saúde e os pais/conviventes significativos é essencial, uma vez que estes são verdadeiros peritos na área do cuidar dos seus filhos e, só uma verdadeira parceria, negociando o nível de participação nos cuidados, permite que se promova a capacitação destes para responderem de forma positiva às necessidades dos filhos e a adaptação à hospitalização (Balling & McCubbin, 2001; Figueiredo, 2002). Efetivamente, existem diferenças no desejo de participação nos cuidados e na tomada de decisão dos conviventes significativos das crianças/adolescentes em situação aguda ou crónica, uma vez que, no caso da situação crónica, aqueles têm mais competências na prestação de cuidados, enquanto os primeiros tendem a sentir que os profissionais de saúde se encontram melhor qualificados para decidir e prestar cuidados, particularmente os específicos (Balling & McCubbin, 2001; Coyne & Cowley, 2007).

A parceria é um processo dinâmico entre os atores do contexto de hospitalização pediátrica, equitativo, flexível e colaborativo, em que os níveis de participação e tomada de decisão se vão alternando, conforme a informação vai sendo integrada, as aptidões, vontade, competências, confiança e cooperação se vão

desenvolvendo, no reconhecimento e respeito mútuo das diferenças, orientada para construção de soluções, para a adaptação (Honoré, 2013; OE, 2015; Verwey, 2006) e para a promoção de competências, autodeterminação e capacitação das pessoas (criança/adolescente e família/convivente significativo) para adquirirem controlo sobre as suas vidas e prosseguirem o seu projeto de vida e saúde (OE, 2011c; 2015).

A capacitação das pessoas na promoção do seu potencial de saúde é essencial à “promoção de uma cultura holística e positiva da saúde” (DGS, 2013a, p. 4), criando sinergias e co-responsabilidade entre os diferentes contextos e intervenientes. No âmbito de uma cultura holística, as relações entre os intervenientes no processo de cuidar são horizontais, democráticas, de corresponsabilização, de partilha, de parceria, orientadas para a autonomia (na hospitalização em contexto pediátrico engloba a criança/adolescente e a família/convivente significativo). Nesta perspetiva, são abolidas as relações de sujeição da criança/adolescente e família/convivente significativo à determinação dos profissionais de saúde sendo, pelo contrário, reconhecido o papel de cada um no contexto da hospitalização, em respeito e valorização da autonomia, singularidade e complexidade do ser humano. A este propósito, Honoré (2013) refere:

É necessário que a acção de cuidar comporte o reconhecimento da possibilidade do doente³¹ descobrir em que consiste, para ele, a saúde e qual o papel que pode assumir na sua manutenção. É necessário que este doente-actor descubra a possibilidade de ser um pólo de promoção da saúde no meio em que vive (pp. 46-47).

O ambiente terapêutico humanizado assume a pessoa como ser integral³², autónomo e livre e, neste sentido, cria oportunidade para a criança/adolescente, os pais/conviventes significativos e os profissionais desenvolverem conhecimentos e competências, no contexto de uma comunicação efetiva, uma relação autêntica, fomentadora do cuidar em parceria e estimuladora de um meio securizante. Desta forma, o estabelecimento de uma verdadeira parceria com comunicação efetiva, envolvimento, acesso a informação adequada e compreensível, com negociação e gestão do nível de participação de cada parceiro, é facilitadora da adaptação da criança/adolescente e fundamental para os pais assumirem o seu papel parental, incrementa o controlo sobre a situação, promove os laços afetivos essenciais ao desenvolvimento da criança/adolescente, sendo a coerência e consistência da equipa de saúde determinante para uma relação de confiança (Andraus et al., 2004; Balling & McCubbin, 2001; Cardoso, 2010; Cockcroft, 2011; Coyne & Cowley, 2007; Dudley et al., 2015; OE, 2015; Reis, 2007; P.M. Sousa,

³¹ No caso da hospitalização pediátrica o modelo de cuidar é centrado na criança/adolescente e família/convivente significativo.

³² “A integralidade, para concretizar-se, depende do reconhecimento e da valorização do encontro singular entre os indivíduos, que se processa no necessário convívio do ato cuidador” (Puccini & Cecilio, 2004, p. 1351)

2012). A parceria nos cuidados insere-se num princípio humanizador, na qual o outro é reconhecido, aceite e compreendido como ser autónomo, construtor e detentor de um projeto de saúde e de vida, peça central no sistema de saúde, com o qual é co-construída uma relação complexa, continuamente recriada.

Assim, os cuidados prestados pelos profissionais de saúde devem incluir e envolver a criança/adolescente e os conviventes significativos, desde o planeamento, implementação e avaliação, incentivando a participação, apoiando a tomada de decisão, alicerçadas num processo de comunicação, informação e relação autêntica, contribuindo para amenizar a experiência da hospitalização (L. Barros, 1998; Cardoso, 2010; Carrillo & Quiles, 2000a; Cockcroft, 2011; Figueiredo, 2002; OE, 2015). Porque “O cuidado é, para o homem, uma dimensão estruturante da sua existência em projecto.” (Honoré, 2013, p. 174). Nesta lógica, a formação dos profissionais de saúde deve valorizar a individualidade da pessoa na sua experiência da doença, implicando a inclusão da dimensão ética e da dimensão humana nos *curricula* (A.C. Filho, 2012).

Na hospitalização pediátrica não pode também ser descurada, no âmbito dos cuidados e da parceria, a continuidade do processo. Para a continuidade dos cuidados são determinantes o planeamento e a implementação das intervenções de preparação para a alta, no sentido da capacitação da criança/adolescente e conviventes significativos para o exercício de maior controlo sobre a sua saúde e, se necessário, recorrer à articulação e apoio dos diferentes níveis de serviços de saúde (E.M. Melo et al., 2014; OE, 2015; Verwey, 2006). E, neste sentido, a preparação para a alta inscreve-se, também, numa perspetiva humanizadora e de promoção da saúde.

Do exposto é perceptível que, mesmo perante circunstâncias adversas, de tensão quer psíquica, quer física, é possível preservar vestígios de liberdade, uma vez que não é possível retirar à pessoa “la última de las liberdades humanas – *la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias – para decidir su propio camino.*” (Frankl, 1998, p. 99). E, neste sentido, é possível proporcionar experiências positivas na hospitalização da criança/adolescente, não permitindo que o processo seja marcado apenas por efeitos negativos (Belver & Ullán, 2010; Ullán & Belver, 2008) .

Na realidade, têm vindo a adotar-se medidas que proporcionem à criança/adolescente e seus conviventes significativos uma adaptação e vivência positiva da hospitalização, até porque, ao longo do processo, as atividades da criança/adolescente se enquadram em quatro grupos: atividades de carácter assistencial (diagnóstico e terapêutica), atividades de vida diária (como higiene e alimentação), atividades educativas (que são espaços dinamizadores da vida quotidiana da hospitalização e não meras atividades escolares) e atividades sociais e lúdicas (Belver & Ullán, 2010; Ullán & Belver, 2008). Segundo os

autores, os dois primeiros grupos ocupam um tempo relativamente curto durante a hospitalização, pelo que a criança/adolescente fica com muito tempo disponível, sendo a ocupação deste tempo dependente da situação clínica, da organização das atividades assistenciais e de vida diária, bem como das atividades educativas, sociais e lúdicas que são proporcionadas. As atividades educativas e lúdicas são facilitadoras da vivência positiva da hospitalização, constituindo uma vertente centrada na dimensão saudável da pessoa e, nesse sentido, são iniciativas de cuidado integral e humanizadoras do contexto hospitalar.

Síntese

Colocar as práticas em perspetiva significa questionar e refletir sobre as mesmas, distanciando-se do olhar habitual e permitindo descobrir outros pontos de vista, construindo novos significados, novos sentidos, que se centrem no bem-estar das pessoas, criando as condições ao processo de pensamento livre e criação e recriação de projetos de saúde e de vida (Honoré, 2013). Para o autor, o colocar em perspetiva “implica uma libertação do que encandeia o pensamento ou o torna inútil” (Honoré, 2013, p. 108) e, no âmbito das instituições de saúde, as dificuldades de colocar em perspetiva associam-se a regras e normas quer das próprias, quer legislativas, quer ainda de receio da não aceitação pelos poderes instituídos.

A saúde, muito ligada a questões económicas, de rotulagem da medicina, tem criado um verdadeiro mercado de compra e venda (Masetti, 2011). Neste modelo de mercado, refere a autora, a realidade é construída sob o poder do diagnóstico, facto que obstaculiza qualquer outro tipo de perspetiva e intervenções, nomeadamente as que se alicerçam numa lógica da integralidade do ser humano (Masetti, 2011). Para Patch Adams (2002), perante uma cultura dominada pela ganância e excesso de influência, estas atividades que se inserem numa “estratégia de amor”, não se centrando nos lucros nem no poder, têm dificuldade em prevalecer. Aliás, as relações no ambiente hospitalar são, ainda, frequentemente, assimétricas, técnicas, impessoais e de autoridade, com o foco centrado na doença e não na saúde (Carrillo & Quiles, 2000a; Coyne & Cowley, 2007; Masetti, 2011), em vez de relações horizontais e bidirecionais, promotoras da autonomia (Carrillo & Quiles, 2000a; Coyne & Cowley, 2007) e centradas na pessoa. E, quando o profissional está centrado nas questões meramente técnicas, também ele perde oportunidades, nomeadamente a oportunidade “da cena inusitada” (Masetti, 2011, p. 90), uma possibilidade de desenvolvimento e bem-estar, restringindo o hospital a um espaço de doença, em vez de trilhar o caminho na dimensão da saúde. A saúde assente apenas na ciência moderna, fragmentadora, ignora o ser humano na sua integralidade e complexidade, desumanizando a humanidade. Na realidade, a relação com o profissional de saúde, quando centrada nos aspetos técnicos, deixa o desenvolvimento de competências, que permitem reconhecer a pessoa como um ser integral, para segundo plano

(Takahagui et al., 2014), contrariando a visão dos serviços de saúde enquanto lugares promotores da saúde e criadores de condições para a capacitação das pessoas no exercício da sua liberdade e autonomia.

Só colocar em perspetiva a conceção de saúde, a conceção de cuidar e a conceção da pessoa, permite uma mudança de paradigma e a assunção do outro como ser individual e integral, multidimensional, que deve ser respeitado e cuidado na sua unicidade e humanidade. E é nesta visão, inscrita numa ética de cuidar, que é garantido o respeito pelo outro, que as instituições de saúde e os seus profissionais podem criar as condições para a vivência de uma hospitalização positiva, promotora da saúde. Um lugar aberto a atividades de carácter assistencial e não assistencial, estratégias farmacológicas e não farmacológicas de diversa ordem, enquanto recurso e mais-valia na promoção do bem-estar e da saúde das pessoas, e particularmente relevante na pediatria.

Entre as estratégias não farmacológicas encontram-se as comportamentais (*e.g.*, o relaxamento), cognitivas (como a informação), cognitivo-comportamentais (*e.g.*, a distração e a imaginação guiada), físicas ou periféricas (*e.g.*, a massagem e estimulação elétrica), suporte emocional (*e.g.*, a presença de conviventes significativos), ambientais (*e.g.*, a luz, ruído, decoração) e outras (*e.g.*, a musicoterapia, arteterapia, humor, riso), assim como a terapias integrativas (*e.g.*, acupuntura, Reiki, meditação), que tornam as relações mais próximas e aumentam a confiança (OE, 2013). E ainda outras atividades, eminentemente lúdicas/educativas, como a biblioteca, a música, os meios audiovisuais, a arte, a intervenção de Palhaços de Hospital (PH), entre outras, que constituem iniciativas de cuidado integral, devendo ser capazes de ocupar o tempo da criança/adolescente, bem como a sua mente, captando a sua atenção, abstraindo-se dos fatores percebidos como ameaçadores (Ullán & Belder, 2008). A atividade lúdica e o humor inserem-se num contexto de humanização do ambiente hospitalar, procurando minimizar o impacto negativo da hospitalização (Simões et al., 2010).

CAPÍTULO III

HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA: UM LUGAR HUMANIZADO COM ARTE, HUMOR, JOGO E BRINCADEIRA

Introdução

O contexto hospitalar pediátrico deve ser facilitador das vivências da criança/adolescente e conviventes significativos durante a hospitalização, conforme mencionado no capítulo anterior, uma vez que é um espaço de significados, cuja representação é construída através dos sinais existentes no ambiente, influenciando a forma como cada pessoa experiencia a situação (Belver & Ullán, 2010; Ullán & Belver, 2008). Neste sentido, este ambiente deve estar adaptado à criança e/ou adolescente, incluindo as atividades educativas e lúdicas que favoreçam o seu desenvolvimento, as experiências positivas, a expressividade, a criatividade e a mobilidade. Estas atividades devem estar em consonância com a idade, gênero, desenvolvimento e situação clínica da criança/adolescente e com o espaço físico (ACS, 2010; Barrón et al., 2000). Na realidade, é essencial que existam condições físicas e suporte emocional e psicossocial que criem um ambiente que permita à criança ou adolescente sê-lo, efetivamente, mesmo na situação de doença (Anes & Obi, 2014), pois a criança é essencialmente alegre, viva, espontânea e adaptável, capaz de transformar situações difíceis em situações prazerosas (Zúñiga R., 2005).

Com o emergir de uma nova perspectiva no âmbito da saúde – deslocando o foco de atenção da doença para um novo olhar, salutogénico e holístico – as instituições hospitalares foram abrindo as portas ao exterior, procurando criar condições para a vivência positiva da hospitalização, com lugar para as atividades de caráter assistencial e não assistencial, e para diversas estratégias que humanizam os cuidados e melhoram o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas neste ambiente. É neste contexto que as atividades educativas e lúdicas, as artes, o humor e o riso, o jogo e a brincadeira, passam a integrar a vida hospitalar. A DGS (2013b) indica que, nas unidades hospitalares, devem existir atividades de entretenimento, dos trabalhos manuais às artes, como pintura, escultura, música e dança e, para as crianças, estas atividades podem ser mais alargadas, incluindo palhaços, jogos e outras.

Não obstante o supramencionado, a realidade é que ainda existem administrações hospitalares com pouca sensibilidade para a necessidade da criança/adolescente dispor de atividades sociais e lúdicas adequadas às suas idiossincrasias. Porém, dada a exigência de que os hospitais proporcionem tais atividades, estas são frequentemente levadas a cabo pelos profissionais de saúde, organizações não governamentais, associações e voluntários, que tentam colmatar este défice (Ávila & Acaso, 2011).

Assim, e mesmo quando as atividades são realizadas por educadores e artistas, os recursos são sempre deficitários, pelo que desenhar, implementar e consolidar programas artísticos e criativos se torna bastante complexo (Ávila & Acaso, 2011; Ullán & Belver, 2008).

1. A ARTE NA PEDIATRIA

A arte foi introduzida nas instituições de saúde no sentido de contribuir para melhorar o bem-estar dos cidadãos e a qualidade dos cuidados, numa perspetiva educativa, lúdica e humanizadora. Aliás, segundo A.F. Rodrigues e Filho (2013) “re-humanizar” (p. 71) a saúde tem aberto espaço a experiências artísticas que procuram promover a confiança, a segurança e o interesse, assentes na relação interpessoal. Na realidade, paulatinamente, tem crescido a ligação da arte à saúde, quer a nível do *design* das unidades hospitalares, quer a nível de outras intervenções, como a arteterapia e intervenções baseadas na arte, havendo evidências da influência da arte na melhoria dos resultados de saúde, seja a nível da comunicação, da redução do stresse e da ansiedade, aumento da receptividade aos cuidados prestados, entre outras (Blain, Kingsnorth, Stephens, & McKeever, 2011; Esteves, 2015).

O termo “arte” remete para diversas linguagens, sejam elas plásticas (como pintura, desenho e escultura), sejam outras demais como a música, a dança, as artes cénicas ou circense, a literatura, a poesia, o cinema, a fotografia, a banda desenhada ou as artes de multimédia. Segundo Megias (2011), a arte pode conectar a criança/adolescente hospitalizada com o exterior, dar continuidade a um futuro incerto, servir como lugar de encontro e colaboração, promover a reflexão sobre a situação, criar a oportunidade de conhecer uma realidade à qual dificilmente haveria acesso de outra forma. Para além do mais, refere a autora, pode, entre outras situações, ter um carácter de desenvolvimento de cidadania responsável e, quando aliada à brincadeira, contribui para a “unificação e integração geral da personalidade.” (Winnicott, 1982, p. 163).

A arte tem várias finalidades: um fim terapêutico, como por exemplo a arteterapia; um fim educativo, com vista ao desenvolvimento de competências diversificadas (pessoais, académicas, artísticas...); e um fim artístico, que visa a arte em si mesma.

Na arteterapia, o profissional terapeuta assume-se como mediador do processo do uso da arte, da criatividade e do resultado do trabalho artístico, para o cliente explorar os seus sentimentos, reconciliar conflitos emocionais, desenvolver autoconsciência, gerir comportamentos, desenvolver habilidades sociais, reduzir a ansiedade, melhorar a orientação para a realidade e aumentar a autoestima (American Art Therapy Association [AATA], 2013). Segundo A.J. Melo (2007), a arteterapia permite a expressão e a comunicação de emoções, sentimentos e pensamentos, constituindo uma forma de comunicação verbal

e não verbal; desta forma, é uma via de acesso ao outro que favorece o reequilíbrio da pessoa, facilitando o exercício da criatividade e o retomar progressivo da naturalidade e da espontaneidade. Tal é promovido através de diversas artes que trabalham as diferentes dimensões do ser humano, valorizando os significados que resultam da sua expressão livre, da experimentação, da descoberta. A expressão não verbal, menos dolorosa, tranquilizadora e relaxante, é a predominante no contexto da arteterapia, constituindo um espaço de liberdade, criatividade e comunicação, promotora da sensação de controlo e autonomia (A.J. Melo, 2007; Valladares & Carvalho, 2006). Neste sentido, a arteterapia é amenizadora dos efeitos da hospitalização, permitindo reduzir os fatores e as vivências negativas neste contexto, facilitando a exploração do ambiente e o desenvolvimento de sentimentos de controlo e segurança (Valladares & Carvalho, 2006). Porém, o “terapeuta faz uma leitura sem considerar qualidades artísticas” (Masetti, 2011, p. 28).

A educação, enquanto processo integral e holístico de desenvolvimento pessoal, social e comunitário, articula-se com a arte, promovendo a criatividade, a expressividade, a afetividade, a originalidade, a sensibilidade estética, a harmonia, a liberdade e a autonomia (A.B. Sousa, 2003). Para A.J. Melo (2007), “o ato artístico e o ato criador” (p. 159), promovem o desenvolvimento do potencial de criatividade inerente ao ser humano e, assim, um criador na arte é um criador na vida. Este potencial de criatividade, a capacidade de produzir, de passar da conceção à realização, gera, segundo A.B. Sousa (2003), novos conhecimentos, criando uma cultura de saber. A educação estética é, portanto, essencial ao desenvolvimento integral da pessoa e a sua ausência conduz a uma educação “truncada e reduzida muitas vezes à dimensão intelectual, quando deveria ser uma educação holística.” (J.H. Oliveira, 2010, p. 127).

A arte, enquanto atividade lúdica, é desinteressada, é espontânea, estimula a participação, visa proporcionar prazer, produz envolvimento afetivo-emocional, implica invenção, inovação, criatividade e é dirigida para o belo, para a satisfação (Belver, 2011; A.B. Sousa, 2003). Tem uma função que não é curativa³³, mas sim humanizadora do contexto hospitalar, pela promoção do bem-estar, tornando o ambiente mais agradável e familiar. A arte incute alguma normalidade ao processo e ao contexto de hospitalização, criando um impacto positivo na criança/adolescente, nos seus conviventes significativos e nas suas experiências ao longo da hospitalização (*e.g.*, pela distração, facilitação da expressão e comunicação) (Ávila & Acaso, 2011; Belver, 2011; Belver & Ullán, 2010). Segundo estes autores, a arte é envolvente, implicando a colaboração de todos os intervenientes no processo: crianças/adolescentes,

³³ Importa aqui referir que a arte, enquanto atividade lúdica, não tem um fim curativo, mas tem potencial para facilitar os cuidados de saúde.

famílias/conviventes significativos, profissionais de saúde, gestores, artistas, no sentido de fazer emergir uma perspectiva salutogénica do processo de hospitalização, em detrimento do foco na doença.

As expressões artísticas promovem o desenvolvimento global e integral do ser humano: pensamento abstrato e crítico (McConnell & Reimond, 2006), leitura, construção da estética e da cidadania, prazer da descoberta, espírito artístico, competências de relacionamento, criatividade, comunicação, expressão de emoções; e estimulam a harmonia, a disciplina, o autocontrolo, os afetos, os sentidos, a coordenação, a interpretação, a compreensão e a descoberta do meio envolvente (Cunha, 2015). Para este autor, de uma forma global, as expressões artísticas

conferem aos que nelas se implicam, a possibilidade de se desenvolverem afetiva, social e intelectualmente e, com isso, aprenderem a interpretar o mundo, a estruturar o pensamento, a desenvolver o equilíbrio emocional, a formar o carácter e a afirmar a sua identidade. (Cunha, 2015, pp. A4-034).

Neste sentido, no contexto pediátrico a arte tem potencial para minimizar os efeitos negativos da hospitalização, partindo da subjetividade, da perceção espacial, da criatividade individual e coletiva, no sentido de transformar o ambiente, tornando-o mais aprazível, promotor de qualidade de vida e salutogénico (Ante et al., 2011; Ávila & Acaso, 2011; Belver, 2011; Cano, 2011). Esta transformação pode ocorrer a partir de diversas linguagens artísticas, umas que sucedem de forma espontânea e outras mais estruturadas. Segundo McConnell e Reimond (2006, p. 58), “a arte dá às crianças a oportunidade de brincarem num local emocional e psicologicamente seguro” e influencia positivamente o funcionamento do cérebro. Porém, a atividade artística em contextos de saúde implica formação específica na vertente artística e hospitalar, bem como o intercâmbio com os profissionais de saúde da instituição (Ávila & Acaso, 2011). É neste sentido que as autoras referem que a formação dos artistas que atuam neste ambiente deve incluir os conteúdos, as metodologias e as avaliações adequadas ao mesmo, por forma a que não sejam conflitantes nem incompatíveis com as atividades terapêuticas. Para além do mais, as expressões artísticas, no ambiente hospitalar, constituem uma oportunidade de promoção da comunicação e estimulam a participação nas atividades, não só da criança/adolescente, mas também dos conviventes significativos (Lima, Azevedo, Nascimento, & Rocha, 2009) e dos profissionais de saúde (Moreira, 2015).

No âmbito da pediatria existem atividades e projetos artísticos que recorrem a diferentes expressões, técnicas e materiais: utilização de gamas cromáticas (Ante et al., 2011); escultura (Moreno, Abad, & López, 2011); arte contemporânea (Cano, 2011); desenho, jogos de construção e transformação de materiais recicláveis (Cuesta, Gómez, & Megías, 2011); jogos simbólicos (Gutiérrez, Megías, & Nuere,

2011); construção de bonecos protótipos personalizados, *graffitis* ou tatuagens (Zapatero & Agudín, 2011); criação de peças de arte urbana (Megías, 2011). Mas também a música (Campos & Nakasu, 2016; Cunha, 2015; K.T. Santos, Góes, Simões, & Lyra, 2017), a expressão dramática, a expressão corporal (Cunha, 2015), o contar histórias (E.O. Gomes, Santos, & Barbosa, 2014), o artesanato, o desenho e a pintura (Rocha & Maia, 2015), a literatura (Fundação Oswaldo Cruz), a arte *clown* (A.F. Rodrigues & Filho, 2013), entre outras.

Estas atividades abrem o espaço à criação, à construção, à arte contemporânea e a outras formas de arte que, para além do efeito educativo, permitem o desenvolvimento do sentido crítico, a reflexão e a desconstrução de estereótipos, reconstruindo significados do ambiente hospitalar (Ante et al., 2011; Cano, 2011; Cuesta et al., 2011; Gutiérrez et al., 2011; Megías, 2011; Moreno et al., 2011). Segundo estes autores, criam ainda um espaço de reflexão sobre si, sobre a saúde, sobre diferentes perspetivas e sobre o mundo; possibilitam a ocupação de tempos livres, a diversão e a distração, quebrando a rotina hospitalar; promovem o trabalho em equipa, a comunicação, a relação interpessoal, a construção de uma identidade de grupo; abrem uma janela para o mundo exterior, esbatendo as fronteiras entre o interior e o exterior do hospital. Para além de, como refere a literatura, conferirem algum poder de decisão e controlo da situação; transformarem o tempo e, por momentos, fazerem esquecer a ansiedade, o medo e o aborrecimento da hospitalização, dando azo à imaginação e à expressão de pensamentos e sentimentos, tornando a criança/adolescente simultaneamente criadora e espectadora das atividades; e promoverem valores.

A arte é problematizadora e libertadora, sendo percebida segundo a perspetiva de cada pessoa, constituindo uma forma de expressão de um ser individual, das suas fontes internas de energia, as emoções e os sentimentos (A.B. Sousa, 2003). A arte visa “dar expressão humana às leis da natureza” (Masetti, 2011, p. 25). Muito associada ao domínio dos artistas, a dimensão estética é importante também para a psicologia, e tida como impulsionadora do desenvolvimento da pessoa. Esta dimensão estética tem um carácter subjetivo, estando sujeita ao olhar de quem contempla, está ligada à sensibilidade e ao sentimento e promove o encontro entre o interior e o exterior do ser humano, apesar de muitos autores a enquadrarem nas dimensões dos sentidos e da racionalidade (J.H. Oliveira, 2010). A arte permite experimentar diversas tonalidades emocionais (Belver, 2011). A expressão das emoções, enquanto estados temporários reativos a um acontecimento, e dos sentimentos, enquanto estados psicológicos mais duradouros e com ligação à cognição, é essencial à descarga de energia, à libertação da tensão e ao prazer, pelo que as atividades artísticas, ao promoverem a sua expressão, são facilitadoras da homeostasia, contribuindo para a saúde do indivíduo (A.B. Sousa, 2003). Na realidade, emoções e

sentimentos (ligados aos cuidados, às atividades artísticas, lúdicas e outras), para além da dimensão neural³⁴, originam uma libertação de mediadores neuroquímicos, como substâncias opiáceas e, desta forma, estas atividades são bastante compensadoras, influenciando o bem-estar (A. Damásio, 2011; Kagan, 2006).

Relativamente aos profissionais de saúde, a questão da arte não lhes é alheia, no tocante ao desenvolvimento da sua profissão. A enfermagem é uma ciência e uma arte: a arte³⁵ de cuidar, que tem a ver com preocupação e cuidado com o outro e a ciência do cuidado ao ser humano, um ser holístico; cuidar requer sensibilidade, criatividade e inovação, como a arte, mas alicerçada em conhecimento científico (M.A. Ferreira, 2011). Quanto à medicina, Hipócrates entendia que o exercício médico ia no mesmo sentido: contextualizava a prática muito além da doença e do conhecimento técnico-científico (A.F. Rodrigues & Filho, 2013). Ou seja, partia do conceito da pessoa inserida num contexto, devendo ser entendida na sua individualidade e integralidade. A arte no contexto pediátrico tem também para os profissionais efeitos positivos, nomeadamente a nível da comunicação, da mudança do ambiente, da satisfação profissional e da qualidade dos cuidados (Blain et al., 2011; Moreira, 2015). Segundo estes autores, os enfermeiros são os profissionais mais expostos ao *design* das unidades e às intervenções baseadas na arte, dada a sua permanência constante nas enfermarias e quartos, sendo o trabalho dos artistas relevante para a sua atividade.

Em relação à atividade artística no contexto pediátrico, diversos hospitais dispõem de uma forma inusitada de arte que combina diversas expressões e técnicas artísticas numa figura: a do PH, um profissional das artes cuja arte exige uma profunda capacidade de perceber o outro, entender o ambiente e improvisar a partir do que encontra a cada momento. O PH, artista, figura dissonante do ambiente hospitalar, tem um papel importante na introdução de uma nova lógica de pensamento e novas relações, transformando e recriando o lugar-hospital através de soluções imprevisíveis e invulgares, que promovem a reflexão sobre o espaço físico e relacional do contexto hospitalar, permitindo modificar a perceção da vida e a vivência neste ambiente (Masetti, 2011). De facto,

No palco cênico do hospital, artistas, crianças, médicos, pais e enfermeiros constroem poesia no espaço. Da intensidade na relação, da permissão para o jogo, da coragem para se entregar ao desconhecido se constituirá a força do tempo presente. Da capacidade de lançar-se no “aqui e agora” o momento será eternizado como obra de arte. (Masetti, 2011, p. 65).

³⁴ As emoções neurologicamente situam-se na amígdala, prosencéfalo basal, hipotálamo e núcleos subcorticais do tronco cerebral; os sentimentos estendem-se por todo o córtex (A. Damásio, 2004).

³⁵ A propósito da arte na Enfermagem, Florence Nightingale, uma pioneira da enfermagem profissional, refere: “Nursing is an art: and if it is to be made an art, it requires an exclusive devotion as hard a preparation, as any painter’s or sculptor’s work; for what is the having to do with dead canvas or dead marble, compared with having to do with the living body, the temple of God’s spirit? It is one of the Fine Arts: I had almost said, the finest of Fine Arts.” (1871, p. 6)

Mas, e apesar de tudo o que vem sendo referido, no âmbito da história da arte – e em contraste com a estética e a literatura – quase não existe reflexão e debate sobre o humor e o riso no seu contexto, como refere Leal (2013, p. 94): “a arte pode rir, mas a história da arte é sisuda”, sendo o humor votado quase à invisibilidade, dada a sua conotação com a dimensão popular e não com a erudita (a arte séria). Para a autora, porém, é possível – e desejável – compatibilizar a arte erudita com o humor, abrindo novas possibilidades de compreensão da arte e da sua história, uma conciliação entre dois mundos (erudito e popular) transformadores da realidade, enriquecedores, que derrubam barreiras, acrescentando uma dimensão positiva aos eventos da vida.

2. O HUMOR E O RISO NA PEDIATRIA

O humor, apesar de constituir uma linguagem universal, não tem uma definição absolutamente consensual entre autores de diversas áreas do conhecimento, mas apresenta comunalidades, enquanto processo dinâmico, de interação e comunicação, sujeito à subjetividade da experiência individual, inserida num contexto, imbuída de um significado e influenciada pelo meio sociocultural (Baquero, Esteve, & Parra, 2000; José, 2002, 2010; Ortiz, 2002; L.M. Sousa & José, 2016; Tan, 2014; Wilkins & Eisenbraun, 2009).

Segundo Wilkins e Eisenbraun (2009) são três as teorias principais que procuram explicar as funções do humor:

Teoria do alívio: o alívio associado ao humor envolve uma dimensão cognitiva e uma dimensão física de libertação da tensão, que ativam estados emocionais positivos e reduzem os efeitos do stresse.

Teoria da incongruência: as pessoas riem das coisas surpreendentes, que fogem/violam (de forma singular e não ameaçadora) a norma. Esta teoria dá ênfase à cognição, à compreensão racional dos padrões e dos desvios, no sentido de se perceberem as diferenças entre o que aparenta ser normal e a violação da ordem natural. Segundo Vidal (2014), esta é, provavelmente, a mais ampla das teorias, na qual o humor emerge de uma quebra de expectativa, conduzindo a que a dissociação cognitiva faça despontar a descodificação da situação através da adaptação do significado ou da substituição cognitiva.

Teoria da superioridade: defende que o humor e o riso reforçam a unidade de grupo e mantêm a ordem social, constituindo uma forma de comunicação promotora da cooperação, afiliação e da relação e, nesse sentido, têm uma função social, transformando a expressão de superioridade numa forma humorística socialmente aceite.

Estas teorias estão centradas no enfrentamento de eventos de vida, mas Wilkins e Eisenbraun (2009) referem que a realidade tem demonstrado que também existem benefícios fisiológicos associados ao humor, independentemente das teorias.

O humor ocupa, assim, um espaço importante na vida humana, enquanto construto complexo, intervindo a vários níveis: (i) a nível cognitivo, ligado à relação, à comunicação, às emoções, aos sentimentos, ao bem-estar (García et al., 2011; José, 2010), promovendo o raciocínio face a pensamentos distorcidos ou ideias irracionais; (ii) a nível afetivo, estimulando emoções e sentimentos (*e.g.*, alegria, prazer, felicidade); (iii) a nível comportamental, proporcionando experiências inovadoras, fazendo emergir um novo olhar e novas formas de resposta às situações (Ortiz, 2002); e ainda a (iv) nível físico, (v) social e (vi) espiritual³⁶. O humor pode ter como resposta fisiológica o riso (García et al., 2011; José, 2010; Ortiz, 2002), pela percepção da comicidade, pela diversão, pelo prazer, pela alegria, pela surpresa e pelo ridículo (José, 2010). Todavia, o humor difere do riso e, embora se encontrem frequentemente relacionados, podem ocorrer de forma autónoma ou de forma interdependente. O humor é um construto, com efeitos cognitivos, enquanto o riso é uma atividade fisiológica, sendo a cognição essencial para o humor, mas não para os efeitos fisiológicos do riso, que serão semelhantes independentemente do fator de desencadeamento (García et al., 2011; Wilkins & Eisenbraun, 2009). Na realidade, o riso pode ser espontâneo, ensaiado, estimulado, induzido ou patológico (García et al., 2011).

O sorriso é uma reação inata ao ser humano, desenvolvendo-se progressivamente para o riso e de forma idêntica em todas as culturas e sociedades (Ortiz, 2002; Vidal, 2014). Assim, o sorriso surge cerca das seis semanas de vida, constituindo a primeira forma de linguagem e de comunicação; na realidade, o sorriso é, inicialmente, um comportamento físico que, gradualmente, se vai transformando em conduta emocional (Ortiz, 2002; Yogman et al., 2018) e social (Freitas-Magalhães, 2011; Yogman et al., 2018). Com o sorriso, emergem respostas afetivas mais evidentes e um maior nível de comunicação (M.J. Gonçalves, 2005; Yogman et al., 2018). O riso espontâneo aparece aproximadamente aos quatro meses de idade, mas apenas na presença de sentimentos de segurança, uma vez que estímulos ambíguos podem desencadear medo ao invés do riso (J.L. Abreu, 2013). Segundo o autor, os estímulos que desencadeiam mais facilmente o riso na criança são os tácteis e auditivos, seguidos dos visuais e sociais. No desenvolvimento do riso a idade é a variável mais importante, tendo a maturidade um papel inibitório (Vidal, 2014). Na criança o riso e o choro são expressões de emoções primárias, uma linguagem universal, como a alegria e a tristeza, o medo e a cólera, a surpresa e a aversão (J.L. Abreu, 2013; Ortiz,

³⁶ A dimensão espiritual, segundo J.H. Oliveira (2010), está ligada à satisfação interior, vivida de forma mais efémera – a alegria –, ou num processo mais contínuo – a felicidade.

2002). A expressão de emoções, segundo J.L. Abreu (2013) “organiza o cérebro para a socialização” (p. 165), com particular relevo para três zonas cerebrais: a amígdala, ligada às respostas vegetativas; o córtex pré-frontal, que comanda a socialização; e o córtex cingulado anterior, que otimiza as incongruências e difunde a informação no cérebro, incluindo as áreas relacionadas com a aprendizagem e o prazer, reinterpretando e buscando novos significados.

O facto de o riso ser universal atesta as suas raízes biológicas, sendo controlado pelas relações e interações sociais, ou seja, é influenciado pela dimensão sociocultural (Matraca et al., 2011; Wilkins & Eisenbraun, 2009), desempenhando diversas funções, com benefícios de vária ordem, como os fisiológicos, psicológicos e relacionais, que auxiliam as pessoas a lidar com as dificuldades da vida, criando ressignificações positivas (Wilkins & Eisenbraun, 2009). O riso tem um carácter e contexto social, sendo despoletado pela atribuição de significado a palavras ou situações, mas é também um fenómeno psíquico de libertação de tensão e de ansiedade, gerando prazer (J.F. Rodrigues, 2015). Efetivamente, e apesar das diferenças socioculturais entre os povos, o riso tem um carácter universal, intrinsecamente ligado ao ser humano: “O riso pertence de maneira essencial e originária ao humano e está ligado à ordem do mundo e da vida.” (Guerreiro, 2013, p. 31). Assim, o riso é também uma ferramenta de promoção da saúde, que liberta, “que desarticula o poder, a autoridade e o intocável, pois toda a forma de rigidez possui comicidade.” (Matraca et al., 2011, p. 4130), e o riso é, como refere Frankl (1998), sinónimo da “arte de viver”.

De facto, rir é uma ferramenta que promove a aproximação e flexibilização da relação entre as pessoas, facilita o estabelecimento de vínculos, estimula a capacidade de reflexão e é uma forma de comunicação que pode reforçar as interações sociais (J.L. Abreu, 2013; Matraca et al., 2011; Wilkins & Eisenbraun, 2009). Mas pode ter um efeito paradoxal: “O riso é a grande metalinguagem do homem, pode aproximar ou afastar tudo e todos.” (Martins, 2013, p. 228). Assim, o rir de si e com os outros permite mudar a realidade (Matraca et al., 2011), reforça a identidade no grupo e promove a cooperação (J.L. Abreu, 2013), pelo que as pessoas hostis tendem a ter menor suporte social, maior solidão, menor nível de felicidade, aumentando o potencial de desenvolvimento de doença coronária (Wilkins & Eisenbraun, 2009).

No âmbito do cuidar, sorrir e rir facilitam a comunicação, são humanizadores, revelando compromisso e aceitação do outro, sendo o sorriso o sinal emocional mais contagiante, estimulando sentimentos positivos: “*La sonrisa es la más contagiosa de las señales emocionales, y el hecho de sonreír alienta los sentimientos positivos. La risa ayuda al cuerpo a seguir adelante con la tarea de vivir*” (Ortiz, 2002, p.

735). A propósito do riso, o autor menciona o estudo de Foley, Matheis e Schaefer³⁷ (2002) segundo o qual o riso, mesmo forçado, conduz a uma melhoria do estado anímico. E, nessa lógica, têm emergido terapias relacionadas com o riso, não somente na vertente humorística, mas também pela prática do exercício de rir que, segundo essa teoria, têm benefícios físicos similares ao riso genuíno, e são independentes da causa que o desencadeia (Wilkins & Eisenbraun, 2009). Nas palavras de J.L. Abreu (2013, p. 166): “Por onde quer que comece, por vontade ou imitação, por bem estar ou distensão, o riso acende as luzes das zonas mais nobres, solidárias e energizantes do cérebro, e vai beneficiar o corpo e a vida”.

O sentido de humor e o riso exercem uma função libertadora de normas sociais e limitações de linguagem, promovendo a construção de uma base positiva e otimista (J.L. Abreu, 2013; Ochoa, 2009; Wilkins & Eisenbraun, 2009), facilitando a integração, a interação social e a comunicação, tendo valor terapêutico (J.H. Oliveira, 2010). O sentido de humor “es la capacidad natural de la especie humana que hace que la vida no sólo sea soportable, sino además rica, placentera y deseable.” (Ortiz, 2002, p. 734). É indicativo de uma perspectiva de vida, uma vez que a capacidade de rir de si próprio e das situações vividas capacita as pessoas para analisarem criticamente essas experiências, desenvolvendo competências de *coping*, aumentando o bem-estar (Ochoa, 2009), o que lhes concede um papel importante na resiliência (Laranjeira, 2007).

Patch Adams (2002) refere que o humor integra e é essencial à vida comunitária, constituindo mesmo “*its social glue*.” (p. 448). No entendimento de Frankl (1998), o humor é uma arma na luta da alma pela sobrevivência, podendo, ainda que temporariamente, proporcionar o distanciamento das situações adversas, ao que Ortiz (2002, p. 735) acrescenta: “*Si algo logra el humor, es separarnos de lo rutinario, distanciar el problema y permitimos afrontarlo con recursos renovados.*”

A gelatologia, estudo científico dos efeitos do humor e do riso, tem permitido compreender os benefícios que lhes estão associados. Contudo, e apesar do mecanismo bioquímico estar na base dos efeitos positivos do riso, existe alguma dificuldade em estudar as alterações bioquímicas produzidas, uma vez que se trata de estados transitórios difíceis de replicar em condições experimentais e que requerem conclusões mais seguras, conforme referem Battrick, Glasper, Prudhoe e Weaver (2007) e Vidal (2014). Todavia, estudos sobre o humor, como o de Bekinschtein, Davis, Rodd e Owen (2011) que recorreram à imagem topográfica cerebral, indicam o envolvimento das estruturas subcorticais, implicadas na experimentação positiva da recompensa, do giro frontal inferior e da junção temporoparietal na resposta

³⁷ Foley E, Matheis R, Schaefer C. (2002). Effect of forced laughter on mood. *Psychological Reports*, 90(1).

à linguagem e ao material humorístico. Assim, o humor e o riso envolvem vários circuitos cerebrais e têm efeitos positivos na estimulação das áreas que produzem a libertação de substâncias bioquímicas (hormonas, endorfinas, encefalinas e outros neurotransmissores) com efeito protetor do organismo, nomeadamente as endorfinas (ligadas ao prazer, antidepressivas e analgésicas), que ajudam na manutenção da lucidez e da memória, e a serotonina que tem um efeito calmante (J.H. Oliveira, 2010), entre outras.

A multidimensionalidade do humor e do riso tem permitido perceber os seus benefícios, sendo os autores unânimes em identificar os efeitos positivos a nível físico, cognitivo, psicológico e social, como indicam J.L. Abreu (2013), Beck (1997), García e colaboradores (2011), Gómez et al. (2005), José (2002; 2008; 2010), Longras (2015), Ochoa (2009), J.H. Oliveira (2010), OE (2013), Ortiz (2002), L.M. Sousa e José (2016), Tan (2014), Villamil, Quintero, Henao e Cardona (2013), Wilkins & Eisenbraun (2009):

A nível físico: favorecem o bem-estar físico e os sistemas respiratório, circulatório (ação sobre a pressão arterial), músculo-esquelético, digestivo, sono/repouso (geram uma fadiga sã), reduzem a sensação álgica (atuando como analgésico pela ação das endorfinas) e estimulam o sistema imunitário; o riso estimula os músculos, o que rejuvenesce a face e massaja o corpo, lubrifica e limpa os olhos através das lágrimas e exerce controlo da glicemia e co-morbilidades associadas à diabetes;

A nível cognitivo: enriquecem o processo de aprendizagem, as competências de gestão, a memória, a criatividade, o desenvolvimento de estratégias de *coping* e modificam positivamente a perceção de inclusão, de vulnerabilidade e de saúde; têm efeito na manutenção da memória e da lucidez e na promoção da criatividade;

A nível psicológico: promovem o bem-estar psicológico, a felicidade e a satisfação com a vida; a esperança, a autoeficácia, a autoestima, a confiança; a expressão e gestão de emoções e a flexibilidade emocional; o desvio da atenção das situações dolorosas e o alívio de tensão, reduzindo a ansiedade e o medo, e induzindo estados emocionais positivos e relaxamento; estimulam a afetividade;

A nível social: são contagiantes, facilitam o *coping* em situações socialmente incómodas, têm poder comunicativo, melhoram as relações interpessoais e a relação familiar; promovem a proximidade social, a cooperação, a solidariedade e a liderança.

Porém, o humor tem uma dimensão positiva, constituindo um processo de criatividade, promotor da cooperação, da relação interpessoal, da flexibilidade emocional e do desenvolvimento (Dean & Major, 2008; José, 2010; L.M. Sousa & José, 2016); e uma dimensão negativa, o humor negro, irónico, agressivo, que gera constrangimento, desconforto ou conflito (José, 2010; L.M. Sousa & José, 2016).

Este humor negro pode constituir um estado de ânimo, cultivado como uma medida de proteção face à perda de quase tudo, a uma vida desnudada, nas palavras de Frankl (1998).

No contexto hospitalar, o humor não deve ser usado sem uma avaliação prévia dos seus potenciais efeitos, da sua adequação ao momento, à circunstância, à pessoa, à cultura, aos valores e à volição (Beck, 1997; Ochoa, 2009; Ortiz, 2002; L.M. Sousa & José, 2016; Wilkins & Eisenbraun, 2009), pois é estreita a fronteira que “separa la comedia de la tragedia” (Ortiz, 2002, p. 735) e, nesse sentido, o autor refere que, relativamente ao humor, “*la dosis debe ser pequeña y nunca con pauta horaria*” (Ortiz, 2002, p. 737), porque a linha que diferencia a oportunidade e a conveniência da deselegância e do despropósito é muito fina, podendo gerar desconforto e constrangimento e ser percebida como ofensiva. O humor, efetivamente, promove o sentido de perspetiva e o encontro da pessoa consigo própria e na relação com o outro, mas deve ser usado com sensibilidade para cada situação, sentido de oportunidade e segundo a recetividade da pessoa, evitando o humor étnico e/ou ridiculizador (Baquero et al., 2000), bem como o humor relacionado com a doença (Mercadier, 2004). O humor, quando percebido como inoportuno, ou se tiver uma intenção de ridicularizar o outro, é ofensivo e pode ser destrutivo (Beck, 1997; José, 2002, 2010; Tan, 2014). Nas palavras de Sadock, Sadock e Ruiz (2017, p. 129): “o humor requer a mesma delicadeza de construir um castelo de cartas – o momento é tudo”.

O papel do humor nos cuidados de saúde é, segundo José (2010, p. 134), e de forma metafórica, “*uma terapia que possibilita pintar um sol amarelo num céu escuro, semeando sorrisos e substituindo o sofrimento por sorrisos e gargalhadas.*”, facilitando a proximidade com o utente, a confiança, o conhecimento do outro, a compreensão, a relação interpessoal, o atenuar do sofrimento, a gestão da doença, a abstração dos problemas e a distanciação da situação de doença. Nesta lógica, o humor promove o prazer, a alegria, fortalece os vínculos afetivos, humaniza os cuidados de saúde e contribui para o envolvimento dos utentes e dos profissionais no processo de promoção da saúde (Filho, 2012). Na realidade, o sentido de humor e a atitude positiva dos profissionais de saúde facilitam a relação, melhoram a colaboração, a confiança e a informação entre os intervenientes (Battrick et al., 2007; Finlay et al., 2014; Gómez et al., 2005; José, 2002), uma vez que as emoções dos profissionais de saúde – positivas ou negativas – têm efeitos sobre os restantes atores no processo de cuidar (Ortiz, 2002). Aliás, o recurso ao humor e ao riso no âmbito dos serviços de saúde tem efeitos quer na criança/adolescente, quer nos conviventes significativos, quer nos próprios profissionais, uma vez que o “humor e o riso permitem exorcizar medos e angústias” (Mercadier, 2004, p. 268).

Assim, os profissionais de saúde também beneficiam do uso do humor no seio das equipas, uma vez que este contribui para a comunicação, compreensão e ajuste entre as diferentes práticas profissionais,

constituindo uma ferramenta de apoio entre os elementos, criando um ambiente de trabalho positivo (Baquero et al., 2000; Finlay et al., 2014). Para os profissionais de saúde, segundo Beck (1997), Zúñiga R. (2005) e Dean e Major (2008) o humor tem impacto a nível do trabalho de equipa, da gestão de emoções, da reestruturação de situações, da redução da tensão, da flexibilidade emocional e das relações humanas. No que concerne ao trabalho de equipa, o humor contribui para o sentido de comunidade, para o suporte mútuo e para a confiança. Segundo os autores, o humor e o rir em conjunto constituem um meio de construção e consolidação de relacionamentos, de aproximação, de fortalecimento da equipa e suporte para as situações stressantes, segundo a cultura e experiência de cada contexto. Para além do mais, o humor negativo no seio das equipas pode ser um recurso de enfrentamento de situações desagradáveis, penosas, sendo o humor negro uma forma de fazer face a tensão e frustração (Dean & Major, 2008; José, 2010).

Relativamente à gestão de emoções, os autores referem que o humor pode esconder o tom emocional e, nesse sentido, é essencial que os elementos da equipa aprendam a ouvir e a perceber as mensagens mascaradas, enquanto forma de expressão e comunicação de preocupações ou ansiedade. Quanto à reestruturação de situações difíceis, os autores entendem que o humor ajuda a recuperar um sentido de perspetiva, contribuindo para a redução da angústia, da raiva, do medo e da vulnerabilidade. Assim, quando as situações no contexto hospitalar são mal-sucedidas e os resultados são negativos, o humor pode ajudar a aliviar a tensão, criar distância e evitar conflitos. Por seu lado, mencionam os autores, a rápida mudança de circunstâncias que ocorre nos contextos de saúde, nomeadamente em unidades críticas e nas unidades de cuidados paliativos, não permite o realinhamento das emoções dos profissionais. O humor proporciona a flexibilidade emocional necessária para responder a essas mudanças entre as situações (exemplo: de emergência ou perdas). No que se refere às relações humanas, os autores indicam que o humor pode ser usado como técnica de comunicação terapêutica, sendo importante na construção das relações interpessoais significativas com os utentes e conviventes significativos, respeitando a singularidade de cada um e preservando a dignidade da pessoa e, desta forma, contribui também para a humanização dos cuidados.

E se, por um lado, a medicina moderna adotou um centralismo na ciência “séria” e na cura, enquanto a medicina antiga valorizava os estados de ânimo e os sentimentos das pessoas, reconhecendo ao humor e ao riso uma função importante (Ortiz, 2002), por outro lado, e progressivamente, na senda da mudança para um paradigma holístico da saúde, o sentido de humor tem ganho um espaço como fator de saúde/doença, pela sua promoção da comunicação, das relações interpessoais, de *coping* e adaptação

aos eventos da vida, pela libertação de tensões, insegurança e frustrações (Ortiz, 2002; Tan, 2014), bem como pelos seus benefícios fisiológicos, como mencionam Gómez e colaboradores (2005) e Tan (2014). Na pediatria, o recurso ao humor ajuda a criança/adolescente e a família/convivente significativo a ultrapassar melhor a doença e os efeitos da hospitalização, incluindo a redução da dor e a melhoria da qualidade de vida (Esteves, 2015; Gómez et al., 2005; José, 2010; A.S. Melo, 2017). Não obstante, o recurso ao humor tem indicações e limites. Segundo Mercadier (2004), na pediatria, os profissionais, na sua relação com as crianças/adolescentes e com a família/conviventes significativos, recorrem ao humor com precaução, uma vez que a gestão do humor é delicada, requerendo aprendizagem e conhecimento das pessoas das quais se cuida, para que possam ultrapassar situações de angústia e recuperar a segurança e confiança. Isto é, tem de haver sensibilidade para atender à individualidade de cada um, uma vez que *“different patients may require different doses and different types of humor”* (Wilkins & Eisenbraun, 2009, p. 350). Ou seja, o recurso ao humor deve ser reparador, libertador e não constrangedor, ofensivo e afrontador.

As práticas humorísticas permitem a improvisação, a criatividade e a interação (Rindstedt, 2013), possibilitando encontrar diferentes perspetivas, menos hostis, para as situações (Wilkins & Eisenbraun, 2009), criando efeitos duradouros quer para os profissionais, quer para os utentes e conviventes significativos, tornando o ambiente menos constrangedor (Beck, 1997). Aliás, o humor é importante na criação e manutenção de um ambiente psicológico seguro nas instituições de saúde, caracterizado pela confiança, pela tolerância, pelo reconhecimento e colocação da tónica nos pontos fortes das pessoas (Lopes, 2012). O amor e o humor são, segundo Patch Adams (2002), poderosas ferramentas de transformação do poder e da ganância em escolhas conscientes de compaixão e generosidade, oportunidades de aprendizagem de soluções de problemas e de ajuda ao outro.

O humor e o riso terapêuticos promovem a relação entre o profissional de saúde e a criança/adolescente e convivente significativo, colocando todos os intervenientes numa posição equitativa, num processo comunicacional positivo e, neste sentido, o humor constitui uma competência essencial ao processo de cuidar (Ochoa, 2009), ou seja, inscreve-se numa perspetiva de proximidade, envolvimento, respeito, reciprocidade, autenticidade, liberdade e humanização. Nas palavras de José (2010, p. 133), o humor terapêutico é *“um pincel que não apaga as tristezas mas lhes dá cor”*, no sentido em que é transformador pelo ato de construção do Eu e das relações interpessoais, libertador, facilitador da expressão de sentimentos, da integração, da criatividade, da promoção do bem-estar, do enfrentar da vida de forma mais positiva, do permitir reduzir a ansiedade e o medo, contribuindo para a preservação e promoção da saúde.

O humor terapêutico, segundo a *Association for Applied and Therapeutic Humor* (AATH)³⁸,

is any intervention that promotes health and wellness by stimulating a playful discovery, expression or appreciation of the absurdity or incongruity of life's situations. This intervention may enhance health or be used as a complementary treatment of illness to facilitate healing or coping, whether physical, emotional, cognitive, social or spiritual (2000).

Mas, para que o humor seja terapêutico, têm de existir condições dos profissionais, quer sob o ponto de vista pessoal, como a personalidade e a capacidade de encontrar humor em si mesmo, quer sob o ponto de vista profissional. Este tem a ver com (i) o conhecimento e disponibilidade para o outro, (ii) as características e formação profissionais, (iii) a conceção sobre a profissão e a saúde, (iv) a empatia, (v) a conceção sobre o humor, (vi) o olhar sobre o outro e a situação que vive, (vii) o olhar sobre a vida e (viii) o respeito (José, 2010). Da mesma forma, o humor terapêutico implica uma relação de compromisso mútuo, num ambiente que permite conhecer as preferências humorísticas, os valores, a receptividade, a cultura (Tan, 2014).

Face ao exposto, o humor e o riso podem constituir um recurso para a humanização dos serviços de saúde e para a promoção da saúde nestes contextos, pela criação de condições para o desenvolvimento de estados emocionais positivos, estratégias de *coping* e adaptação, pelo potencial transformador, pela capacitação para a reconstrução de novos significados, facilitando o processo de tomada de decisão e as respostas adequadas aos eventos de vida. O uso do humor no contexto hospitalar tem na base um modelo holista da saúde, assumindo a pessoa na sua multidimensionalidade, complexidade e integralidade, sendo uma atividade séria, recontextualizando de forma positiva as mudanças e situações de vida, colocando-as em perspetiva, promovendo o seu enfrentamento e a adaptação (Ochoa, 2009; J.O. Quiles, Marin, Soto, Piñera, & Fuentes, 2014; Wilkins & Eisenbraun, 2009). Ou seja, “O humor não é a instalação de uma desordem, antes o *repor de uma ordem*, mais natural, mais humana, que tinha sido subvertida pelos poderes vigentes.” (Zink, 2013, p. 236). O humor é, desta forma, uma condição do espírito humano, é sério e tem uma relação estreita com a saúde (Zúñiga R., 2005).

O humor e o riso constituem, desta forma, e em conjunto com o jogo, a brincadeira, a criatividade e outras técnicas, recursos utilizados pelo PH que facilitam a vivência da hospitalização (J.O. Quiles et al., 2014).

³⁸ The *Association for Applied and Therapeutic Humor* (AATH) is non-profit, member driven, international community of humor and laughter professionals and enthusiasts. Formed in 1987 by Registered Nurse, Alison L. Crane, AATH provides its members the education, cutting-edge resources, and supportive community they need to excel in the practice and promotion of healthy humor (<http://www.aath.org/>).

3. O JOGO E A BRINCADEIRA

O direito da criança à educação e ao lazer está consignado no 7º Princípio da Declaração dos direitos da criança, adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 (UNICEF, s.d.). Neste princípio é assumido que a criança deve ter oportunidade para brincar e para se divertir, tendo esta atividade os mesmos propósitos da sua educação, isto é, a promoção da cultura, o desenvolvimento e a capacitação para o exercício da cidadania. A brincadeira tem um caráter universal, natural, é facilitadora do desenvolvimento saudável, num espaço de liberdade que estimula a participação, a comunicação, a relação e a criatividade (Winnicott, 1975). As crianças “*développent des compétences propres à leur appréhension du monde, un rapport à l'espace, au temps e à l'imaginaire.*” (Delalande, 2003, p. 79).

Assim, o jogo e a brincadeira são atividades essenciais ao processo de desenvolvimento da criança/adolescente, que lhe permitem conhecer, experimentar e descobrir o mundo envolvente, que facilitam o processo de aprendizagem, a relação com os outros e a construção de significados: “Em suma, brincar promove o desenvolvimento psicomotor, moral, ético, estético e espiritual da criança” (OE, 2010), assim como o cognitivo, o afetivo-emocional, o criativo e o social (Bergen, 2006; A.B. Sousa, 2003; Ullán & Belver, 2008; Yogman et al., 2018). O jogo tem, desta forma, uma componente funcional, que permite explorar cada função fazendo emergir novos resultados e, por sua vez, o despontar de novas funções (como falar ou andar) gera novos jogos funcionais, com o objetivo de exercitar e desenvolver essas funções (Chateau, 1975; Piaget, 1990). Mas a atividade lúdica vai mais além do jogo funcional. Nesse sentido, autores como Chateau (1975), A.B. Sousa (2003), Vygotsky (1991), Yogman e colaboradores (2018), entre outros, referem que o jogo, para a criança, não é uma atividade frívola, mas sim uma atividade séria, com regras, sacrifícios, fatigante, absorvente, um espaço de exercício e desenvolvimento.

A criança/adolescente desenvolve-se de forma contínua e dinâmica, explorando e transformando o ambiente, num contexto de relações familiares, culturais e sociais, ou seja, num processo de autocriação que se alicerça na construção, co-construção e reconstrução de um Eu no mundo e com o mundo. Este processo de autocriação ocorre pela tecelagem e complexificação de teias de relações estabelecidas nesse mundo, que concorrem para a individualização e o esculpir de um ser irrepitível, único e integral. Neste sentido, o jogo e a brincadeira não constituem tão-somente uma atividade lúdica, nem uma forma de passar o tempo, sendo atividades criativas, divertidas e estimulantes³⁹ (Lima et al., 2009). O jogo e a

³⁹ Tal como sucede com o humor e o riso, o jogo e a brincadeira provocam a libertação de substâncias neuroquímicas associadas ao prazer (Bergen, 2006), com os benefícios anteriormente mencionados.

brincadeira promovem a homeostase da criança/adolescente, a atividade, a exploração e participação nas atividades de vida pessoal e sociocultural (Mitre & Gomes, 2004). A este respeito, o pedagogo Célestin Freinet (1960), considera que a criança tem necessidade de conhecer e de saber, sendo o jogo e a brincadeira atividades de trabalho, cansativas, que podem causar alegria ou sofrimento, mas essenciais ao desenvolvimento global (ajustado ao ritmo de cada um) e à criatividade. Da mesma forma, Montessori (1969) entende que o crescimento é um processo contínuo e evolutivo, e que a criança é fascinada por todos os meios de desenvolvimento, por contraposição à atividade improdutiva, que a deixa indiferente.

O jogo e a brincadeira são fundamentais para a criança, uma vez que, ao permitirem criar, colocam em funcionamento recursos cognitivos, emocionais e comportamentais, tendo a criatividade um impacto positivo na saúde, nomeadamente no que se refere à autoestima, à autoimagem e à autoeficácia (Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2013; 2015; Ullán & Belver, 2008). Nesta linha de pensamento, Bergen (2006) sublinha que, “através das suas brincadeiras, [as crianças] demonstram o quão elaborados os seus processos de raciocínio simbólico se tornaram e mostram a sua capacidade para se autorregularem e trabalharem em conjunto com os outros” (p. 289). Por conseguinte, o jogo e a brincadeira não constituem uma atividade de somenos importância, uma vez que através do jogo a criança/adolescente “põe em acção as possibilidades que dimanam da sua estrutura peculiar, realiza as potencialidades virtuais que afloram sucessivamente à superfície de seu ser, assimila-as e desenvolve-as, une-as e complica-as, coordena o seu ser e dá-lhe vigor” (Chateau, 1975, p. 17). O jogo e a brincadeira inserem-se no que Bronfenbrenner e Morris (2006) denominam processos proximais⁴⁰, que são motores do desenvolvimento e, segundo os autores, o envolvimento nestes processos permite dar sentido ao mundo e transformá-lo. Também para Vygotsky (1991), o jogo e a brincadeira estão ligados às necessidades das crianças e adolescentes, incentivam à ação, são transformadores da realidade, promovendo a construção de novos conhecimentos e contribuindo para o desenvolvimento integral.

Assim, brincar não é meramente um tempo e um espaço de prazer, mas, também, de aquisição de experiência e criatividade, de testagem de papéis (Chateau, 1975; Delalande, 2003; D.K. Oliveira & Oliveira, 2013; OE, 2013; Winnicott, 1982; Yogman et al., 2018); um espaço de evasão e compensação, de ensaio e desenvolvimento da autonomia (Chateau, 1975; Volpato, 2002; Yogman et al., 2018); uma forma de estabelecer e fortalecer relações seguras e estáveis, de comunicar (Delalande, 2003; Fundação

⁴⁰ Recordamos que os autores referem que os processos proximais englobam as interações e a complexificação das relações com o outro e com o ambiente de maior proximidade, variando em função das características individuais (capacidade, experiência, conhecimento, habilidades, estratégias de *coping* e outras) e das características do contexto (eventos ou condições externas ao organismo passíveis de influenciar e ser influenciados pela pessoa em desenvolvimento).

Maria Cecília Souto Vidigal, 2013; 2015; Junqueira, 2003; Winnicott, 1982; Yogman et al., 2018), de se desenvolver socialmente, de resolver problemas (Koller & Gryski, 2008; Vygotsky, 1991; Yogman et al., 2018), de construir e reconstruir a realidade (Volpato, 2002; Vygotsky, 1991; Yogman et al., 2018), de dominar a ansiedade e a angústia, porque a brincadeira é mediadora entre o mundo interior e o mundo exterior (Winnicott, 1975; 1982).

Relativamente ao contexto hospitalar, a importância do jogo e da brincadeira está associada ao imaginário e à promoção de uma vivência salutogénica e positiva, facilitadora da expressão, da modificação do ambiente e da continuidade do desenvolvimento: “Através de um movimento pendular entre o mundo real e o mundo imaginário, a criança transpõe as barreiras do adoecimento e os limites do tempo e espaço” (Mitre & Gomes, 2004, p. 148). A criança/adolescente torna-se, desta forma, um elemento ativo e participativo ao longo do processo de hospitalização, rompe com a monotonia, cria um espaço/lugar onde existe continuidade dos hábitos do seu quotidiano, o que favorece a perceção de uma experiência mais positiva da hospitalização (Barrón et al., 2000; Esteves et al., 2014; Junqueira, 2003; Motta & Enumo, 2004; Tavares, 2011; Wiezzel & Villela, 2008). Como referem Yogman e colaboradores (2018), o jogo e a brincadeira são muito importantes nos momentos de adversidade, uma vez que a alegria, a comunicação partilhada, a sintonia, a harmonia e interação que estas atividades podem proporcionar, ajudam a regular a resposta ao stress.

Assim, na hospitalização pediátrica, o jogo e a brincadeira cumprem vários propósitos: para além da vertente recreativa, educativa e humanizadora, podem constituir um recurso terapêutico; promovem a autoestima da criança/adolescente (OE, 2013); estimulam novas formas de comunicação e de expressão de emoções, sentimentos e desejos; são divertidos e alegres; dão prazer, reduzem o stress, o medo e a frustração e são um importante recurso de *coping* nas adversidades e da adaptação à situação, mediando o mundo familiar e o contexto de hospitalização (Barrón et al., 2000; Jorge, 2004; Kumamoto, Barros, Carvalho, Gadelha, & Costa, 2004; Mitre & Gomes, 2004; Motta & Enumo, 2004; OE, 2013; Tavares, 2011; Ullán & Belver, 2008). Segundo os autores, estas atividades constituem ferramentas de exploração, experimentação, vivência e descoberta do meio envolvente. Para além disso, transformam e normalizam o ambiente hospitalar, favorecem a interação e a cooperação, aproximando os atores no processo, proporcionam alguma autonomia e controlo sobre a situação – pela oportunidade de fazer escolhas –, ajudam e facilitam a preparação para os procedimentos de diagnóstico e terapêuticos e promovem o desenvolvimento da criança/adolescente.

A atividade lúdica permite à criança/adolescente revelar os seus maiores receios, nomeadamente associados a cirurgias, procedimentos invasivos, geradores de dor (Tavares, 2011) e outras atividades

assistenciais, promovendo a redução de tensões e frustrações a elas associadas (D.K. Oliveira & Oliveira, 2013; OE, 2013; Paixão, Damasceno, & Silva, 2016). Assim, o jogo e a brincadeira podem constituir “uma estratégia de comunicação terapêutica” (OE, 2013, p. 36).

Brincar altera o ritmo e a rotina do contexto hospitalar, proporciona à criança/adolescente e seus conviventes significativos um espaço, tempo e lugar nos quais encontram um ambiente de apoio e de atividade que lhes acrescenta confiança e, conforme referido, uma sensação de maior controle de si e da situação (Anes & Obi, 2014; Junqueira, 2003; A.I. Santos, 2011; Tavares, 2011), Assim sendo, o lúdico, neste contexto, facilita a adaptação à hospitalização, reduzindo a vulnerabilidade e aumentando a resiliência (Koller & Gryski, 2008; Parcianello & Felin, 2008), constituindo-se numa parte integrante do cuidado psicossocial e criando oportunidades de construção de relações terapêuticas (Koller & Gryski, 2008). Este espaço, tempo e lugar de liberdade, criatividade e oportunidade de crescimento e de desenvolvimento (Parcianello & Felin, 2008) contribui para a melhoria das condições de hospitalização (Kumamoto et al., 2004; Mota et al., 2012) e para a desmistificação do ambiente hospitalar (Parcianello & Felin, 2008).

Assim, a existência de espaços lúdicos no hospital proporciona experiências positivas, bem como o bem-estar físico, psíquico e social neste contexto (D.K. Oliveira & Oliveira, 2013). Desta forma, dada a sua abrangência multidimensional, o jogo e o brincar, inscrevendo-se numa perspectiva holística da saúde (Azevedo, Santos, Justino, Miranda, & Simpson, 2008), tornam-se essenciais à humanização, à promoção da saúde e à qualidade de vida de todos os atores que agem e interagem nestes espaços. Na opinião dos próprios profissionais de saúde, a atividade lúdica contrapõe-se às experiências negativas da hospitalização, constituindo um espaço de construção, de aprendizagem, de socialização e relação, que evita o isolamento e transforma o contexto hospitalar num lugar mais familiar (Mitre & Gomes, 2004).

Pelo exposto, é entendido que o jogo e a brincadeira podem, por um lado, ser espontâneos – tendo um fim recreativo e de prazer –, permitindo a livre expressão da criança/adolescente e promovendo um ambiente descontraído e seguro, ao seu ritmo, facilitador do processo de hospitalização; ou, por outro, serem atividades estruturadas com um fim terapêutico, com caráter de diagnóstico e intervenção ao nível das dificuldades presentes e da adaptação ao hospital (Barrón et al., 2000; Motta & Enumo, 2004; D.K. Oliveira & Oliveira, 2013). Neste último caso, a brincadeira é baseada numa relação terapêutica segura, recorrendo ao brinquedo como instrumento de comunicação e, neste sentido, a ludoterapia exige um profissional formado e experiente nesta área (Tavares, 2011) com o qual a criança/adolescente poderá elaborar e experimentar novas formas de expressão, comunicar e divertir-se. Sendo um recurso securizante, esta atividade possibilita a redução da angústia, a reorganização dos sentimentos, a redução

do impacto negativo da hospitalização (A.J. Melo, 2007; Mitre & Gomes, 2004; A.I. Santos, 2011), a suavização do impacto de situações ameaçadoras, a preparação para procedimentos diagnósticos e terapêuticos, criando oportunidade para novas aprendizagens e para a autonomia (OE, 2013; Tavares, 2011).

Quer se trate de uma atividade espontânea ou estruturada, a disponibilidade de material lúdico deve ser adequada aos estágios de desenvolvimento da criança/adolescente, às necessidades de higienização do ambiente hospitalar (Parcianello & Felin, 2008), ao espaço, à condição clínica, às atividades assistenciais e de vida diária. A adequação do lúdico e dos brinquedos à idade e desenvolvimento da criança/adolescente ativará e desenvolverá os centros cerebrais e respetivas respostas: físicas, psíquicas, sociais e emocionais (Bergen, 2006), num progressivo processo de complexificação.

A coexistência de recursos lúdicos centrados no contexto hospitalar, isto é, materiais de uso corrente no hospital ou com ele relacionados (por exemplo, seringas e ambulâncias), tem também um papel importante na compreensão e na preparação das situações inerentes à hospitalização. De facto, tal permite a familiarização com os mesmos, a dramatização, a observação e análise das dificuldades da criança/adolescente, o intercâmbio de papéis com os profissionais de saúde, criando a oportunidade de desmistificar o ambiente hospitalar, explicar técnicas e terapêuticas, tornando a criança/adolescente um elemento ativo no processo e, desta forma, constitui um mecanismo facilitador da proximidade emocional (Barrón et al., 2000; Tavares, 2011). Neste sentido,

Os brinquedos, tais como a mobília de hospital em miniatura, material médico de brincar e bonecos, são especialmente importantes para ajudar as crianças a exprimirem os seus medos e ansiedades. Brincar «aos médicos e enfermeiros» também nos pode ajudar a descobrir as conceções erradas que a criança tem relativamente à doença ou ao tratamento (OE, 2013, p. 37).

Mas, o jogo e a brincadeira não são atividades exclusivamente infanto-juvenis, devendo perdurar ao longo de todo o ciclo vital; com efeito, brincar cria condições para a construção da existência da pessoa ao longo da vida, a partir da incorporação da realidade interna do indivíduo e do mundo exterior (Winnicott, 1975). Na realidade, o jogo e a brincadeira constituem mecanismos de proteção da deterioração das redes neuronais ao longo do ciclo de vida, preservando a criatividade, o raciocínio e a atividade eficiente do cérebro, sendo “uma forma de criar desafios que mantêm os seres humanos preparados para tomar medidas mais sérias” (Bergen, 2006, p. 289). Assim, o jogo e a brincadeira são importantes para todos, inclusivamente para os conviventes significativos e para os profissionais de saúde. Favorecem a relação entre os intervenientes no processo de hospitalização (Barrón et al., 2000), a relação no seio da equipa,

as estratégias de enfrentamento nas dificuldades e do sofrimento na vivência hospitalar (Tavares, 2011). Para além disso, quando a criança/adolescente brinca e está ocupada, os conviventes significativos podem sentir-se confortáveis para se ausentarem, terem um tempo para si mesmos (Junqueira, 2003; Wiezzel & Villela, 2008), ou participarem e se envolverem em atividades (Ullán & Belver, 2008), de forma prazerosa, num tempo e lugar de evasão e de compensação, de relação, que lhes permite reduzir a ansiedade, o medo e adquirir algum controlo sobre a situação. Brincar desempenha, por conseguinte, um papel importante no estabelecimento e manutenção de relações interpessoais e na adesão ao regime terapêutico, dado o seu carácter universal, prazeroso, promotor de emoções positivas e de afetos, de relações interpessoais autênticas e securizantes, impulsionando os laços familiares que se encontram desorganizados no processo de hospitalização (Mitre & Gomes, 2004).

Em suma, a literatura reconhece a necessidade de programas educativos e lúdicos no contexto hospitalar que promovam a melhoria das condições e a qualidade de vida dos atores destes espaços (Anes & Obi, 2014; Ávila & Acaso, 2011), uma vez que estes proporcionam à criança/adolescente – através do mundo imaginário e da fantasia – um lugar que suaviza as dificuldades, dá sentido e torna inteligível a realidade envolvente (A.N. Silva, 2010). Este lugar “seguro” tem sentido no contexto da hospitalização porque gera prazer e alegria, resgatando “o ser criança/adolescente”, constituindo um espaço de relação e socialização, uma oportunidade de vivência e construção positiva num ambiente humanizado (Jorge, 2004; A.J. Melo, 2007; Mitre & Gomes, 2004; D.K. Oliveira & Oliveira, 2013; OE, 2013; Tavares, 2011; Ullán & Belver, 2008). Estas atividades são, segundo estes autores, facilitadoras da relação entre os profissionais de saúde, a criança e os conviventes significativos, pela oportunidade de estabelecer/refazer laços, constituindo um espaço de afetos e um instrumento promotor de adesão ao regime terapêutico. São, ainda, um espaço democrático, permitindo o exercício da liberdade e da autonomia; e um espaço terapêutico, pela redução do impacto negativo da hospitalização, tendo um efeito tranquilizador, de redução do medo e ansiedade e promotor de estratégias de coping, adaptação e reequilíbrio da criança/adolescente, num processo de desenvolvimento integral (Jorge, 2004; Mitre & Gomes, 2004; OE, 2013; Tavares, 2011; Ullán & Belver, 2008).

Pese embora as inúmeras mais-valias da atividade lúdica no contexto hospitalar, esta deve respeitar a autonomia da criança/adolescente e não ser imposta, mas sim proposta sem excesso, sob pena de ter um efeito paradoxal, tornando-se aborrecida ou, nalguns casos, assustadora.

No contexto das atividades artísticas e lúdicas, a entrada do palhaço profissional no ambiente hospitalar, com as suas ferramentas nucleares – a arte, o humor, o riso, o jogo e a brincadeira –, transforma o hospital num lugar de afetos, estimula a participação dos diferentes atores, promove a modificação da

situação de doença para a valorização do lado saudável da criança/adolescente, desperta a criatividade, proporciona o desenvolvimento e o conhecimento (Esteves, 2015; A.S. Melo, 2017; Wuo, 2009). O PH proporciona, efetivamente, um lugar de afetos, na medida em que “os lugares não são coisas, são entidades vivas que possuem coração, que se tornam acessíveis pela possibilidade de saber olhar” (Masetti, 2014, p. s.n.).

CAPÍTULO IV

O PALHAÇO DE HOSPITAL – AGENTE DE HUMANIZAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DO AMBIENTE DE HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA

Introdução

A figura do palhaço, quer nos primórdios das sociedades, quer atualmente, representa um sentido do cômico e uma forma surpreendente e dinâmica de atuação e improvisação. Ao longo do tempo, o palhaço teve sempre um espaço de liberdade diferente, sendo desde tempos remotos, e de forma contínua, redescoberto pelas sociedades, representando uma visão peculiar do mundo, quer nas sociedades primitivas, quer na civilização moderna, transitando e renovando-se constantemente (Towsen, 1976). Efetivamente, a figura do palhaço está presente em quase todas as sociedades humanas, adotando vários nomes, como *parasite, clod, sot, buffoon, stultor* (Warren & Spitzer, 2014), *fools, folly, jesters, mimes, jongleurs, minstrels* (Towsen, 1976), ou simplesmente *clown* (Warren & Spitzer, 2014). A sua personagem de tolo, bobo, trapaceiro, interpreta os desejos tácitos da humanidade, criticando e lançando farpas certas à sociedade, permite rir de realidades difíceis e é, ainda, um bode expiatório (Koller & Gryski, 2008). A figura do palhaço despoleta o riso pela representação do ridículo, do fracasso, da inadequação, fazendo sobressair a fragilidade humana, a sua vulnerabilidade (J.F. Rodrigues, 2015). Segundo Masetti (2011), o palhaço tem o privilégio de rir daquilo que a ninguém mais é consentido, colocando em questão e desafiando as normas, o poder e a ordem vigentes. Na realidade,

Quando o palhaço rico dá uma ordem ao palhaço pobre e este desobedece, as crianças riem a bom rir porque o palhaço pobre é desobediente e estraga o arranjinho. Mas será só desordem? A desordem não faz rir assim. [...] Só que a desordem do palhaço é, na verdade, o repor de uma ordem primeira, que tinha sido derrubada pela instalação de uma hierarquia de poder” (Zink, 2013, p. 236).

Ou, noutras palavras, o palhaço permite ridicularizar os estigmas, denunciar diferenças e desigualdades, ultrapassar barreiras, potenciando a imaginação e promovendo a transformação. Sendo uma figura fora do lugar, o palhaço “às vezes, por momentos, é a própria estabilidade da situação dialógica, a solidez e a seriedade do real cenário que ele denuncia, como o coringa⁴¹ que pode assumir diversas personificações.” (Matraca et al., 2011, p. 4135).

⁴¹ Coringa é o símbolo dos paradoxos, dos opostos complementares. Muito associado ao bobo da corte, em cuja atuação subjaz uma mensagem, escondida atrás da sua máscara de tolo.

Nesta lógica, a figura do palhaço e a sua intervenção, de acordo com a literatura, assumem particular relevância em contextos diversificados, como em cenários de guerra, lares de terceira idade e hospitais. Neste último, os PH, recorrendo à arte, ao humor, ao riso, ao jogo, à magia e outras técnicas, têm um papel de suporte, de minimização dos efeitos negativos da hospitalização e de desmistificação do ambiente hospitalar (Esteves, 2015; Finlay et al., 2014; A.S. Melo, 2017; Tavares, 2011). O Hospital é, assim, o palco no qual o palhaço recorre à sua arte para salientar a dimensão saudável da criança/adolescente, a sua natureza lúdica; nesta perspetiva, enquadra-se no processo de humanização, facilitador da expressão de emoções, das dificuldades, transformando as experiências e abrindo portas a uma nova lógica, novas perspetivas e significados dessas experiências (Caires & Masetti, 2015; Esteves et al., 2014). Efetivamente, ao romper com a norma instituída, o PH cria a oportunidade para a atribuição de novos significados à experiência de hospitalização, abrindo espaço a novas construções e novas competências de enfrentamento dos eventos de vida.

1. BREVE HISTÓRIA DOS PALHAÇOS

Na perspetiva da saúde, histórica e culturalmente, os palhaços foram associados, desde longa data, não tão-somente ao riso, mas também ao bem-estar da sociedade e às artes curativas (Dionigi & Canestrari, 2016), realizando cerimónias de cura e de expulsão de espíritos malignos que causavam doenças (A.L. Soares, 2007; Warren & Spitzer, 2014), sendo ainda figuras de aproximação aos deuses (A.L. Soares, 2007). Na realidade, segundo a história, e conforme referido por Warren e Spitzer (2014), Hipócrates mantinha trupes e palhaços no acompanhamento dos doentes, uma vez que entendia que a melhoria do humor, a felicidade e a diversão eram importantes para ajudar à sua cura. Os palhaços funcionavam como artistas, sacerdotes, *shamans* e um conjunto alargado de papéis: “*Throughout these various roles in history, the clown epitomized «wisdom in folly»*” (Ridd, 1987).

Os primórdios do palhaço são encontrados na 5ª Dinastia do Antigo Egito, onde surge o primeiro bobo da corte, um pigmeu (Towsen, 1976). Mas são várias as culturas que tinham tradição dos palhaços, como na Ásia, sendo que, no antigo Bali e na antiga China, estes desempenhavam um papel social e religioso, aparecendo em vários contextos (University of Wisconsin-Extension, 2004). Na Malásia, por sua vez, os *P'rang* eram figuras que utilizavam máscaras exageradas, com olhos enormes e bochechas desproporcionais, cores garridas, turbantes desmedidos (Lopez & Guarnizo, 2002).

Uma das formas de teatro mais antigas é o *Sanskrit* drama, na Índia, que eram dramatizações dos épicos hindus clássicos, nos quais os palhaços atuavam como serventes e confidentes do herói, servindo ainda como intérpretes da língua *Sanskrit*, a linguagem dos deuses e dos reis (Towsen, 1976). Também na

China, o palhaço tinha este papel de servente e tradutor da linguagem *Prakrit* para o público em geral. Aliás, segundo o autor, um pouco por toda a Ásia o palhaço tinha quase um papel secundário, de servente e tradutor, funcionando como um intermediário entre o herói, as figuras de poder e o público.

Nas culturas primitivas e tribais, por exemplo no continente americano, o humor e os cerimoniais do palhaço eram, frequentemente, considerados práticas curativas do espírito (Towsen, 1976). Efetivamente, os palhaços ocupavam um importante lugar nestas sociedades, frequentemente ligados a cerimoniais religiosos, ao sagrado e a curas, particularmente a cura da mente e do espírito, trabalhando frequentemente com os *shamans*, mais dedicados à cura do corpo, constituindo figuras de grande poder e energia, que quebravam as regras e promoviam a mudança (Ridd, 1987). Alguns palhaços tinham ainda a função da manutenção da ordem durante os encontros sociais entre os Índios. A ligação dos palhaços, dos *trickster*, dos *healers*, dos *fools* aos *shamans* constitui, segundo Blerkom (1995), a origem de diversos entretenimentos populares, como truques, malabarismo, acrobacias, sendo figuras encontradas em ritos de passagem e crises sociais, mediando entre a ordem e o caos, o sagrado e o profano, a natureza e o sobrenatural. Existem mesmo autores, como Flaherty (1988) e LaBarre (1979) [referidos por Blerkom (1995)], que consideram que os *shamans* são a fonte de todas as artes cénicas. Na Grécia Antiga e em Roma os palhaços atuavam em peças teatrais, adotavam indumentária característica, tendo como objetivo entreter e divertir a audiência (University of Wisconsin-Extension, 2004). Segundo Towsen (1976), é na região grega de Dorian que a tradição do teatro teve origem, sendo os palhaços conhecidos como *Mimes*, cuja arte era a da imitação. Na Grécia surgem, assim, tal como na tradição romana, as peças de teatro nas quais os palhaços apareciam no meio ou no final da representação de tragédias sérias, apresentando a sua própria versão cómica da obra (Lopez & Guarnizo, 2002). Porém, segundo os autores, em Roma, quando o Imperador se converte ao cristianismo, as peças teatrais – que se interpretavam quer no teatro, quer nas ruas e praças –, desaparecem e os palhaços são obrigados a vagar por praças e mercados de vários países europeus, tornando-se nómadas.

No início da Idade Média, com os teatros encerrados, os artistas deambulavam pelos territórios, atuando onde pudessem, participando das feiras de várias regiões. As feiras podiam durar semanas e quer os vendedores, quer os compradores, assistiam aos espetáculos de acrobacia, malabarismo, música, animais amestrados e outros, sendo os palhaços conhecidos na Alemanha e na Escandinávia como *gleemen* e na França como *jongleurs* (Lopez & Guarnizo, 2002). Noutra topo da estrutura social dos artistas, encontravam-se os *minstrels* (bardos, trovadores), mais ligados à corte e à nobreza, sendo a sua arte considerada mais refinada do que os truques e malabarismos.

Porém, estes espetáculos itinerantes não permitem, segundo Towsen (1976), determinar com certeza o que faziam exatamente os palhaços nas suas curtas farsas, uma vez que poucos documentos desta época sobreviveram. Todavia, é seguro afirmar que recorriam a diversas habilidades para sobreviverem como artistas profissionais. À época existiam ainda outros palhaços, cuja função era interagirem com o público, “batendo” ou “varrendo” as pessoas para abrirem espaço no círculo em que se dispunham, chamando a atenção para a sua própria atuação (Lopez & Guarnizo, 2002).

Ainda na Idade Média popularizam-se os bobos da corte (*court fools*) – embora estes se encontrassem ao longo da história –, e os *jesters* – que entretinham as cortes reais através da sagacidade, de um repertório de humor e de uma visão diferente da instituída na sociedade. O seu lado ousado, zombeteiro e satírico não era tão comum como fazem transparecer alguns escritos, embora ao bobo fossem permitidas algumas brincadeiras e uma certa insolência (não tão-somente consentida, mas até expectável), bem como a inversão de papéis e crítica que, noutras circunstâncias, seriam punidas (A.F. Rodrigues & Filho, 2013; Towsen, 1976). Os bobos da corte, na era medieval, realizavam uma grande variedade de truques de magia, especialmente truques de cartas e prestidigitação, malabarismo, bem como utilizavam marionetas, cantavam, tocavam instrumentos musicais e produziam música a partir de objetos do dia a dia. Para além disso, contavam anedotas, imitavam animais, recorriam a linguagem sem sentido, recitavam poesia, davam notícias, comentavam a atualidade e dançavam (Warren & Spitzer, 2014).

No decurso da Idade Média, os teatros foram, progressivamente, reabrindo e o papel do palhaço foi adquirindo importância, ressaltando os contrastes e nivelando a sua representação com os atores dos grandes clássicos.

Durante o século XVI e até ao século XVIII, as trupes de comédia eram bastante comuns na Europa. Em Itália, a *commedia dell'arte* nasceu na segunda metade do século XVI, revolucionando a relação do mundo ocidental com a arte dos palcos. Este tipo de representação foi divertindo a Europa durante os séculos XVII e XVIII, com atores profissionais, que encarnavam personagens sob a indumentária característica e máscara que usavam e que, habitualmente, repetiam o mesmo papel (Lopez & Guarnizo, 2002; A.F. Rodrigues & Filho, 2013). Estes atores, apesar de atuarem nas cortes reais e em teatros, centravam a sua atuação em palcos improvisados nas praças das localidades e nos mercados, recorrendo à criação de personagens, muito ligadas à cultura de cada região, sendo muitas atuações baseadas essencialmente em dois tipos básicos: um par romântico (que não usava máscara e não era necessariamente expectável que fosse engraçado) e o amo/senhor e o servo/criado (Towsen, 1976). O desenvolvimento da sua atividade, baseada na satirização das conjunturas sociais, acontecimentos

locais, gostos ou preferências regionais, implicava o domínio perfeito da arte do improviso e das acrobacias (Crespo, 2013; Towsen, 1976).

A *commedia dell'arte* fez emergir personagens reconhecidas até aos nossos dias, como o Arlequim (originalmente um servo estúpido, mas cuja personagem se foi tornando mais sofisticada e até camaleónica) (A.F. Rodrigues & Filho, 2013; Towsen, 1976), Pedronilo que foi reencarnado em França como Pierrot (um bobo, sistematicamente alvo de partidas, lunático, e com a característica cara pintada de branco), Colombina (por quem Pierrot é apaixonado), Pantalone (um mercador veneziano, amo de Arlequim) e Pulcinella (uma personagem do povo, rude e pouco confiável), entre outros (Lopez & Guarnizo, 2002; Towsen, 1976). Na segunda metade do século XVIII, a *commedia dell'arte* entra em decadência, mas reaparece nos teatros de feira franceses e ingleses, conforme refere Towsen (1976). Segundo o autor a *parade* (uma sátira curta ou um diálogo cómico) tem as suas raízes na *commedia dell'arte* e na farsa francesa, mantendo a popularidade em França e em Inglaterra ao longo do século XIX.

Em Inglaterra a palavra *clown* só surge no século XVI, associada a *rústico, grosseiro, estúpido*, que caracterizava o palhaço nesta data e região – uma personagem que não reconhecia a sua própria estupidez e, desta forma, nem hesitava em participar nos esquemas mais imprudentes, constituindo um estereótipo cómico universal (Lopez & Guarnizo, 2002; Tanneau & Duhon; Towsen, 1976). Porém, como menciona Towsen (1976), foi ao longo do século XVIII, e face às várias restrições a que o teatro popular foi sujeito (o tipo de teatro cujo público não era a aristocracia), que os atores reinventaram a sua atuação, recorrendo frequentemente a monólogos alternados ou à pantomina, embora tenham perdido improvisação e espontaneidade. Segundo o autor, é nesta época que o *clown* adotou o rosto branco de Pierrot, encarnando o desajeitado palhaço inglês, sendo as duas personagens muitas vezes comparadas. Apesar do seu declínio, a *commedia dell'arte* deixou uma vasta influência na tradição da arte do palhaço e na literatura da comédia (Lopez & Guarnizo, 2002; Towsen, 1976). E, neste sentido, segundo autores como Lopez e Guarnizo (2002), o primeiro palhaço moderno da história foi Giuseppe Grimaldi, nascido em 1778, cuja personagem e representação era uma réplica de Pierrot.

O circo, no modelo como hoje se conhece, em anel, nasceu em 1768, introduzido por Philip Astley, em Inglaterra, inicialmente como uma exibição equestre, a partir da qual se desenvolveu a apresentação de várias atividades artísticas, incluindo com animais. A primeira atuação de palhaços neste tipo de palco foi de tal forma popular que passaram a fazer parte integrante do espetáculo (Tanneau & Duhon; Towsen, 1976). O palhaço, na sua essência tola, desencadeava no espectador sentimentos de superioridade. Mas, segundo Towsen (1976), esta incorporação foi também impulsionada pelo declínio das trupes

itinerantes, cujos artistas foram, então, progressivamente integrando o circo. É na escola do circo, onde iniciavam a carreira – a maioria das vezes como equilibristas, malabaristas, trapezistas, cavaleiros ou outros –, que os artistas desenvolvem, ao longo dos anos, a atuação cômica e passam a representar como palhaços. Desta forma, o circo foi ganhando estatuto como lugar de arte séria.

Na evolução das personagens, a partir da segunda metade do século XIX, muitos palhaços de circo passaram a atuar em pares, tal como acontecia em tempos ancestrais nas trupes, emergindo duas figuras: *the white clown* (o palhaço rico) – uma personagem elegante, dotada de humor conservador, com estatuto elevado entre os palhaços – e o *august* (o palhaço pobre) – uma personagem exagerada no traje e na cor, tonto, desajeitado, mordaz, rebelde e, por vezes, anarquista, tendo um estatuto baixo (Lopez & Guarnizo, 2002; Tanneau & Duhon; Towsen, 1976).

Ao longo do tempo o desempenho dos palhaços evoluiu e mudou significativamente de cultura para cultura, como nos Estados Unidos e em Inglaterra que se especializaram no humor verbal, enquanto noutras regiões prevalece a atuação mais gestual (Towsen, 1976).

O palhaço é, assim, um artista que recorre a diversas formas de arte e expressão, que tem diversas habilidades que lhe permitem um infundável campo de atuação, dependendo das suas capacidades e criatividade. Atualmente é possível ver os palhaços em espetáculos de rua, no teatro, nos meios de comunicação como a televisão, em teatros de guerra, em lares e tantos outros palcos, como os hospitais. Os palhaços profissionais que trabalham em zonas de catástrofe, por exemplo, podem criar à sua volta uma “island of resilience” (Pendzik & Raviv, 2011, p. 272).

2. O EMERGIR DO PALHAÇO DE HOSPITAL

Os arquétipos do PH podem ser encontrados em tempos remotos. A medicina antiga, por exemplo, considerava que a saúde era regulada por quatro humores (sanguíneo, melancólico, colérico e fleumático), sendo o bobo utilizado para ajudar a reequilibrar esses humores, recorrendo ao humor, ao improviso, mas também a artes como a música, a acrobacia e a poesia (Spitzer, 2006). Na Turquia, por exemplo, segundo Spitzer, os *Dervishes* eram responsáveis pelo bem-estar dos doentes, quer a nível corporal, quer da alma. No Antigo Egipto, o palhaço representava a procura do equilíbrio humano, revelado na figura do Deus da Alegria (Takahagui et al., 2014). Efetivamente, os palhaços estiveram de alguma forma sempre ligados ao bem-estar, sendo globalmente assumido que o ânimo influencia a saúde (Koller & Gyski, 2008).

No final do século XIX, os irmãos Fratellini, um famoso trio de palhaços, começaram a trabalhar em hospitais franceses, de forma ocasional, visitando as crianças hospitalizadas, constituindo o início

insípido dos PH (Warren & Spitzer, 2014). A partir de 1908 alguns relatórios revelam palhaços a atuarem em hospitais, como o desenho publicado no “Petit Journal”, mostrando a atuação de dois palhaços numa enfermaria de um hospital pediátrico em Londres (Spitzer, 2006); contudo, este tipo de atuação surge de forma esporádica e sem continuidade.

A história mais recente indica que o PH remonta a Hunter Patch Adams, no fim dos anos 60 e início dos anos 70 do século XX, um médico que defendia a humanização dos serviços de saúde. Entendendo que favorecia o processo terapêutico, Patch Adams introduziu a arte do palhaço num hospital na Virgínia (I.C. Almeida, 2012; Longras, 2015; Spitzer, 2006; Tan, 2014), vindo a fundar, em 1972, o *Instituto Gesundheit* (Longras, 2015).

A partir de Patch Adams, as instituições de saúde viram questionadas as estruturas normativas, abrindo oportunidade a novos modelos de abordagem da pessoa, enquanto ser integral, com espaço para o humor, o brincar, o riso, o encontro e o diálogo, humanizando os serviços de saúde e incluindo a arte nestes processos (Matraca et al., 2011).

Porém, os PH profissionais surgiram apenas em 1986, com Michael Christensen e a *Clown Care Unit*, integrada na companhia de circo *The Big Apple Circus* (Dionigi & Canestrari, 2016; A.F. Rodrigues & Filho, 2013; Tan, 2014). Após a morte do seu irmão Kenneth, médico de profissão, em 1985, vítima de cancro do pâncreas, Michael sentiu um maior compromisso e rendição à sua profissão de palhaço. Nesse ano, o *Babies and Children's Hospital*, em Nova Iorque, solicitou-lhe uma atuação para as crianças que sobreviveram a cirurgia cardíaca e Michael escolheu como indumentária um casaco branco, percebendo ainda que tinha encontrado uma forma de dar utilidade à antiquada mala de médico que seu irmão lhe havia dado antes de morrer, enchendo-a com uma panóplia de brinquedos que serviam para a sua atuação; Michael foi apresentado como o novo médico-chefe, o *Dr. Stubs*, cujo palco era uma sala repleta de crianças com diversas situações clínicas e, desde esse momento, fez emergir a irreverência brincalhona para com a figura de autoridade do médico e das normas hospitalares (Hospital Clown Newsletter, 1999). A sátira desenvolvida nesta primeira abordagem à atividade médica e à rotina hospitalar teve resultados surpreendentes, nomeadamente pela aceitação e participação das crianças na brincadeira do palhaço (A.F. Rodrigues & Filho, 2013; Takahagui et al., 2014; Tan, 2014).

É desta primeira abordagem e visão de Michael Christensen que nasce, então, a *Clown Care Unit*, no sentido de levar às crianças hospitalizadas a surpresa, a magia, o entusiasmo, a alegria e a diversão (Hospital Clown Newsletter, 1999), partindo do pressuposto que a criança, independentemente da sua situação, tem na sua essência o brincar e que os PH fazem emergir essa dimensão salutogénica (Masetti, Caires, Brandão, & Vieira, 2016). A *Clown Care Unit* era constituída por palhaços profissionais que

trabalhavam em duo, especialmente treinados para a atuação em contexto hospitalar. Os artistas desta Unidade eram de diversas nacionalidades e foram criando, posteriormente, programas nos seus países (Masetti, Caires et al., 2016; A.F. Rodrigues & Filho, 2013). É o caso de Wellington Nogueira, fundador dos Doutores da Alegria, no Brasil), Caroline Simonds, com *Le Rire Médecin*, em França, e Laura Fernandez, na Alemanha com *Die Clown Doktoren* (Caires & Masetti, 2015). Da mesma forma, o conhecimento do trabalho de Michael Christensen e da *Clown Care Unit*, levaram André e Jean Poulie a fundarem a *Theodora Foundation*, na Suíça (que atualmente tem PH em oito países do mundo); Yury e Vladimir Olshansky o *Soccorso Clown*, na Itália; Peter Spitzer e Jean-Paul Bell deram início ao *Australia's Humour Foundation Clown Doctor Programs*; Sergio Claramunt constituiu, em Espanha, os *PayaSOSpital*; existindo ainda outras organizações, como os *Fools for Health* (Canadá), os *Sairaalaklovnit ry* (Finlândia) (Caires & Masetti, 2015; Tan, 2014), a *Bola Roja* (Perú), o *Doctor Feliz* (Chile) (García et al., 2011) e a Operação Nariz Vermelho (Portugal).

No mesmo ano em que Michael Christensen funda a *Clown Care Unit*, em 1986, nasce no Canadá uma outra linha de Palhaços de Hospital, com um modelo terapêutico, que surge através de Karen Ridd (Langdon & Gryski, 2009; Pendzik & Raviv, 2011; Warren, 2004), uma palhaça e professora, que desenvolveu as suas ideias no contexto da teoria e da prática de desenvolvimento infantil, e que, em Maio desse ano, abordou o *Child Life Department of the Children's Hospital of the Health Sciences Centre of Winnipeg*⁴² com uma ideia revolucionária: a intervenção do palhaço neste contexto de saúde, tendo o potencial desta proposta sido visto e assumido pelo responsável daquele departamento, Ruth Kettner, e pelo diretor da *Children's Hospital Television*⁴³, Renée Ethans (Langdon & Gryski, 2009; Pendzik & Raviv, 2011). Karen Ridd, através da sua visão inovadora, demonstrou a importância do papel do palhaço na relação com a criança doente, no seu potencial empoderamento, na facilitação da adaptação à sua situação clínica e à hospitalização, na mudança da perceção sobre o ambiente hospitalar, nas necessidades da família da criança hospitalizada e enquanto ferramenta educativa e de diversão (Langdon & Gryski, 2009). Na sua proposta, Karen Ridd assume que o estado emocional da pessoa interfere com o seu bem-estar físico, que o humor e o riso criam uma valência afetiva positiva e que os palhaços – que sempre ocuparam um lugar central na sociedade ao longo da história –, podem constituir uma ajuda aos profissionais de saúde, quebrando barreiras, libertando o stress e melhorando o bem-estar de todos. Para além do mais, Ridd (1987) assume que a intervenção do Palhaço Terapêutico cria

⁴² O Child Life Department of the Children's Hospital é um serviço psicossocial, que tem como propósito o alívio da ansiedade e do stress associados à hospitalização infantil, promovendo oportunidades de desenvolvimento no hospital através da normalização do ambiente pediátrico, facilitando estratégias de coping e apoiando a criança e a família ao longo do processo (Ethans, 2006).

⁴³ A estação de televisão de circuito fechado do hospital.

a oportunidade para a criança desempenhar diversos papéis, ganhar controlo e consistência, ser criativa, desenvolver sentido de humor e estabelecer relações positivas.

Ao longo do tempo, as organizações de PH foram proliferando em todo o mundo, quer seguindo a linha inicial de Michael Christensen, quer seguindo a linha de Karen Ridd (S. Ribeiro, Masetti, & Caires, 2014). Progressivamente os PH alargaram o seu âmbito de intervenção, não se circunscrevendo ao contexto pediátrico, passando a abranger as áreas de adultos, a geriatria e a reabilitação (Langdon & Gryski, 2009).

Atualmente, em algumas instituições de PH, existem programas especiais dirigidos a crianças e adolescentes com deficiência, à preparação pré-operatória, às situações de coma, à reabilitação, aos cuidados paliativos, a zonas de catástrofe e isolamento (Anes & Obi, 2014), assim como a contextos de psiquiatria, com resultados não somente na melhoria do ambiente do serviço, mas também na redução do número de comportamentos disruptivos (Higueras et al., 2006).

A evolução da intervenção do PH levanta questões importantes relacionadas com a complexidade do seu trabalho neste contexto, quer em termos de formação, quer relativamente ao seu papel e efeitos/benefícios (Masetti, 2011), dado o crescente interesse neste tipo de intervenção em diversos contextos, mas cujos estudos empíricos são ainda escassos (Dionigi & Canestrari, 2016).

Em 2011 foi criada a *European Federation of Hospital Clown Organizations* (EFHCO), um organismo que tem como objetivo proteger e apoiar o trabalho do palhaço profissional que, a nível europeu, intervém no contexto de saúde. A Federação dá suporte a estes profissionais que atuam particularmente no ambiente direcionado às crianças hospitalizadas, suas famílias e outras pessoas vulneráveis e doentes. Promove as boas práticas, atribuindo acreditação de qualidade em função do cumprimento de critérios rigorosos e divulga a investigação desenvolvida nesta área profissional (European Federation of Hospital Clown Organization [EFHCO], 2011).

Os palhaços que atuam nos hospitais têm diversas denominações, como “Palhaço Terapêutico”, “Palhaço de Hospital” (PH), “Doutor Palhaço” (DP) e outras (Warren & Spitzer, 2014). Em Portugal, os palhaços da ONV designam-se “Doutores Palhaços”.

3. O PALHAÇO DE HOSPITAL: UMA ARTE HUMANIZADORA E TRANSFORMADORA DO CONTEXTO DE HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA

A hospitalização é um evento de vida adverso, gerador de sofrimento e com potenciais repercussões no desenvolvimento global da criança/adolescente (Dionigi, Flangini, & Gremigni, 2012), para além de perturbador da estabilidade, da segurança e dinâmica da família. As instituições hospitalares que adotam uma perspetiva médico-cêntrica tendem a promover a separação mente-corpo, assumindo uma estrutura baseada nos problemas e construindo uma “realidade a partir da doença e não do desenvolvimento de saúde. O que existe, então, é a instituição dos profissionais da doença” (Masetti, 2011, p. 34). Na realidade, o ambiente hospitalar pode ser bastante opressor, ficando a vida das pessoas suspensa e encarcerada neste espaço, particularmente no âmbito da pediatria. As perdas são imensas e não se reportam exclusivamente à morte; a saber: a escola, o convívio com os amigos e família, o contacto com uma rotina salutar, entre outros. O tempo durante a hospitalização é distinto do externo ao hospital, uma vez que existem exames, procedimentos, tratamentos, rotinas e, assim, não é possível “medir precisamente o tempo em que os indivíduos estarão doentes ou curados, esse tempo não é concebido, livre, ocioso, ocupado, é inesperado.” (Wuo, 1999, p. 45). Neste sentido, a forma como as perdas são vividas, as oportunidades para minimizar o impacto das mesmas e construir novos significados são determinantes para a criação de condições que permitam experiências positivas, bem como para a construção e a adaptação a novos projetos de saúde e de vida. Na verdade, as pessoas num ambiente de compreensão e de aceitação apresentam maior disposição para se expressarem e refletirem sobre si e sobre as situações de vida (J.F. Rodrigues, 2015).

Assim, num contexto em que frequentemente a pessoa é despojada da sua identidade, submetida a regras e rotinas divergentes da sua realidade quotidiana, o PH desafia as convenções e a rigidez normativa. Introduce um paradoxo no ambiente hospitalar, transformando-o num lugar com liberdade para desenvolver ações inusitadas, devolvendo às pessoas o controlo sobre as suas vidas, porque o palhaço está nesse ambiente, mas não lhe pertence; não se submete às regras gerais (Penzik & Raviv, 2011). Segundo Esteves (2015), Linge (2012), Masetti (2011) e A.S. Melo (2017), o PH transforma o contexto hospitalar, tornando-o um espaço diferente, um tempo diferente, alterando a estrutura e o poder instalado, permitindo um mundo imaginário, mais liberto, onde a comunicação é mais aberta. Noutras palavras, o PH “traz no seu corpo, e na sua ação, o indício de uma temporalidade e de um lugar diferentes daqueles nos quais ele se encontra, abre um mundo novo no ambiente hospitalar” (A.L. Soares, 2007,

p. 25), um lugar e tempo onde se desenvolvem novas vivências e novos olhares sobre a saúde. Assim, os PH levam a esperança e a oportunidade a um ambiente difícil (Koller & Gryski, 2008), num processo de abordagem sensível a cada um dos seus atores.

No contexto da hospitalização pediátrica, o PH faz a ligação entre a essência da medicina, os afetos e desejos, o imaginário da vida e da morte, essência essa perdida na lógica económica e na mercantilização da saúde, em que as pessoas são rotuladas e medicadas num processo de mercado dos tratamentos (Masetti, 2005). Segundo a autora, através da sua visão diferente, legitimada pela comunidade como linha de pensamento não racional, na qual impera o inusitado e o absurdo, o PH cria um novo olhar, transformador do ambiente onde tudo é objeto da arte, do humor, do jogo e da brincadeira. A inclusão dos PH nos serviços de pediatria é um indicador de interesse crescente, por parte das instituições, e uma oportunidade de desenvolvimento das abordagens integrativas (Blerkom, 1995), em oposição ao economicismo e o médico-centrismo da saúde. Insere-se também num contexto de rutura da arte com o espaço específico, passando a integrar a vida pública, de uma forma interventiva e dinâmica (Caires & Masetti, 2015).

3.1 Identidade de Si e do Outro – A Essência do Palhaço de Hospital

A essência do palhaço é sentir prazer na sua identidade e condição humana, no ridículo da sua figura tola, no rir desta sua condição (Wuo, 2009). Aliás, a universalidade do palhaço reflete uma característica humana: o riso; e ao rir do palhaço, a pessoa ri-se de si mesma e das situações reais ou imaginárias em que se revê (Battrick et al., 2007).

A naturalidade com que o PH assume o papel de tolo, o seu baixo estatuto e os seus erros, retirando a pressão das pessoas do cumprimento obrigatório das normas, do que é correto e das expectativas que sobre elas recaem, eleva o seu *status* e a sua condição humana, subvertendo as convenções instituídas e promovendo experiências positivas (Ford et al., 2013; Thompson-Richards, 2006). De certa forma, como referem Pulicci, Lopes, Cury e Conway (2003),

podemos comparar o palhaço no hospital, ao palhaço augusto que ante a reprovação, a exigência, a lucidez do olhar do seu companheiro branco (o corpo de profissionais, ou o hospital de uma forma geral), opõe o desajuste, o erro, sem distrair-se da delicadeza que a saúde exige em situações difíceis (p. 13).

A essência do palhaço é a sua humanidade. Segundo Thompson-Richards (2006), o PH personifica a fragilidade e a inadequação, procura o encontro com o outro na sua vulnerabilidade, expressando solidariedade. Promove a transcendência das suas circunstâncias, constitui consolo para o espírito e

estabelece uma ligação que enfatiza as comunalidades de todo o ser humano. Para este autor, o PH valoriza as pessoas, muito para além do seu papel, do seu *status*, do seu diagnóstico, construindo a sua intervenção em torno da dignificação da história de vida das pessoas, considerando que “*ilness is one thread of someone’s life story but only one thread*” (Thompson-Richards, 2006, p. 139). O palhaço é uma figura disponível, transparente, um ser de relação, cujas raízes são a ingenuidade e a pureza, sendo o seu trabalho, no contexto hospitalar, profundamente humano, uma vez que ele se entrega e, ao expor as suas fragilidades, promove o bem-estar do outro (Wuo, 1999). Nas palavras de Masetti (2013, p. 921):” O ofício do palhaço fala do esforço do homem em se entregar para a única condição possível de existência: a da relação humana”.

Schwebke "Shobi Dobi" (s.d.), uma artista e PH, na mesma linha de pensamento de Patch Adams, entende que o trabalho dos palhaços é centrado no serviço do coração, é espírito de brincadeira, humor, alegria e esperança, um mundo espontâneo de coração aberto à inocência e vulnerabilidade, de tempo para escutar, sem exigir nada em troca, um mundo mágico pela sua presença, que equilibra a mente e o coração, uma arte colocada ao serviço do outro, tendo na sua essência a espontaneidade.

A essência do palhaço encontra-se no seu interior. Mas o seu trabalho implica o olhar para fora, para o outro, numa relação que transforma a situação e o ambiente, centrando a vivência num foco salutogénico e humanizado (Barja, 2010). A essência do PH permite-lhe abrir-se e abrir os outros a uma nova lógica, uma lógica onde o encontro tem lugar na presença das facilidades e dificuldades, da entrega e superação de obstáculos, onde o riso desempenha um papel libertador (Masetti, 2011).

Segundo A.L. Soares (2007), o palhaço só existe com o outro e é na relação que cria que ele se materializa. Na perspetiva de Masetti (2011, p. 39), na intervenção do PH “as relações acontecem a partir do princípio de similaridade”, centrando-se o trabalho artístico no encontro, na coexistência de um com o outro, na flexibilidade e aceitação incondicional, transformando o erro em recurso. Desta forma, o PH altera as relações e cria oportunidades de novos encontros entre os diversos atores do contexto hospitalar (Warren, 2004). Pela sua capacidade e sensibilidade para se adaptar e respeitar os desejos, a vontade e as regras do outro, pela aceitação incondicional e a relação autêntica, o PH constrói pontes de confiança. Ao estabelecer uma relação igualitária com o outro, o PH não tem medo do ridículo nem do absurdo, aceita o imprevisível e cria espaço para o simples fluir da construção criativa, sem se preocupar com a organização e o racional (Masetti, 2011). Na particularidade do encontro com a criança, é esta quem lidera a relação, numa comunicação com palavras ou sem elas; mas num processo caracterizado pela sincronia, pela afinidade, por uma abordagem que visa “infetar” a criança de uma forma positiva, que a ajude a lidar com os seus problemas (Linge, 2011). Um conceito chave associado

aos PH é, conforme referem García e colaboradores (2011), Koller & Gryski (2008), Linge (2013), Masetti (2011), Ofir e colaboradores (2016), o empoderamento da criança/adolescente, no sentido de que ela perceciona o controlo da situação e o detenha, aceitando ou rejeitando o palhaço, dando ordens, enquanto este último se situa numa posição de vulnerabilidade, estabelecendo-se uma nova hierarquia nos papéis. Para que tal ocorra, o palhaço tem de ter grande capacidade de gestão e equilíbrio entre as suas habilidades e a necessidade de entregar o controlo à criança/adolescente.

São as características pessoais e artísticas do PH, consubstanciadas na sua essência e desenvolvidas no seu encontro peculiar com o outro que promovem o bem-estar da criança/adolescente, suas famílias/conviventes significativos e dos profissionais de saúde no contexto hospitalar. Efetivamente, este faz emergir emoções e novas redes de relações interpessoais positivas, modificando o ambiente e criando uma atmosfera em que a doença seja relegada para segundo plano, e promovendo, assim, a dimensão salutogénica (Dionigi et al., 2012; Dionigi & Canestrari, 2016; Ford et al., 2013; R.R. Oliveira & Oliveira, 2008; Warren, 2004; Wuo, 1999). Para além disso, permite que as pessoas adquiram algum controlo sobre si e sobre o ambiente (Dionigi et al., 2012; Grinberg, Pendzik, Kowalsky & Goshen, 2012; Linge, 2012; A.F. Rodrigues & Filho, 2013; Takahagui et al., 2014; Warren, 2004), proporcionando uma atitude positiva face à situação, mantendo a criatividade, o sonho e a alegria (Esteves, 2015; Linge, 2012; Masetti, 2011; A.F. Rodrigues & Filho, 2013; Takahagui et al., 2014), oferecendo um sentido de normalidade, ainda que por alguns momentos (Warren, 2004). Ao atuar no hospital, o palhaço oferece uma oportunidade de desafio, de estabelecer, de deixar fluir e de refletir sobre a relação com o outro, um outro que é o utente, o convivente significativo e o profissional de saúde, potenciando a transformação de acontecimentos e espaços em recursos positivos (Esteves, 2015; Masetti, 2011; A.L. Soares, 2007), o que promove a reconexão da pessoa à sua integralidade (AATH, 2013d).

Na especificidade do contexto pediátrico, em que a criança/adolescente tem uma forma própria de estar, é na “fenda nos alicerces construídos pelo saber médico” (Masetti, 2011, p. 83) que, de acordo com a autora, o artista e o profissional de saúde podem encontrar-se e construir caminho na relação de um com o outro, qualquer que seja o outro: criança/adolescente, convivente significativo, profissional.

Efetivamente, o PH, com o seu vestuário característico e nariz vermelho⁴⁴, marca um momento de diferença, no qual as regras usuais ficam suspensas, onde reinam o inesperado e o inimaginável (Linge, 2012). Mas, sob a aparência superficial da indumentária, do nariz vermelho e das habilidades de jogo e brincadeira, existe algo mais profundo na intervenção: é a sua essência (Ofir et al., 2016).

⁴⁴ O PH adota uma caracterização menos exuberante do que o palhaço de circo e de outros contextos e, por vezes, como nas situações clínicas de isolamento, remove a maior parte dos adereços (A.I. Santos, 2011).

O artista, PH, desenvolve uma identidade própria utilizando vestimenta característica, tendo, com a bata branca decorada, o intuito de retirar a carga associada à indumentária do médico, de outros profissionais de saúde e das circunstâncias (Dionigi et al., 2012; Warren, 2001). Essa identidade única é uma criação de si, um encontro e aceitação das suas fragilidades e forças, desvelando emoções que transforma em arte (Wuo, 1999). Nas palavras de Achcar (2016):

Assim, o palhaço é criação da pessoa a partir da sua opinião sobre o mundo, é o seu olhar sobre o funcionamento das coisas pela perspectiva da curiosidade, como se fosse de projeção pessoal de algo que está invisível e que é revelado no exercício do cômico (pp. 23-24).

E ao adotar essa identidade, o PH assume a personagem e a essência do palhaço (Dionigi & Canestrari, 2016). “O palhaço é um artista que tem profunda relação com sua própria experiência, se constrói cotidianamente por meio dela” (Doutores da Alegria, 2012, p. 46). Segundo Wuo (2009), a essência transgressora do palhaço é uma forma de se encontrar a si mesmo, de se renovar e atravessar “o outro lado do espelho, a outra margem do rio, virando o outro lado da moeda” (p. 57), invertendo a ordem estabelecida e construindo a capacidade de rir da condição humana.

O palhaço constitui, na verdade, um paradoxo no ambiente hospitalar, uma figura desintegrada do meio, uma imagem invulgar que quebra a norma, cuja intervenção permite recriar e redimensionar toda a envolvimento do processo de saúde, doença e de hospitalização. A construção da realidade tem por base os valores, as crenças, as percepções e as experiências individuais, pelo que, o caráter transformador do trabalho do palhaço, implica preparação física e transformação da corporalidade em expressão artística, onde o corpo e emoções pura e simplesmente acontecem, numa construção recíproca, sem juízos de valor em que cada um tem o espaço e tempo de ser ele próprio, de se libertar, sem receio do ridículo (Masetti, 2011).

Mas, ser PH requer competências e habilidades, não apenas artísticas, mas também humanas, como o bom sentido de humor, a empatia, o respeito, a compreensão (Ethans, 2006), a responsabilidade, a escuta, a espontaneidade, a sinceridade, a interação e a comunicação (Dionigi et al., 2012).

3.1.1. A Formação do Palhaço de Hospital

Do trabalho do PH, permanece, naqueles com quem interage, a sua preparação e flexibilidade para responder no presente a cada situação, valorizando o presente enquanto investe na relação com o Outro. Assim, a intervenção artística assume-se partilhada entre ambos.

A atuação no contexto hospitalar implica que o PH tenha capacidade para trabalhar neste ambiente, desenvolva competências de improviso e interação e esteja confortável com as indicações dos

profissionais de saúde (Mortamet, Roumeliotis et al., 2017; Spitzer, 2006). Nesta perspectiva, a formação do PH ocorre num processo formal e informal, que lhe permite o crescimento e desenvolvimento como artista, como PH e como pessoa (Warren, 2001). No seu caminho de crescimento, o PH não deve ter uma agenda fixa, mas sim estar preparado para ouvir e sentir o que o ambiente lhe oferece, constituindo um “*creative detective*” (Warren, 2004, p. 209), capaz e preparado para responder ao inesperado.

A sua área de intervenção implica formação contínua e treino, tanto na vertente técnica, como na artística, quer ainda no âmbito da saúde e ambiente hospitalar, no sentido de garantir a segurança e efetividade da sua atuação. A formação dos PH inclui a arte do espetáculo, do *clown* e outras demais, mas igualmente formação específica que lhes permite interagir no contexto pediátrico, de acordo com a situação clínica e os aspetos emocionais que encontram, adaptando as suas técnicas e abordagem de forma sensível às circunstâncias (Achcar, 2007; Dionigi et al., 2012; Dionigi & Canestrari, 2016; A.F. Rodrigues & Filho, 2013; Sridharan & Sivaramakrishnan, 2016; Warren, 2001). Particularmente em contextos complexos como as Unidades de Cuidados Intensivos, a formação e treino do PH, quando assentes em elevados padrões profissionais, conhecimento das particularidades dos utentes (situações críticas, sedação) e conviventes significativos, singularidade do ambiente e fatores restritivos (como a alta tecnologia, os equipamentos, o movimento, o barulho e outros) e medidas de controlo de infeção, permitem ultrapassar as barreiras e tornar o trabalho destes profissionais uma mais-valia para todos os intervenientes (Mortamet, Roumeliotis et al., 2017).

3.2 Intervenção do Palhaço de Hospital – Modo de Atuação

O PH, através da sua arte, procura fazer emergir e ouvir os afetos, criando pontes entre a arte e a saúde, tornando o espaço num lugar no qual “a subjetividade, o conflito, a vulnerabilidade – enfim, o humano – tenham expressão (e permissão) em um contexto em que o rigor, as regras e/ou a proficiência subsistem enquanto valores dominantes.” (Masetti, Caires et al., 2016, p. 46).

Enquanto ser singular, espírito livre que permite ver o mundo em diferentes perspetivas, o palhaço privilegia “as diferenças, as essências individuais em detrimento das idéias gerais e universais” (Achcar, 2007, p. 93). O PH interage com as pessoas, atores do ambiente hospitalar, vivendo o momento da sua intervenção e comunicando de forma verbal e não-verbal, construindo uma relação trabalhada no tempo e espaço que vai encontrando (Ford et al., 2013; Linge, 2012; A.I. Santos, 2011; Warren, 2004). Neste encontro, consciente e sério, de significado profundo e intencional, a aproximação e construção de vínculos é sustentada na arte do palhaço e nas técnicas e ferramentas que utiliza de forma sensível. Assim, os sentidos de visão, audição e toque adquirem grande importância, sendo que o adereço do

nariz e a indumentária fazem parte do jogo visual, a música e os sons especiais são uma fonte de inspiração para o jogo auditivo, enquanto as bolas de sabão, por exemplo, são pertinentes para o toque, transformando o espaço e tempo num lugar mágico, seguro, no qual é possível desenvolver competências e florescer a esperança (Linge, 2011).

Segundo Linge (2011), a intervenção do PH ocorre num processo que tem início na surpresa, seguido de interesse e terminando no prazer e alegria, abrindo o espaço a um lugar, tempo e relação de magia. O palhaço convida a pessoa a participar no seu jogo, na sua brincadeira, na história que vai construindo (Wuo, 1999). Aproveitando os recursos e o ambiente que encontra no contexto em que atua (A.L. Soares, 2007; Warren, 2004; Warren & Spitzer, 2014), o PH parodia/caricatura as figuras e procedimentos hospitalares, tornando-os menos assustadores, promovendo sorrisos e risos aos diferentes atores deste contexto (Dionigi & Canestrari, 2016). Nas palavras de Masetti (2011, p. 54), “o sorriso, ponto de encontro entre o palhaço e demais pessoas, transforma-se em lugar de ação porque resulta em conduta ativa, aumenta a potência do paciente, acompanhantes, profissionais de saúde”. Na realidade, com o PH são desenvolvidas atividades que não se realizariam com outros profissionais, uma vez que ao palhaço é possível e consentido o inusitado, sendo figura do mais baixo patamar da hierarquia do hospital, o que empodera o outro (Warren, 2001).

Os PH, referem Grinberg e colaboradores (2012), são figuras simbólicas que desafiam e transgridem as normas sociais, apresentam fronteiras mais flexíveis e pontos de vista incomuns, o que lhes permite alterar a ordem estabelecida, reconstruir o ambiente e criar um lugar imaginário, no qual as pessoas são convidadas a participar, desempenhando outros papéis. Assim, no palco do hospital, os palhaços convidam e integram a criança/adolescente, conviventes significativos e profissionais de saúde na sua intervenção, promovendo o bem-estar através da sua arte (Warren & Spitzer, 2014). A interação e integração de todos os atores na atuação do PH, o envolvimento das pessoas através do riso é, segundo Wuo (2009), um importante jogo do palhaço, porque “O riso desmascara o sério, retira a pessoa de seu lugar” (p. 59), mas não a coloca em lugar algum, porque o palhaço não vem de lugar nenhum, e vem de todos os lugares, não fala linguagem alguma e fala todas as linguagens, mas pelo riso o palhaço cria diálogo, promove uma comunicação criativa, mesmo numa linguagem silenciosa.

A intervenção do PH “levanta questões relacionadas ao saber, poder, identidade profissional para o trânsito das vivências humanas” (Masetti, 2011, p. 71), criando espaço e oportunidade à reflexão sobre as práticas, à introdução do humor e do lúdico nos cuidados, contribuindo para o envolvimento no processo de desenvolvimento de todos os atores do contexto hospitalar. Ou seja, o PH cria uma atmosfera diferente, podendo usar os materiais e instrumentos que encontra no ambiente hospitalar,

transformando-os e envolvendo-os no jogo e na brincadeira, na sua arte, humanizando o hospital, aumentando o bem-estar de todos os intervenientes e promovendo a recuperação da criança/adolescente (Anes & Obi, 2014). Efetivamente, o PH utiliza de forma paradoxal os dispositivos e instrumentos hospitalares, como se de bens preciosos se tratasse, despojando/desinserindo-os da sua finalidade de tratamento e contexto de doença (Grinberg et al., 2012). Desta forma, os PH desmistificam as figuras de autoridade, as rotinas e os tratamentos, recorrendo a doces como se de medicamentos se tratasse, fazendo prescrições contraditórias e questionando se estas têm sido seguidas com rigor, mostrando-se perturbados quando a resposta é negativa (Rindstedt, 2013). Nas palavras de Achcar (2016, p. 16): “quando o palhaço propõe à criança hospitalizada a vivência do humor, ele está visando a afirmação da potência de agir e transformar, mesmo em situações limítrofes e terminais”.

Esta transformação do contexto hospitalar, tirando partido do que existe ou surge no ambiente a cada momento, implica que o PH seja provido de grande capacidade de improviso, que vai “espalhando” na sua atividade ao longo dos corredores, das salas de espera e dos gabinetes, permitindo criar algum sentido de familiaridade ao contexto (Mortamet, Roumeliotis et al., 2017). No entendimento de Wuo (2009), o improviso é a “alma” do PH. Todavia, como referem Ofir e colaboradores (2016), sob a capa do improviso, da impulsividade e da intuição, do talento e da capacidade de atuação, as atividades do palhaço e o seu comportamento embasam em conhecimento, na compreensão rápida da situação e das necessidades. Aliás, o espaço de liberdade no meio hospitalar é, segundo Masetti (2011), potenciado pelo facto do artista trabalhar com a imprevisibilidade a cada momento e nada impor. Para a autora, na intervenção do PH são permanentemente incorporadas situações inesperadas e imprevisíveis, sendo a surpresa uma constante: “O resultado final do que vai ser tecido é desconhecido no início de sua caminhada.” (Masetti, 2011, p. 61).

No seu modo de atuar, o PH recorre a várias formas e técnicas de arte, como mímica, dança, música, malabarismo, anedotas, magia, improviso, incongruência, truques, brincadeira, jogo, humor, alegria e riso (Dionigi et al, 2013; Ford et al., 2013; Masetti, Caires et al., 2016; A.F. Rodrigues & Filho, 2013; Spitzer, 2006; Towsen, 1976). No entendimento de Mortamet, Roumeliotis e colaboradores (2017), as habilidades musicais são importantes, na medida em que são abrangentes e transversais, quer à fase de desenvolvimento da criança/adolescente, quer à situação clínica, quer ainda aos adultos. Para Achcar (2016, p. 28), “A música prepara, constitui, compõe e termina a dramaturgia do palhaço”. Para o encontro com os atores do contexto pediátrico, num mundo entre o real e o imaginário, onde todos desempenham e experienciam diferentes papéis (Pendzik & Raviv, 2011), o PH utiliza ainda técnicas e ferramentas da arte dramática (Pendzik & Raviv, 2011; Sridharan & Sivaramakrishnan, 2016), da arte

clown e do teatro (Sridharan & Sivaramakrishnan, 2016), a inversão de papéis, o desafio de regras e a empatia (Grinberg et al., 2012). Todas as formas, técnicas e ferramentas são importantes e, segundo Warren (2004), o PH recorre às mais adequadas a cada situação, sabendo se, quando e como intervir (ou não intervir), no sentido de “*see the «one door» they can open for a child (or adult)*” (p. 204). Neste sentido, no seu modo de atuar o PH não é intrusivo, ele “bate à porta e pede permissão para entrar”, para se inserir no espaço da criança/adolescente e conviver significativamente, aguardando a aceitação do outro à sua presença (Snowberg, 2014; Spitzer, 2006). O PH não julga nem impõe. Como refere Snowberg (2014), o PH deve ser aberto, honesto e solidário, deixando que a pessoa se expresse, escutando o que tem para dizer, aceitando, sem julgar, e criando a oportunidade para uma vivência presente mais positiva.

A intervenção do palhaço suspende o tempo de hospitalização e cria um momento onde a sua lógica domina e a magia acontece (Wuo, 1999). Ao transpor, de forma segura e mágica, as fronteiras impostas pelo ambiente hospitalar, promove a alegria, centra-se na perspectiva e vontade da criança/adolescente, não faz outras exigências nem solicita contrapartidas. Assim, apresenta soluções diferentes, distrativas e alternativas à rotina regular, facilitando os cuidados na pediatria e a vida de todos os atores do contexto (Linge, 2013). Nas palavras de Achcar (2007):

A atuação do palhaço no hospital lembra a todos que, embora o ambiente esteja organizado espacial e funcionalmente de maneira a neutralizar a alteridade, ela permanece. Por meio dos jogos que ele propõe, a estranheza pode visitar a ordem, o extra-ordinário pode acordar o tédio, e todos têm a chance de praticarem juntos um lugar diferente do habitual. Lugar onde todos são inevitavelmente semelhantes (p. 68).

A intervenção do PH ocorre com regularidade e continuidade⁴⁵ no tempo, o que cria expectativa, desperta interesse e promove a construção de uma relação de confiança (Achcar, 2007; Koller & Gryski, 2008). Todavia, segundo A.F. Rodrigues e Filho (2013) não há uma noção clara sobre o número adequado de visitas dos PH. Autores como Spitzer (2006) consideram positivo o facto de os PH não trabalharem a tempo integral no campo hospitalar, mantendo os seus trabalhos artísticos originais – dada a intensidade do seu trabalho neste contexto, as outras vivências artísticas ajudam a manter o equilíbrio –, Barrón e colaboradores (2000) entendem que a existência de uma atividade lúdica em dias determinados, gera na criança/adolescente a expectativa da chegada, a rutura da monotonia e melhora o estado emocional.

⁴⁵ Esta questão é relevante porque o orçamento para a atividade do PH, a sua relação/contrato de serviços com a instituição de saúde, entre outras, são assuntos importantes para a disponibilidade e prática destes profissionais (Schwebke "Shobi Dobi", s.d.; Pulicci, Lopes, Cury, & Conway, 2003), o que constitui um foco essencial para a garantia da adequação e da continuidade do seu trabalho. Efetivamente, a sustentabilidade das instituições de PH é uma matéria premente para o desenvolvimento dos seus projetos e atividades, requerendo estratégias que possibilitem a angariação de fundos, como o estabelecimento de parcerias com empresas, campanhas e eventos, outras doações ou quotas de sócios.

No seu modo de atuar, os PH podem trabalhar em pares ou isolados. A este propósito, Dionigi e colaboradores (2012), Koller e Gryski (2008), Mortamet, Roumeliotis e colaboradores (2017), Pendzik e Raviv (2011), consideram que a atuação em duo permite o suporte mútuo, quer em termos profissionais, quer sob o ponto de vista emocional, promovendo o imprevisto e o ajuste às situações e, nesse sentido, é promotor da libertação da criança/adolescente e convivente significativo, aumentando o seu potencial para interagir e participar durante a atuação do palhaço, de forma passiva ou ativa. Para além de que, o trabalhar em duo, proporciona a análise e reflexão sobre o seu trabalho no fim da intervenção (Warren, 2001). No que diz respeito a esta questão, no estudo de A.I. Santos (2011), foi entendimento dos palhaços que o trabalho em dupla constituía uma mais-valia na gestão de emoções, e que o seu trabalho emergia a partir das crianças e não como um trabalho para as crianças, conferindo a estas poder e oportunidade de aceitarem ou não o encontro com o PH. No que respeita à atuação isolada, Koller e Gryski (2008) referem que cria a sensação do palhaço estar deslocado e vulnerável e, sob esse prisma, existe uma certa identificação entre a criança e o PH, ambos deslocados no ambiente hospitalar, na solidão e isolamento face à situação, tornando-se, de certa forma, aliados.

O estabelecimento de uma parceria entre o palhaço e a equipa de profissionais de saúde é determinante para a intervenção do PH, no sentido de serem partilhadas informações relevantes, evitando intervenções inapropriadas, intrusivas ou disruptivas ou visitas indesejadas (Barkmann, Siem, Wessolowski, & Schulte-Markwort, 2013; Linge, 2013; Mortamet, Roumeliotis et al., 2017; R.R. Oliveira & Oliveira, 2008; Spitzer, 2006; Warren, 2004). A situação e condição da criança/adolescente é relevante para o trabalho do PH (Mortamet, Roumeliotis et al., 2017), assim como os estágios de desenvolvimento infantil, as vivências securizantes, de conforto e proteção, *versus* a insegurança, ambivalência e desorganização (Linge, 2012) que implicam diferentes abordagens artísticas e técnicas (Anes & Obi, 2014; Linge, 2012; Mortamet, Roumeliotis et al., 2017). Em termos de desenvolvimento, segundo Linge (2012), é pertinente perceber que as crianças mais novas se centram nos fenómenos externos, como as bolas de sabão e o desempenho de papéis. Já o jogo de papéis, por exemplo, é mais indicado para a criança em idade pré-escolar e escolar (Anes & Obi, 2014). As crianças mais velhas, por sua vez, focam-se nos fenómenos internos, como o espaço entre a fantasia e a realidade, a magia (Linge, 2012). Os adolescentes requerem grande respeito pela sua privacidade e o evitar de condescendência na interação; aliás, são estes os mais difíceis de envolver nas atividades do PH, revelando menos efeitos positivos da sua intervenção, pelo facto de entenderem que os palhaços são para as crianças e não para eles próprios (Anes & Obi, 2014). Neste sentido, O PH deve perceber e seguir as orientações que emanam do adolescente, respeitando as suas relutâncias e fazendo entender que reconhecem o seu nível de inteligência e de

adequação (Ford et al., 2013). Segundo Achcar (2007, p. 62), “Utilizando os estudos acerca do desenvolvimento emocional infantil, se identifica como os universos da criança e do palhaço se tornam contíguos e complementares, quaisquer que sejam os espaços ou as situações em que eles se encontrem.”

O PH, no seu modo de atuar, permanece positivo, mas não nega a situação, porque quer resgatar a pessoa, acrescentando positividade à situação, embora reconheça o conhecimento que ela tem do seu estado e procurando que possa esquecer por momentos o ambiente e a sua condição (Snowberg, 2014). Na perspetiva de Achcar (2016), é a qualidade da relação da corporalidade do palhaço com o espaço que permite resignificá-lo; a máscara ocupa o espaço “na perspectiva do conceito de massa e não de superfície” (p. 17), porque o palhaço está nele inserido: “Quando o palhaço age num determinado lugar do espaço, ele desloca densidade que, além de atingir o outro promovendo interação, interfere diretamente no ambiente, pois atinge também o lugar que o outro pratica, habita, ocupa”(p.17).

3.2.1 *Modus Operandi* – Riscos e Dificuldades

A intervenção dos PH encerra algumas dificuldades e riscos. Os PH são confrontados, em algumas situações, com dificuldades de aceitação e integração no ambiente e equipas de saúde (Koller & Gyski, 2008), defrontando contextos bastante complexos, de alta tecnologia (Mortamet, Roumeliotis et al., 2017), elevada carga emocional, entre outros.

As dificuldades de abertura dos profissionais de saúde aos PH está, segundo Masetti (2011), cimentada na dificuldade em abdicar do poder associado ao conhecimento profissional sobre a doença. Para além de que, existem diferenças na formação, no envolvimento e na visão dos diferentes profissionais acerca da hospitalização e processo saúde/doença.

Considerando esse facto, Gasper e colaboradores (2007), referem que a sensibilidade e o código de conduta sobre os limites à atuação do palhaço são essenciais ao desempenho adequado do seu papel. Entendem que, se estes profissionais adotarem uma atitude de insensibilidade, de desvalorização da criança, de egocentrismo e, se não avaliarem apropriadamente as situações, ultrapassando a linha estreita entre o desmistificar as figuras e procedimentos hospitalares e o respeito pelos mesmos, constituirão uma fonte de perturbação, dificultadora da intervenção, da aceitação e da relação do PH com os outros intervenientes no meio hospitalar.

A AATH (2013a), através do seu *Therapeutic Clown Advisory Board*, identificou potenciais problemas associados ao *modus operandi* dos PH, que podem ocorrer por diversos fatores: (i) a indumentária característica do palhaço e a sua atuação – como sejam a aparência e ruído –, decorrentes da

exuberância dos trajes, da maquiagem, da conduta e da sensibilidade à receptividade da intervenção; (ii) o risco de infecção cruzada, resultante do não cumprimento das normas de controlo de infeção; (iii) a violação da confidencialidade, pelo acesso indevido aos dados clínicos do utente; (iv) a possível perturbação da atividade e rotina hospitalares, derivadas da avaliação inadequada das condições para a intervenção ou por desempenho inadequado e desenquadramento do papel do PH (*e.g.*, assumir o papel de conselheiro); (v) os potenciais riscos físicos, decorrentes da manipulação de equipamentos e materiais pelos PH que possam causar acidentes, ou do não cumprimento de regras de segurança para si próprio e para terceiros.

Perante estes eventuais obstáculos, Linge (2013) refere que os PH têm de adotar uma postura e comportamento adequados durante a sua intervenção, respeitando a integridade e volição de cada um. A sensibilidade e a formação do palhaço para perceber e atender as necessidades das pessoas, direcionando para elas os seus esforços e energia, mostrando interesse, atenção e adequação a cada situação e momento, são princípios fundamentais para minimizar os riscos da sua intervenção.

3.2.2 *Modus Operandi* baseado nas Normas de Conduta e na Ética do Palhaço de Hospital

Os PH não fazem parte integrante do processo terapêutico, mas constituem elementos que interagem com as crianças/adolescentes, com os conviventes significativos e com os profissionais de saúde. E, neste sentido, podem influenciar o processo terapêutico.

Enquanto elementos estranhos ao núcleo familiar, mas integrando a cultura hospitalar/serviço, não podem ser impostos, mas sim propostos. Este processo implica aceitação, isto é, consentimento informado, livre e esclarecido da sua presença, papel e mais-valias esperadas. Este consentimento tem lugar no binómio criança/pais/tutor, devendo o dissentimento, caso ocorra, ser respeitado, uma vez que configura o exercício do princípio da autonomia. Apesar de, no caso de menores, o consentimento ser prestado pelos pais ou tutores legalmente nomeados, a criança/adolescente, de acordo com o seu grau de compreensão, deve ser envolvida no processo de decisão. É fundamental que a presença do palhaço seja aceite, uma vez que se trata de um procedimento não convencional e a sua intervenção é a ela dirigida.

No domínio dos serviços de saúde, por princípio, o que é proposto tem apenas o propósito do bem da pessoa doente, ao qual está subjacente o princípio da beneficência. Este princípio é reforçado pelo princípio da não-maleficência, baseado no evitar ou remover o mal. O bem da pessoa doente e a sua valoração, podem ser considerados de vários ângulos: da pessoa doente, dos pais, dos profissionais de saúde, entre outros e, se impera a perspectiva da pessoa doente, a autonomia concretiza-se; se impera a

perspetiva do profissional, o paternalismo impõe-se. Assim, de acordo com o preconizado pela Operação Nariz Vermelho (ONV, s.d. c), Snowberg (2014) e *Therapeutic Clown Advisory Board* (AATH, 2013a), na sua atuação em contexto hospitalar, o PH deve cumprir as regras da instituição e informar os profissionais de saúde da sua chegada e presença no serviço, articulando com estes as situações em que possam ser intrusivos ou inadequados, não interrompendo procedimentos ou outras situações, e aguardando até que seja oportuna a sua intervenção. O PH compromete-se a adotar um comportamento adequado ao trabalho com crianças doentes, mantendo uma colaboração estreita com o Hospital, respeitando as suas regras, de modo adaptado a cada contexto, particularmente nas áreas altamente diferenciadas e de alto risco, como o Serviço de Urgência, as Unidades de Cuidados Intensivos, as salas de isolamento, entre outras. Para além do mais, o bem-estar das crianças e o cuidar de todas aquelas com as quais contacta são uma prioridade para o PH, atuando no estrito respeito pelo desejo da criança (e conviventes significativos), obtendo sempre o seu consentimento antes de qualquer intervenção, de acordo com o Artigo 12 da Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança⁴⁶ (ONV, s.d. c).

No que respeita a algumas questões deontológicas, o artista rege-se pelo dever de sigilo, nomeada e relativamente ao tipo de informação a que tem acesso; pelo respeito pela privacidade e intimidade do núcleo familiar, assim como pela liberdade, dignidade e intimidade das pessoas (AATH, 2013a; ONV, s.d. c; Snowberg, 2014). Para além disso, o uso de indumentária funcional e segura para o meio hospitalar (o uso das tradicionais luvas de palhaço está interdito) e de maquilhagem minimalista que deixe transparecer a "humanidade" do palhaço são preconizados pelos autores. Da mesma forma, o uso dos instrumentos musicais deve garantir níveis sonoros que não perturbem os diferentes atores do contexto. O conhecimento, a compreensão e o respeito pelas regras de higienização hospitalar, são outro ponto-chave para o trabalho do PH, embora ele possa utilizar a sua arte para levar a cabo os procedimentos de forma divertida, como na lavagem das mãos e no cumprimento das normas relacionadas com os adereços, brinquedos e/ou instrumentos. De igual modo, o PH deve também saber quando e como usar o toque físico, percebendo se é ou não desejável e adequado em cada situação, agindo de forma responsável, com a intencionalidade e significado de cuidado e amor. Ademais, o PH não deve quebrar a regra de manter, respeitosamente, o seu papel de palhaço.

⁴⁶ “Artigo 12: 1. Os Estados Partes garantem à criança com capacidade de discernimento o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade. 2. Para este fim, é assegurada à criança a oportunidade de ser ouvida nos processos judiciais e administrativos que lhe respeitem, seja directamente seja através de representante ou de organismo adequado, segundo as modalidades previstas pelas regras de processo da legislação nacional” (United Nations Children's Fund, s.d)

Segundo Masetti (2011, p. 41), a conduta ética da alegria, seja do palhaço ou de outros profissionais, é uma “forma de administrar potência interna”, de investir numa relação horizontal e autêntica, de desenvolvimento mútuo.

3.3 Efeitos da Intervenção do Palhaço de Hospital: Poder Transformador

O PH está associado ao jogo, à brincadeira e ao humor, conforme referem García e colaboradores (2011), Koller & Gyski (2008), Linge (2013), Masetti (2011), Ofir e colaboradores (2016). O jogo e a brincadeira criam oportunidades que despertam o humor e o riso no ambiente hospitalar, pela simples incongruência e técnicas do palhaço, transformando o espaço num lugar diferente, no qual é possível brincar. O PH atua nos diferentes espaços e situações (*e.g.*, quartos/enfermarias, unidades de cuidados intensivos e intermédios, consultas, salas de observação, durante procedimentos invasivos, acompanhamento até ao Bloco Operatório) utilizando, mesmo, técnicas psicológicas na sua intervenção (Queraltó, 2000).

O PH, através da sua arte e técnicas, tem impacto positivo – tal como o humor, o jogo e a brincadeira – a nível físico, por exemplo, pela ação das endorfinas e estimulação do sistema imunitário; a nível cognitivo, permitindo a distração e a criatividade, promovendo novas formas de expressão e novas aprendizagens (Barkmann et al., 2013); a nível psicológico, promovendo a substituição de emoções negativas (*e.g.*, medo, tristeza) por emoções positivas (*e.g.*, calma, alegria), aumentando o bem-estar (Barkmann et al., 2013; Esteves, 2015); a nível social, facilitando a comunicação e a interação, promovendo estratégias de *coping*, entre outros (Barkmann et al., 2013).

No que respeita à intervenção do PH subsistem, todavia, algumas questões relacionadas com a mensuração dos seus efeitos, uma vez que os estudos neste âmbito são recentes e diminutos. Por um lado, os resultados nem sempre demonstram, de forma conclusiva, os benefícios do “efeito clown” (Finlay et al., 2014; Meisel et al., 2009; Schwebke "Shobi Dobi"), particularmente a longo prazo (Barkmann et al., 2013), o que de certa forma é expectável, dada a complexidade e multidimensionalidade do ser humano, da situação, do ambiente e âmbito de intervenção. Por outro, têm vindo a surgir alguns estudos que evidenciam esses efeitos (Esteves, 2015; A.S. Melo, 2017). E, apesar de a maioria dos estudos sobre a efetividade dos efeitos benéficos do PH revelarem uma tendência positiva da sua presença e intervenção na área pediátrica, nem sempre se verificam resultados significativos (*e.g.*, no estudo de Meisel e colaboradores (2009), apenas se constatou uma diminuição das condutas desadaptativas uma semana após a cirurgia, não sendo determinada a efetividade do PH na redução do mal-estar psicológico no pós-operatório imediato da criança submetida a cirurgia *minor*). Mas, como alertam Weaver, Prudhoe, Battrick e Glasper (2007, p. 359): “clearly it would be wrong to

perceive clown humour as the answer to all the challenges facing children as they endure a hospital stay”. Aliás, e em contramão com os benefícios, a intervenção do PH pode, inclusivamente, ter impacto negativo nos atores do contexto hospitalar.

Não é, também, claro o impacto e o tempo que perdura o efeito do PH após a sua visita, havendo autores como Pinquart, Skolaude, Zaplinski e Maier (2011), referidos por Dionigi e colaboradores (2012), que indicam que o seu efeito não vai além das quatro horas, enquanto Ford e colaboradores (2013) não indicam qualquer lapso temporal para a permanência deste “efeito *clown*”. O estudo de Esteves (2015) também aponta para um impacto da presença dos PH/DP, realçando-o, nomeadamente ao nível da perceção da dor por parte da criança, logo após a intervenção artística, não se tendo avaliado mudanças/impacto a longo prazo. No mesmo sentido, o estudo de A.S. Melo (2017) sugere uma influência significativa dos DP em crianças/adolescentes submetidas a quimioterapia, nomeadamente na promoção de estados emocionais mais positivos, redução de emoções negativas e da perceção de cansaço e de dor, sem, contudo, apresentar resultados de avaliação a longo prazo. Porém, se o PH promove o desenvolvimento de estratégias de *coping* e adaptação à hospitalização, se contribui para aumentar a confiança e autoestima e se cria oportunidades para a melhoria de competências pessoais e sociais que podem ser aplicáveis a outras situações de vida, conforme referem Anes e Obi (2014), Blerkom (1995) e Linge (2012), então o “efeito *clown*” vai bastante mais além do imediato.

3.3.1 Impacto Positivo da Intervenção dos Palhaços de Hospital

O palhaço faz emergir uma realidade nova, uma área mágica segura no ambiente hospitalar, um espaço entre a realidade e a fantasia no qual a criança/adolescente se pode expressar criativamente, testar fantasias e esquecer dificuldades, um lugar e tempo em que é incentivada a expressar os seus desejos, numa relação centrada na sua vontade o que faz sobressair o seu lado saudável e o seu bem-estar, criando memórias felizes após o encontro, ou mesmo perduráveis e mobilizáveis para outras situações ao longo do tempo (Linge, 2013). A participação no jogo e na brincadeira do palhaço contribui para o desenvolvimento de competências e estratégias de *coping*, para a desmistificação de procedimentos médicos e dá um sentido de normalidade ao ambiente hospitalar (Anes & Obi, 2014).

Efetivamente, a atuação do PH, imitando as rotinas hospitalares, recorrendo à arte, técnicas e expressões artísticas, torna o ambiente mais divertido, permite a expressão e enfrentamento do turbilhão de emoções decorrentes da hospitalização, faz esquecer a doença, a tensão, o sofrimento por alguns momentos e aumenta o poder da criança/adolescente e o controlo da situação (Dionigi et al., 2012; Ford et al., 2013; Lima et al., 2009; A.L. Soares, 2007; Vagnoli et al., 2005; Warren, 2001; Warren, 2004). Experimentar

este controlo, mesmo que indiretamente através da expressão criativa, é gerador de um sentido de poder real (Rollins, 2009)

O PH, ao transformar e reconfigurar o espaço hospitalar, altera a percepção deste ambiente normativo (A.J. Melo, 2007; Spitzer, 2006), promovendo a liberdade, impulsionando as relações e a confrontação com as situações de fragilidade (Masetti, 2011; J.F. Rodrigues, 2015) e promove o reequilíbrio, fazendo emergir sentimentos positivos (Spitzer, 2006). Para além do mais, ajuda a desmistificar e a mitigar as imagens negativas deste contexto (Finlay et al., 2014; José, 2002), promove a redução da tensão⁴⁷, exercita a criatividade e a experimentação de atividades (Koller & Gyski, 2008; Linge, 2013; Masetti, 2011; Ofir et al., 2016). Neste sentido, os efeitos positivos do PH incluem, na perspetiva de Grinberg e colaboradores (2012), além do desenvolvimento da imaginação/criatividade, o quebrar da rotina e as expressões de afeto; segundo García e colaboradores (2011), esta repercute-se também positivamente no bem-estar geral e na qualidade do sono, diminuindo os pesadelos, reduzindo o choro e a enurese, ao que Busoni (2007), Esteves (2015) e A.S. Melo (2017) acrescentam a mitigação da dor. Na perspetiva de J.F. Rodrigues (2015), através do improvisado, o PH cria um efeito de surpresa e abre portas a novas experiências. O efeito surpresa do palhaço desperta o interesse, estimula a iniciativa da criança/adolescente, gera alegria e prazer. Assim, no espaço, tempo, lugar e relação de magia, a criança/adolescente consegue preparar-se e aderir ao encontro invulgar com o PH, numa relação de reciprocidade, de expressão livre, que aumenta a sua confiança, bem-estar e sensação de poder (Linge, 2012; 2013). No mesmo sentido, os estudos de Esteves (2015) e A.S. Melo (2017) concluem que a intervenção dos PH permite transformar a realidade e as dificuldades, instituindo uma mudança da lógica vigente, facilitando os processos no contexto da saúde, a reinvenção dos sentidos e a criação de novas oportunidades e relações.

Brincar com os PH é, conforme referem Motta e Enumo (2004), uma atividade simbólica importante para a criança hospitalizada (mais evidente do que no adolescente) relacionada com fatores do contexto (como a roupa, os sapatos, a atitude do palhaço) e com fatores afetivo/emocionais (alegria, felicidade, riso, diversão). Nas palavras de Achcar (2007):

 No hospital, a possibilidade que a criança adquire ao jogar com o palhaço, principalmente, por meio das dramatizações (jogos simbólicos), mas também em alguns casos específicos, através de jogos de assimilação ou jogos dirigidos (brincadeiras com regras), ajuda-a na sua reorganização emocional (p. 84).

⁴⁷ A intervenção dos PH, segundo Saliba e colaboradores (2016), é uma importante ferramenta para reduzir o cortisol, um biomarcador de stress, atenuando os efeitos negativos da hospitalização. No estudo que desenvolveram, os autores obtiveram resultados fisiológicos que evidenciam os benefícios das atividades lúdicas dos PH.

O PH não tem, então, apenas a função de distrair, outrossim, visa resgatar a criança/adolescente e devolvê-la à sua infância (Anes & Obi, 2014). No fundo, o PH promove o resgate do outro pelo espaço de liberdade e de expressão, sem medo das convenções, sem as restrições socialmente delineadas, permitindo que se revele (Wuo, 1999). E essa revelação pode ocorrer, também, pela manifestação da tristeza e de choro (Thompson-Richards, 2006), mas de uma forma libertadora das emoções negativas e facilitadora da expressão dessas emoções (Fernandes & Arriaga, 2010; Thompson-Richards, 2006; Vagnoli et al., 2005).

O PH está, também, vinculado a outro conceito chave: a relação de suporte e de confiança com a criança/adolescente e conviventes significativos, relação esta que eleva o nível de conforto. Uma das vantagens do palhaço é o facto de não provir do mundo da medicina e sim do mundo da fantasia, logo a sua atuação – associada ao jogo, ao humor, à brincadeira e ao estabelecimento e fortalecimento de relações amigáveis –, permite a abstração e criação de novos significados para a situação (Koller & Gryski, 2008; Linge, 2013; Masetti, 2011; Ofir et al., 2016).

Alguns estudos focados na efetividade da presença dos PH em procedimentos invasivos e cirúrgicos demonstraram os benefícios do PH também nestes contextos específicos, incluindo a redução do stresse, facilitando a realização desses procedimentos sem os efeitos secundários da medicação (Dionigi et al., 2013; Koller & Gryski, 2008; Masetti, 2011; Mortamet, Merckx et al., 2017; Sridharan & Sivaramakrishnan, 2016; Vagnoli et al, 2005), o que enquadra a intervenção dos PH numa estratégia não farmacológica efetiva, conforme referem Busoni (2007), Dionigi e colaboradores (2013). De facto, Vagnoli e colaboradores (2005) e Vagnoli e colaboradores (2010) constataram que a presença dos PH, em conjunto com os pais, durante a indução anestésica, constituía uma mais-valia na gestão dos níveis de ansiedade da criança/adolescente no contexto pré-operatório. O mesmo resultado foi verificado por Dionigi e colaboradores (2013), no âmbito do internamento para cirurgia de otorrinolaringologia. No mesmo sentido, Fernandes e Arriaga (2010) verificaram que as crianças/adolescentes que foram objeto da intervenção dos PH em procedimentos cirúrgicos de ambulatório (cirurgias *minor*) apresentavam significativamente menor preocupação nas dimensões hospitalização, procedimentos médicos, doença e suas consequências negativas, bem como ostentavam maior afeto positivo e menor excitação no pré e pós-operatório, em comparação com as crianças/adolescentes que não tiveram esta oportunidade.

Relativamente aos adolescentes, estes podem experimentar alguma ambivalência relativamente ao PH. Mas o palhaço pode adaptar-se bem a todas as idades, constituindo uma oportunidade para o adolescente quebrar a rotina e experimentar alegria, construindo um lugar entre a realidade e a fantasia onde pode viver além da doença (Esteves, 2015; Linge, 2012). Segundo Linge (2012), para os

adolescentes, os PH podem ser, também, um tempo e um espaço para ajudarem os mais novos a interagir, sentindo-se úteis, ultrapassando as suas dificuldades e embaraços, aumentando a autoconfiança.

Mas os efeitos do PH – ao permitirem fugir à norma e à rotina, criando um espaço de alegria, de jogo e de humor –, repercutem-se também nos conviventes significativos e nos profissionais de saúde, aumentando o seu bem-estar e reduzindo o impacto negativo da hospitalização (Barkmann et al., 2013; Esteves, 2015; Linge, 2013). No entendimento de Achcar (2007):

A promoção do bem-estar geral, o reforço no ânimo, tanto da criança como de seus familiares e acompanhantes, e os efeitos de descontração que se provocam sobre a equipe médica, são impactantes e visíveis a qualquer um que se proponha a fazer uma visita de observação ao trabalho (pp. 62-63).

Os conviventes significativos da criança/adolescente hospitalizada vivem situações complexas, incluindo sentimentos de culpa e de perda (Barja, 2010). O PH promove uma vivência diferente, tendo um impacto positivo nestes atores, ajudando-os a lidar com a situação de hospitalização, integrando-os nos mesmos termos que a criança/adolescente hospitalizada, isto é, num espaço e tempo de liberdade (Anes & Obi, 2014; Linge, 2013). Neste sentido, os PH contribuem para a melhoria da sua condição, da comunicação e da relação entre eles, as crianças e os profissionais de saúde (Finlay et al., 2014; García et al., 2011; Mortamet, Merckx et al., 2017; R.R. Oliveira & Oliveira, 2008; Sridharan & Sivaramakrishnan, 2016; Tan, 2014), fazendo emergir emoções positivas, promovendo a diversão, o riso, a alegria, a felicidade, aliviando a fadiga e o stresse, proporcionando momentos de pausa e relaxamento (Tan, 2014). Efetivamente, a complexidade da hospitalização pediátrica constitui um desafio à intervenção do PH e uma oportunidade para proporcionarem aos conviventes significativos um momento de intervalo e descanso, reduzindo a sua ansiedade e promovendo as suas relações e interações (Mortamet, Merckx et al., 2017). E, como a criança/adolescente é vulnerável ao nível de ansiedade apresentado pelos pais e cuidadores, o efeito do PH na redução dessa ansiedade tem efeitos indiretos nela também (Blerkom, 1995; Esteves, 2015; Fernandes & Arriaga, 2010; Vagnoli et al 2005). Neste sentido, o PH pode ajudar a criança/adolescente e família/convivente significativo a redescobrir o seu “foco luminoso” e a ultrapassar as dificuldades, através daquilo que Chalifour (2002) denominou de “projetores[...] que ajudam a iluminar a casa interior” (p. 131), ou seja, conforme refere Thompson-Richards (2006), ao celebrarem a vida e a alegria, os PH levam a pessoa ao âmago da sua existência, da espontaneidade, do bem-estar, da criação de um sentido de vida e fé na humanidade.

No que se refere aos profissionais de saúde, estes, na sua prática diária, necessitam de um ajustamento permanente da criança/adolescente aos cuidados, ao ambiente e ao regime terapêutico e, neste contexto, o PH funciona como um contrapeso, apresentando soluções divertidas, sem obrigações (Linge, 2013). Segundo Koller e Gryski (2008), Mortamet, Roumeliotis e colaboradores (2017), os benefícios dos PH para os profissionais de saúde podem ser do âmbito comportamental ou do humor. Efetivamente, o trabalho dos profissionais de saúde pode ser facilitado pelos PH (Anes & Obi, 2014; Linge, 2013), uma vez que, através da sua intervenção, aqueles profissionais podem encontrar um lugar para o desenvolvimento de novas formas de comunicação e relação com a criança/adolescente, com a família e com os outros profissionais de saúde (Caires & Masetti, 2015; Masetti, Caires et al., 2016; Mortamet, Roumeliotis et al., 2017), flexibilizando as rotinas e as normas e tornando os cuidados mais personalizados (Caires & Masetti, 2015; Masetti, Caires et al., 2016). Pelo facto de os profissionais de saúde serem confrontados diariamente com a morte – a do outro e a sua própria mortalidade –, com o sofrimento e a angústia, com questões éticas e legais, com elevadas cargas de trabalho e responsabilidade, bem como com sentimentos variados, os PH são, também para estes profissionais, uma forma de descontração e de alegria (Mortamet, Roumeliotis et al., 2017; R.R. Oliveira & Oliveira, 2008). A este propósito, Moreira (2015) refere, no seu estudo sobre as perceções dos profissionais da pediatria acerca do trabalho dos PH, que os profissionais indicam como vantagens da intervenção dos palhaços a amenização do ambiente hospitalar, o aumento da sua boa disposição e do seu bem-estar, a libertação da sobrecarga e a facilitação dos tratamentos.

O contacto e a interação do PH com os profissionais de saúde podem constituir, assim, o mote para promover uma visão holística da saúde, para a flexibilização das normas e rotinas hospitalares, contribuindo para tornar o espaço hospitalar num lugar mais agradável e salutogénico, criando condições, segundo Masetti (2013) à reflexão e à aprendizagem, à cumplicidade e confiança nas relações, ao encontro humano. Segundo a autora, aos profissionais são, assim, apresentados novos desafios e exigida coragem para se misturarem nos olhares que encontram, procurarem novas formas de aproximação com o outro e desempenharem a sua atividade com qualidade e maior disponibilidade. A existência de programas de encontro e formação dos profissionais de saúde com os PH pode criar janelas de oportunidade que resgatam a dimensão humana para além da ciência e da técnica que a formação universitária proporciona (Caires & Masetti, 2015). Desta forma, referem as autoras, é criado um lugar de autenticidade, onde a vulnerabilidade, o medo, o sofrimento e o conflito podem ser explorados, potenciando o desenvolvimento quer pessoal, quer profissional.

A arte do palhaço tem, assim, conforme referem Matraca e colaboradores (2011) um grande potencial pedagógico, promovendo “encanto, encontro, alegria e, portanto, saúde” (p. 4135). O PH proporciona um lugar de afetos, criando oportunidades para o imaginário, para a relação, para a expressão livre e para um novo olhar sobre a realidade (Masetti, 2014). No encontro com o outro, através da sua arte e ferramentas de atuação, o palhaço procura criar pontes de ligação entre os mundos artístico e da saúde, num lugar de subjetividade e de humanidade (Caires & Masetti, 2015). Segundo Caires e Masetti (2015), neste lugar de encontro, “o olhar, o sentir e o agir do palhaço” (p. 52) cria, também, oportunidades de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, proporcionando experiências que ajudem a enfrentar as situações difíceis do seu quotidiano profissional.

3.3.2 Potencial Impacto Negativo da Intervenção dos Palhaços de Hospital

A intervenção do PH, na senda do anteriormente mencionado acerca das dificuldades e riscos do seu *modus operandi*, pode ser perturbadora para o ambiente e atividade hospitalares, seja pelo ruído, seja por interferirem com as rotinas ou pela perceção de intrusão, embora exista alguma ambivalência nesta matéria. No trabalho de Vagnoli e colaboradores (2005), os profissionais de saúde consideravam a presença dos PH perturbadora para a rotina do Bloco Operatório, entendendo que estes atrasavam os procedimentos e interferiam na sua relação com a criança. No estudo de Tiago (2013), alguns aspetos negativos associados à intervenção do PH remetiam para o facto de causarem barulho, provocarem a desatenção da criança – perturbando a intervenção do profissional de saúde –, assim como o medo ou receio que causavam. No estudo de Curtis e colaboradores (2007), realizado com 255 crianças/adolescentes internados, dos 4 aos 16 anos de idade, os autores questionam a figura do palhaço, afirmando que é desagradável e assustador. Na sua análise à intervenção dos PH, Moreira (2015) constatou, como maiores dificuldades dos profissionais de saúde relacionadas com a intervenção dos PH, a obstrução/interferência com as rotinas hospitalares e algum nível de intrusão/perturbação do seu trabalho. No mesmo sentido, o estudo de McCann e Kain (2001), refere que os profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, entendem que os DP podem ser perturbadores da rotina. A intervenção do PH pode, também, ter impacto negativo nos adolescentes, conforme alerta Linge (2013), uma vez que estes exigem grande sensibilidade do PH, podendo sentir-se desapontados e zangados se tiverem a perceção de estarem a ser tratados de forma infantil.

No âmbito da intervenção do PH, não pode, da mesma forma, ser ignorado o facto de existirem pessoas que não apreciam ou têm medo dos palhaços e, nestes casos, o impacto pode ser bastante negativo.

Segundo Linge (2013), existem também pessoas que podem sentir-se envergonhadas e com medo de não serem tratadas seriamente ou que tenham dificuldade em expressar alegria em contexto social. No estudo de Tan (2014), por exemplo, sobre a percepção dos pais relativamente ao trabalho dos PH, aqueles referiram benefícios e experiências positivas, mas indicaram também algumas experiências negativas, como raiva e confusão e sentimentos de ambivalência. Segundo o olhar destes pais, as principais barreiras à intervenção dos PH prendiam-se com o estado psicológico e emocional face à ansiedade, medo, dor, fadiga, a severidade da condição clínica e a medicalização da criança/adolescente e o nível de desenvolvimento da mesma.

Face ao exposto, é determinante que o PH se oriente pelas linhas de conduta e pela ética anteriormente mencionadas, adequando a sua intervenção a cada situação, respeitando o direito e vontade de cada um.

3.3.3 Palhaços de Hospital: Terapêuticos *versus* Não Terapêuticos

Não existe um consenso claro entre as perspetivas dos diversos autores relativamente ao papel do PH. Uns entendem que o palhaço visa efeitos terapêuticos (*e.g.*, Karen Ridd), outros que existe um paralelismo com algumas terapias (*e.g.*, Pendzik e Raviv), enquanto outros referem que a arte do palhaço não é propriamente uma terapia nem o palhaço um terapeuta (*e.g.*, Michael Christensen), embora possam resultar efeitos terapêuticos da sua intervenção. Segundo Pendzik e Raviv (2011) existe uma discussão aberta sobre a questão do PH ser ou não terapêutico, assim como acerca das suas diferentes denominações. Para estes autores, essa distinção é, por vezes, baseada na ideia de profissionalismo *versus* voluntariado, refletindo-se no tipo de intervenção e respetivos efeitos. Desta forma, as diferentes nomenclaturas para estes palhaços “*‘medical doctor,’ ‘therapeutic clown,’ ‘clown-doctor,’ ‘hospital clown,’ ‘clinic clown’ (among others), denote differences in style, emphasis, place of work, or even place of training*” (Pendzik & Raviv, 2011, p. 267). Na realidade, é necessária uma maior clarificação do papel, das diferenças da intervenção e da efetividade dos PH – terapêuticos *versus* não terapêuticos –, face à interação com crianças/adolescentes e conviventes significativos no contexto das situações complexas de hospitalização pediátrica. No entendimento de Pendzik e Raviv (2011), o “Palhaço de Hospital profissional”, “Doutor Palhaço” ou “Palhaço Terapêutico” tem formação específica na arte *clown* e em ambiente hospitalar, o que lhe proporciona sensibilidade para a intervenção, compreensão do contexto e competências de apoio ao outro, criança/adolescente e convivente significativo, promovendo o processo de recuperação. De facto, os PH, através da sua arte e técnicas, como o humor, o riso, o jogo, a magia e diversas formas de expressão artística, têm um efeito benéfico, e muitas vezes terapêutico,

sobre a criança/adolescente hospitalizada (García et al., 2011). E, em todos os casos, têm como objetivo modificar, desconstruir e humanizar o ambiente hospitalar.

Na linha da origem dos PH, uns pela visão de Michael Christensen e outros através de Karen Ridd, conforme referido anteriormente, existem hospitais onde a sua intervenção visa efeitos terapêuticos, outros não, não sendo sempre claro o seu papel no contexto hospitalar, podendo constituir um elemento externo à instituição ou fazer parte da equipa de saúde (Finlay et al., 2014; A.F. Rodrigues & Filho, 2013). Neste último caso, são considerados colaboradores da instituição, partilhando os objetivos e metas dos outros profissionais, com os quais se articulam (Koller & Gyski, 2008; Warren, 2001).

Existem, também, diferenças na forma de atuar entre os PH não terapêuticos e os PH terapêuticos, como o facto dos primeiros tradicionalmente trabalharem em pares, enquanto os segundos o fazem sozinhos, defendendo que, desta forma, promovem a intimidade e a colaboração da criança/adolescente, uma vez que a sua vulnerabilidade pode funcionar como um espelho para ela (Penzik & Raviv, 2011). De acordo com Warren (2001), o PH terapêutico tem uma intervenção mais tranquila e não é disruptivo, enquanto o PH não terapêutico recorre desde o silêncio a níveis variáveis de som e barulho, sendo adequadamente disruptivo.

Na perspetiva de vários autores, como a AATH (2013d), Finlay e colaboradores (2014), Koller & Gyski (2008), os PH terapêuticos permitem que, através do jogo e da brincadeira, as crianças/adolescentes expressem emoções e adquiram controlo, assim como promovem a interação social e a redução do stress. Segundo Koller e Gyski (2008), os PH terapêuticos adotam predominantemente o jogo terapêutico, utilizando técnicas de aproximação, tornando a criança parceira, participante ativa, no processo criativo de espaços imaginários e seguros, sem o stress do ambiente hospitalar, funcionando como metáforas terapêuticas para a criança, uma vez que as técnicas de jogo e a magia lhe proporcionam um espaço seguro e confortável, um refúgio, para se expressarem. Anes e Obi (2014), por seu lado, referem que os PH não terapêuticos são profissionais preparados, que recorrem a uma abordagem holística da criança/adolescente, adaptando-se e respeitando a cultura de cada uma, e proporcionam um tempo e um espaço onde ela pode expressar as suas emoções, bem como explorar o ambiente, testar e desenvolver as suas capacidades, promovendo o desenvolvimento cognitivo e emocional, oferecendo a oportunidade de se distraírem e divertirem, constituindo uma fonte de energia positiva.

Na perspetiva de Patch Adams (2002), a arte do palhaço não é propriamente uma terapia nem o palhaço terapeuta, mas sim amor e diversão como contexto, como palco no qual o PH atua, porque como terapia pode deixar de ser necessária, enquanto como compromisso permanente com um contexto de amor leva

a que seja continuamente chamado a criar um ambiente alegre, divertido, de afetos e riso. E, assim, no seu entender, *clowning* é um contexto no qual o palhaço desenvolve uma estratégia de amor que reconecta os cuidados com a compaixão, a alegria, o humor e, neste sentido, este contexto de afeto e diversão tem um valor salutogênico, ajudando as pessoas e as comunidades a construir uma sociedade mais pacífica e amorosa, acrescentando significado à vida e, desta forma, é por si só terapêutico. Mas, segundo o autor, isto implica que os outros intervenientes no contexto contribuam para o processo, apoiando a atividade do palhaço, porque este tem como principal trabalho “*to be the presence of something precious and necessary for all who suffer and all who do not*” (Adams, 2002, p. 448). Ou seja, o PH deve estar comprometido com a criação de um ambiente de alegria, de amor, humor e riso, contribuindo para a construção e valorização do contexto, trazendo novas conexões que acrescentam harmonia, amor e significado à vida.

Outros autores, como Grinberg e colaboradores (2012), Pendzik e Raviv⁴⁸ (2011) consideram existir pontes de ligação entre a intervenção dos PH e a Dramaterapia⁴⁹, uma vez que, ao invocar a realidade através da imaginação dramática, ao ignorar o “papel de doente”, o PH torna a experiência do mundo imaginário quase real, podendo este mundo ser explorado, dominado e transformado e, neste sentido, a imaginação é uma poderosa ferramenta de mudança e libertação, uma forma de ativar o enfrentamento positivo das situações de vida e promover o desenvolvimento de competências de *coping*. O PH e o dramaterapeuta não são meros espectadores ou ouvintes, são atores dentro do espaço de ação que desempenham diversos papéis, comunicando frequentemente através de linguagem não verbal ou através de histórias, proporcionando a criação de laços entre os participantes. Segundo Grinberg e colaboradores (2012), o dramaterapeuta e o PH conseguem transformar a hospitalização numa “viagem” ao longo da qual a pessoa enfrenta situações desconhecidas e assustadoras, ajudando-a a descobrir o seu próprio poder.

Porém, Grinberg e colaboradores (2012) e Pendzik e Raviv (2011) salientam que existem, também, diferenças entre o dramaterapeuta e o PH: o dramaterapeuta é um facilitador que desenvolve um jogo com intenção terapêutica, na esfera de um grupo ou comunidade terapêutica, tendo regras de conduta com fronteiras muito bem definidas. Por seu lado, o PH enquadra-se num contexto mais amplo do teatro, aplicado em contextos sociais, pelo que lhe é permitido o desempenho de alguns papéis e quebra de regras instituídas, embora respeitando os limites da intrusão. Os autores mencionam ainda as

⁴⁸ O Doutor Palhaço Dr. Amnon Raviv é um pioneiro nesta área, sendo o primeiro palhaço a obter um doutoramento no âmbito do Palhaço de Hospital. Trabalhou em cenários de guerra e é professor no Ben-Gurion University Medical School e no Hai Academic College, em programas de Dramaterapia e Medical Clowning (Fonte: <https://www.amnonraviv.com>).

⁴⁹ Drama therapy concerns a relationship between a therapist and a client or clients who attempt to make sense of their life experience as they engage partly or fully in a creative process, in this case through the media of drama and theatre (Landy, 2006, p. 135)

divergências das suas percepções e a forma como são percebidos pelos seus alvos de ação, isto é, o dramaterapeuta não intervém para uma audiência e é visto como elemento pertencente à realidade quotidiana, na qual é terapeuta, enquanto o PH atua com o seu público, sendo percebido como personagem do mundo imaginário.

Por seu lado, Ofir e colaboradores (2016) assemelham a intervenção do PH à terapia familiar, uma vez que a sua intervenção, combinando características da arte e da terapia na promoção de experiências positivas, permite orientar o caminho da preparação da criança, dos pais e da equipa de saúde para otimizar procedimentos, facilita o envolvimento e participação nos processos, criando condições para a mudança face às dificuldades decorrentes da hospitalização pediátrica.

A arte *clown* pode, então, ter um potencial terapêutico sem, contudo, ser terapêutica no sentido tradicional do termo, na medida em que cria um ambiente facilitador e promotor da expressão de emoções e da experimentação de papéis, permitindo que a criança/adolescente adquira controlo sobre a situação: é ela quem dá ordens, faz os diagnósticos, pede os exames, prescreve e administra terapêuticas, proporcionando a experimentação de papéis, passando a agente ativo no seu processo saúde/doença, num contexto de aceitação e compromisso nos termos da relação que ela própria determina (Lima et al., 2009; Linge, 2013). Para a AATH (2013d), o potencial terapêutico da interação do PH está ligado ao estímulo da descoberta lúdica, da expressão ou apreciação do absurdo ou da incongruência das situações da vida. Os PH promovem estratégias de *coping* e adaptação à hospitalização da criança/adolescente, de transposição de barreiras, contribuindo para aumentar a sua confiança e autoestima, bem como para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais que podem ser aplicáveis a outras situações ao longo do ciclo vital, constituindo-se em motores da criatividade, da descoberta e da prossecução da vida (Linge, 2012).

Segundo Masetti (2011), a arte em si pode facilitar a comunicação, mas tem uma linguagem própria, uma linguagem que visa a interação artística e não um objetivo terapêutico, embora os profissionais de saúde possam recorrer à expressão artística dos PH para os seus objetivos terapêuticos. No entendimento da autora, o palhaço não tem na sua atuação um objetivo terapêutico, mas pela sua preparação e capacidade de quebrar resistências é um facilitador do processo terapêutico, na sua interação com a pessoa doente, seus conviventes significativos e com os profissionais de saúde.

Mas, qualquer que seja o propósito ou denominação, e nas palavras de A.F. Rodrigues e Filho (2013) o palhaço “parece cumprir de maneira satisfatória o florescer de um olhar mais sensível e atento, centrado não apenas na doença, mas no paciente e em tudo que o circunda” (p. 74), ou seja, os PH exercem

uma função relevante no contexto pediátrico, recordando que o importante é a pessoa e não a situação clínica, o que se insere numa conceção holística e promotora do bem-estar (García et al., 2011).

4. OPERAÇÃO NARIZ VERMELHO

A Operação Nariz Vermelho – Associação de Apoio à Criança é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, constituída a 4 de junho de 2002, que proporciona a presença de palhaços profissionais, de forma continuada, em diversos contextos pediátricos: Consultas Externas, Serviços de Urgência, Hospitais de Dia, Serviços de Internamento e, nalguns hospitais, Neonatologia. A ONV nasce da visão de Beatriz Quintella, nome artístico Dra. Da Graça, após um longo processo para a sua implementação. A sua criação foi impulsionada pela leitura, em 1993, de um artigo sobre o trabalho dos DP nos Estados Unidos da América.

Tendo como missão “Levar alegria à criança hospitalizada, aos seus familiares e profissionais de saúde, através da arte e imagem do DP, de forma regular e com uma equipa de profissionais com formação específica”, a ONV assume como propósito o assegurar de um programa contínuo de intervenção nos serviços pediátricos dos hospitais com os quais tem protocolo de colaboração, através da visita de artistas profissionais (ONV, s.d. b). A visão da ONV “é ser uma instituição de referência a nível nacional, do trabalho de artistas nos hospitais” (ONV, 2017, p. 2), tendo como estratégia a aposta na diferenciação destes artistas pela sua profissionalização, através de um exigente processo de seleção e formação, complementada pela avaliação das suas práticas pelas instituições parceiras e, ainda, a realização de estudos que atestem os efeitos e a importância do trabalho dos DP no contexto pediátrico.

No que se refere à sua seleção, para ser um DP da ONV, os artistas candidatos são submetidos a um processo seletivo que atende à formação e habilidades artísticas, nomeadamente quanto ao jogo e ao improviso, bem como à experiência e domínio da arte do *clown* (ONV, s.d. a). Os candidatos são também sujeitos a entrevista e audições, assim como a visita ao trabalho no hospital acompanhados por um palhaço sénior. Ultrapassando estas etapas, os candidatos têm um período de estágio com duração de um ano e formações técnicas, até adquirirem o estatuto de DP.

Uma vez integrando a equipa, cada um dos artistas é alvo de uma formação inicial e contínua na área da música, das artes do espetáculo e da arte do *clown*, bem como formação específica em temas como o desenvolvimento infantil e adolescente e ambiente hospitalar. A formação e a qualidade artística dos palhaços são determinantes neste contexto. Na ONV, a formação sobre as técnicas artísticas inclui a criação de personagens, a improvisação, a criatividade, a música, o malabarismo, a dança e a magia. Relativamente à formação específica sobre o contexto pediátrico, esta integra temáticas relacionadas

com a estrutura, a higiene/controlo de infeção hospitalares, a criança, a família, a doença, a dor, a morte, a psicologia e o desenvolvimento infanto-juvenil, assim como as regras e procedimentos que lhes permitem saber estar em cada contexto assistencial, trabalhando em estreita colaboração com os profissionais de saúde, e adaptando a sua atuação a cada situação. Ao longo do período de treino e formação, os DP são avaliados quanto à sua sensibilidade, maturidade emocional, capacidade de ouvir, empatia, motivação, habilidades artísticas, ligação aos valores da ONV e aos conhecimentos adquiridos sobre o ambiente hospitalar. Apostada em assegurar e validar a qualidade do seu trabalho mais recentemente (2015) a ONV foi certificada pela EFCHO com uma “*Quality Label*” que valida a qualidade artística da instituição.

Atualmente, a associação assegura visitas semanais, ao longo de quarenta e cinco semanas por ano, aos quinze hospitais abrangidos pelo seu programa de intervenção, hospitais esses que se encontram distribuídos por oito cidades do país (Lisboa, Amadora, Cascais, Almada, Coimbra, Vila Nova de Gaia, Porto e Braga), sendo seu objetivo a expansão a mais instituições hospitalares e numa área geográfica mais ampla.

No que se refere à periodicidade das visitas, uma ou duas vezes por semana (segundo a dimensão e número de camas de cada hospital), uma dupla de DP visita (em dias fixos) cada um dos seus hospitais parceiros. Mais recentemente, num dos hospitais, o número de visitas foi alargado a três por semana e, nesta instituição, os DP realizam também uma visita semanal ao Bloco Operatório, com a particularidade de não ser efetuada por uma dupla de palhaços, mas por um só artista, adaptando a intervenção ao contexto. Em termos de recursos humanos, a equipa da ONV conta atualmente com 24 artistas profissionais e com uma equipa de bastidores que assegura a sustentabilidade logística e financeira do projeto (ONV, 2017).

4.1 Transformadores de Momentos: os Doutores Palhaços da ONV

O DP atua recorrendo às técnicas do *clown* e do improviso, de uma forma personalizada e específica para cada situação e para cada momento: “Quando entra num quarto para fazer uma visita, só pode dispor da sua sensibilidade, dos truques que traz no bolso e da sua capacidade de improvisar” (ONV, s.d. a). Por norma, as “consultas” dos DP não têm marcação; começam numa ponta da enfermaria e percorrem o espaço até à outra extremidade, tendo o cuidado de não serem invasivos, e sim sensíveis à vontade e ao ambiente com que se vão deparando, requerendo autorização para entrar no espaço de cada criança/adolescente e convivente significativo, e não impondo a sua presença, num compromisso

de respeito pela abertura de cada um. Segundo o código de conduta dos DP, a obtenção da permissão para a brincadeira é “sagrada”.

Os DP são, segundo os próprios, “agentes transformadores de momentos” e, embora desconstruam a realidade, não a encobrem. Ou seja, realizam, por exemplo, transfusões de batido de chocolate, transplantes de narizes, e outras intervenções que transformam os tratamentos e proporcionam à criança/adolescente a oportunidade de ter uma nova perspectiva e atribuir novos significados à vida hospitalar e à atividade assistencial. Nas palavras de Achcar (2016, p. 19): “Ele [PH] não opera milagres ou alucina outra realidade, mas planeja tecnicamente cada detalhe da surpresa e fabrica descaradamente a sua própria realidade”. A este propósito, A.I. Santos (2011), no seu estudo acerca dos DP da ONV, refere que a ação do DP é “marcada por uma grande intensidade” (p. 117) e pela transformação da realidade do contexto hospitalar. Nesse estudo, a autora entende que esta transformação da realidade permite que a criança viaje “para o seu mundo de criança” (A.I. Santos, 2011, p. 125) com a cumplicidade do palhaço, conquistando uma janela que lhe permite escapar à rotina hospitalar. No mesmo sentido, o estudo de Esteves (2015) revela este poder transformador do DP, no sentido em que acrescenta alegria e diversão ao contexto hospitalar, para além de proporcionar e promover a mudança no ambiente, possibilitando a abstração dos problemas vividos.

Ao potenciarem o humor e o riso, os DP promovem os benefícios a eles associados. Aliás, quando um palhaço entra no hospital, o evento é de tal forma inusitado, que as pessoas são transportadas para um lugar mágico, mas um lugar com regras, as regras ditadas em consonância e harmonia com o ambiente hospitalar, o trabalho dos profissionais de saúde, mas essencialmente pelo público central: a criança/adolescente e conviventes significativos, tal como defende a própria instituição.

O DP é, neste sentido, um profissional com um trabalho especializado, cuja arte “exige uma profunda capacidade de perceber o outro o seu ambiente e improvisar a partir disto”, porque se trata de “uma conexão humana, um momento de cada vez, um paciente de cada vez, um coração de cada vez” (ONV, s.d. a).

Síntese

De uma forma sistematizada, a intervenção dos PH pode constituir uma presença que interage de forma individual, compreensiva e adequada a cada situação com a criança/adolescente e conviventes significativos, no estrito respeito da sua vontade, de uma forma direcionada às dimensões da existência humana, com foco holista, num encontro com a humanidade do outro, transformando e humanizando o ambiente, envolvendo todos os atores do contexto, ajudando a dissipar a ansiedade e o medo, distraindo, auxiliando a emergir novos significados, promovendo a distração, a diversão e o prazer, aproximando

crianças/adolescentes, conviventes significativos e profissionais de saúde, atenuando a solidão, capacitando as pessoas e proporcionando que readquiram controlo sobre as suas vidas, transformando a imagem do hospital e dos profissionais de saúde (AATH, 2013b).

PARTE 2. COMPONENTE EMPÍRICA

Introdução

Conforme evidenciado no Capítulo IV, a linha de origem dos PH influencia os objetivos do seu trabalho (Penzik & Raviv, 2011), colocando questões relevantes sobre a complexidade, o papel e os efeitos da sua intervenção, como refere Masetti (2011). Porém, tal como a componente teórica deste trabalho deu também a conhecer, o interesse e os estudos em torno dos PH são relativamente recentes, não existindo, a nível nacional e internacional, modelos teóricos e de investigação sustentada acerca da efetividade e especificidade da intervenção dos PH, e os resultados sobre o “*efeito clown*” não são substancialmente conclusivos (Finlay et al., 2014; Meisel et al., 2009; Schwebke “Shobi Dobi”, s.d.). Na realidade, apesar da investigação nesta área indicar uma tendência positiva e promissora da sua intervenção na área pediátrica⁵⁰, nem sempre se verificam resultados significativos. De certa forma, e de acordo com Barkmann e colaboradores (2013) e Weaver e colaboradores (2007), a situação é expectável, quer pelas condições clínicas e características desenvolvimentais e sociodemográficas da criança/adolescente, quer pelo ambiente e âmbito de intervenção dos PH ou, em última instância, pela própria complexidade do ser humano. Não obstante a aceitação conquistada pelos PH ao longo das últimas décadas, estes profissionais não constituem, ainda, atores consensuais no ambiente hospitalar.

Tal como anteriormente referido, em Portugal, os PH profissionais surgem em 2002 através da implantação da ONV, e a investigação mais sistemática e aprofundada sobre os efeitos do seu trabalho só surge em 2010, em resultado de um protocolo de cooperação com o Gabinete de Interação com a Sociedade, do Instituto de Educação da Universidade do Minho (GIS-IEUM). Deste protocolo resultou o projeto de investigação “Rir é o melhor remédio?”, do qual o presente estudo faz parte. Este estudo tem como propósito contribuir para uma reflexão e conhecimento⁵¹ sobre o papel de novas abordagens no campo da hospitalização pediátrica, nomeadamente a intervenção dos DP, enquanto agentes de mudança e de humanização, bem como os seus efeitos na promoção da saúde e na qualidade do ambiente pediátrico. E sendo o fenómeno “Palhaços de Hospital” ainda pouco explorado, estudar os DP constitui um desafio e uma oportunidade de contribuir para o conhecimento sobre as novas abordagens no contexto hospitalar, o que – face à maior exigência e abrangência da qualidade dos cuidados de saúde – torna a questão da intervenção dos PH pertinente, multifacetada e relevante.

⁵⁰ Os recentes estudos desenvolvidos ao abrigo da parceria da ONV com o GIS-IEUM permitiram comprovar os benefícios dos DP (cf. C.H. Esteves, 2015, Melo A. S., 2017 e Moreira, 2015).

⁵¹ O conhecimento científico tem uma componente social, contextualizada na história e sociedade concretas, e uma componente dependente do contacto com a realidade, logo contingente (J.E. Carvalho, 2009). Para o autor, conhecer é “descobrir o sentido encoberto das coisas, particularmente no domínio humano, onde a capacidade de dissimulação e as ideologias destroem a transparência dos fenómenos” (2009, p. 69).

CAPÍTULO V

PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Introdução

Definido o objeto de estudo, o investigador deve formular o problema de investigação, ou seja, a partir de uma área de interesse mais ampla, o investigador deve transformar essa área num problema específico, delimitando a problemática da investigação. O problema de investigação formulado para este estudo é:

“Como percebem os profissionais da pediatria e os conviventes significativos (pais/acompanhantes) a intervenção e o impacto dos Doutores Palhaços no quotidiano e na vivência hospitalar da criança/adolescente, dos profissionais e dos conviventes significativos?”

A percepção é “uma maneira fundamental de os seres humanos estarem no mundo [...], é uma forma de conhecimento e de ação fundamental” (Chauí, 2000, p. 155); ou seja, é uma relação complexa (comunicação, interpretação e valoração) entre o sujeito ativo e o mundo (interno e externo) que está organizado em formas e estruturas complexas dotadas de sentido, às quais o indivíduo atribui novos valores e significações, mediados pelas sensações. Desta forma, é a ação ou efeito de receber, elaborar, interpretar e valorar a informação obtida dos elementos do ambiente (sensoriais, emocionais, intelectuais), reunindo essa informação num todo com sentido e (re)construindo significados.

1. OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Tendo como ponto de partida o objeto e o problema de investigação, foram estabelecidos os objetivos do estudo, procurando especificar “as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação” (Fortin, 2006, p. 160).

Face à inexistência de instrumentos validados para a população portuguesa em torno das percepções dos profissionais da pediatria e dos conviventes significativos quanto ao trabalho dos PH, o presente estudo de doutoramento contempla, entre os seus principais objetivos, a adaptação e validação de dois instrumentos que venham preencher esta lacuna: o Questionário de Percepções dos Profissionais da Pediatria relativamente à Intervenção dos Doutores Palhaços (QPPPIDP) e o Questionário de Percepções dos Pais/Acompanhantes relativamente à Intervenção dos Doutores Palhaços (QPPAIDP). Mais especificamente, o presente estudo procura:

- Adaptar e validar, para a população portuguesa, dois instrumentos de avaliação das perceções de (i) profissionais hospitalares e (ii) conviventes significativos (pais/acompanhantes) relativamente ao trabalho desenvolvido pelos DP da ONV, no contexto da pediatria;
- Conhecer as perceções dos profissionais hospitalares e conviventes significativos relativamente à intervenção dos DP nos Serviços de Pediatria de dez hospitais nacionais com os quais a ONV estabelece parceria;
- Explorar variáveis que influenciam as perceções dos profissionais hospitalares e conviventes significativos acerca do impacto dos DP no quotidiano e na vivência da criança/adolescente e dos próprios;
- Compreender o contributo da intervenção dos DP no âmbito das novas abordagens do conceito de Saúde e Educação/Promoção da saúde.

Para perceber e conhecer melhor este fenómeno, considerando o problema, o tipo de estudo e os objetivos traçados, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- **Questão 1:** Quais as características métricas do QPPPIDP e do QPPAIDP?
- **Questão 2:** Quais as perceções dos profissionais da pediatria relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivências da criança/adolescente hospitalizada, dos conviventes significativos e no seu próprio quotidiano profissional?
- **Questão 3:** Terá o perfil sócio-demográfico e profissional (*e.g.*, idade, área profissional, tempo de serviço) dos profissionais da pediatria influência sobre a sua perceção relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivências da criança/adolescente hospitalizada, dos conviventes significativos e no seu próprio quotidiano profissional?
- **Questão 4:** Terão o tempo e a frequência do convívio dos profissionais da pediatria com os DP influência sobre a sua perceção relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivência hospitalar das crianças/adolescentes, dos conviventes significativos e no seu próprio quotidiano profissional?
- **Questão 5:** Qual o nível de satisfação dos profissionais da pediatria com a intervenção dos DP, comparativamente a outras atividades proporcionadas na instituição hospitalar?
- **Questão 6:** Quais as perceções dos conviventes significativos relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivências da criança/adolescente hospitalizada e em si próprios?
- **Questão 7:** Terão as características sociodemográficas dos conviventes significativos (*e.g.*, idade, habilitações literárias e área profissional) influência nas suas perceções relativamente ao

impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivências da criança/adolescente hospitalizada e em si próprios?

- **Questão 8:** A idade, o género e o tempo de internamento da criança/adolescente influenciam a perceção dos conviventes significativos relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivência da criança/adolescente hospitalizada e de si próprios?
- **Questão 9:** O número de visitas dos DP influencia a perceção dos conviventes significativos relativamente ao impacto daqueles PH no quotidiano e vivência da criança/adolescente internada e em si próprios?
- **Questão 10:** A experiência de internamentos anteriores influencia a perceção dos conviventes significativos relativamente ao impacto dos DP no quotidiano e vivência da criança/adolescente internada e em si próprios?
- **Questão 11:** Qual o nível de satisfação dos conviventes significativos com a intervenção dos DP, comparativamente a outras atividades proporcionadas na instituição hospitalar?
- **Questão 12:** Quais os contributos da intervenção dos DP no âmbito das novas abordagens do conceito de Saúde e Educação/Promoção da saúde?

CAPÍTULO VI

METODOLOGIA

Introdução

Definidos o objeto de estudo, o problema, os objetivos e as questões de investigação, importa definir os procedimentos, as técnicas e as atividades integradas no plano de trabalho para a realização da investigação. Segundo Prodanov e Freitas (2013), a metodologia analisa, descreve e avalia os métodos e as técnicas de pesquisa que permitem responder a questões e problemas de investigação, devendo o desenho do estudo estar em consonância com os objetivos e tipo de investigação, constituindo um guia orientador do processo.

Neste processo especifica-se o método de investigação, incluindo os procedimentos, as técnicas, a estrutura, o objetivo e utilidade dos dados (básica/fundamental ou aplicada). A investigação básica procura responder a perguntas fundamentais, aspetos teóricos, gerando conhecimento para explicar ou prever a realidade natural e social (Cozby, 2005; Espejel & Estrada, 2006; Prodanov & Freitas, 2013), enquanto a investigação aplicada se caracteriza pelo interesse prático da aplicação imediata dos resultados na resolução de problemas (Marconi & Lakatos, 2002; Prodanov & Freitas, 2013).

Neste capítulo é apresentada a metodologia e desenho do estudo.

1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza exploratório-descritiva. Exploratório porque visa a formulação de problemas mais precisos, proporcionando mais informação sobre o assunto, com a finalidade de orientar a formulação de hipóteses, aumentar a familiaridade com um ambiente, situação ou fenómeno, modificar ou clarificar conceitos, abrindo caminho à investigação explicativa (Espejel & Estrada, 2006; Gil, 1999; Severino, 2007). Descritivo porque consiste em observar, descrever, analisar e ordenar os dados para obter conhecimento acerca das características de uma população ou fenómenos, ou estabelecer relações entre variáveis (Espejel & Estrada, 2006; Gil, 1999; Polit & Beck, 2011; Prodanov & Freitas, 2013). O estudo pretende descrever as características dos participantes (conviventes significativos e profissionais da pediatria) relativamente às variáveis que integram a investigação, assim como explorar as relações entre essas variáveis, no intuito de aprofundar o conhecimento sobre este tema, dada a escassez de suporte e ferramentas de investigação relacionadas com a atividade dos PH, nomeadamente estudos de metodologia quantitativa.

2. VARIÁVEIS

As variáveis são elementos centrais da investigação. As variáveis explicativas ou independentes são as selecionadas, manipuladas e medidas pelo investigador no sentido de verificar o efeito na variável dependente, podendo ser ativas ou passivas (Carochinho, 2008). As variáveis dependentes ou de resultado são as sujeitas ao efeito das variáveis independentes, podendo constituir comportamentos, respostas ou resultados; ou seja, são as variáveis que se modificam em resultado das variações na variável independente (Fortin, 2006; J.L. Ribeiro, 2010; Tuckman, 2005).

O presente estudo tem como variáveis centrais as percepções dos conviventes significativos (pais/acompanhantes) e dos profissionais da pediatria acerca da intervenção dos DP em contexto pediátrico, nomeadamente no que concerne à reação/aceitação/abertura ao PH, bem como ao impacto no quotidiano e vivência hospitalar da criança e de si próprios.

Existem ainda, como variáveis intervenientes – características alheias suscetíveis de influenciarem os resultados, mas não são medidas nem manipuladas (Tuckman, 2005) –, por exemplo, a ansiedade dos conviventes significativos, a preparação para a hospitalização, o modelo que subjaz à prática profissional em saúde, a visão e orientação dos gestores hospitalares da instituição relativamente a normas e regulamentos.

O Quadro 2 resume as variáveis do estudo.

Quadro 2. Variáveis do estudo

Variáveis			
Independentes ou explicativas		Intervenientes	Dependentes ou de resultado
Ativa	Passivas: Individuais (relevantes para a caracterização da amostra e para analisar a sua relação com a variável dependente)		
Visita dos DP	<ul style="list-style-type: none"> i) idade e género (crianças/adolescentes, conviventes significativos e profissionais da pediatria); ii) tempo de internamento; iii) área clínica da patologia das crianças/adolescentes; iv) profissão (conviventes significativos e profissionais de pediatria); v) grau de escolaridade e de parentesco dos conviventes significativos; vi) serviço e tempo de serviço dos profissionais da pediatria; vii) tempo de contacto dos profissionais da pediatria com os DP; viii) número de vezes que os conviventes significativos contactaram com os DP. 	<ul style="list-style-type: none"> i) a ansiedade dos conviventes significativos; ii) a preparação para a hospitalização; iii) o modelo que subjaz à prática profissional em saúde; iv) a visão e orientação dos gestores hospitalares da instituição relativamente a normas e regulamentos. 	Perceções dos conviventes significativos e dos profissionais de saúde acerca da intervenção dos DP.

3. PARTICIPANTES

Os participantes são os indivíduos que colaboram no projeto de investigação (Cozby, 2005). A determinação do número de participantes está relacionada com o tipo de estudo e a metodologia de tratamento dos dados. Segundo Curado, Teles e Marôco (2013; 2014), quando a análise dos dados se efetua com recurso a técnicas de análise estatística, como a análise fatorial, o tamanho mínimo da amostra não deve ser inferior a cinquenta casos, requerendo-se usualmente 10 participantes por item quando o questionário é formado por um número inferior a 15 itens, ou 5 participantes por item quando esse número é superior a 15 itens.

Dados os objetivos do presente estudo, constituíram-se dois grupos de participantes, no universo de conviventes significativos e profissionais da pediatria vinculados aos 10 hospitais⁵² que, no âmbito dos seus serviços de pediatria, recebem semanalmente as visitas dos DP.

O método de amostragem utilizado é não probabilístico, por conveniência, assente na disponibilidade de profissionais e acompanhantes das crianças/adolescentes, decorrendo esta opção dos prazos limitados para a conclusão do estudo, dos recursos disponíveis e da extensão geográfica das instituições onde o estudo teve lugar. Para além de que, como referem Fortin (2006) e Gil (1999), considerando o tipo de estudo, no qual se pretende descrever e explorar relações entre variáveis, uma amostra não probabilística formada a partir da disponibilidade dos participantes sem qualquer intencionalidade ou fator de viciação por parte dos investigadores é adequada.

3.1. Características das Crianças/Adolescentes hospitalizadas

Relativamente às crianças/adolescentes, os conviventes significativos indicaram que eram maioritariamente do género masculino (n=215; 57,6%), em contraposição ao feminino (n=158; 42,4%). Com média de idades de 6,32 anos (DP=5,30; Min. 3 dias; Max. 18 anos), sendo de 6,19 anos (DP=5,23; Min. 3 dias; Max 18 anos) para o género masculino e de 6,50 anos (DP=5,39; Min 14 dias; Max. 18 anos) para o género feminino.

A variável idade da criança/adolescente foi recodificada em grupos etários, com a distribuição que se apresenta na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das crianças/adolescentes, segundo o grupo etário

Grupo etário	n	%
0-3 anos	156	41,8
4-6 anos	63	16,9
7-9 anos	49	13,1
10-12 anos	35	9,4
13-15 anos	44	11,8
16-18 anos	26	7,0
Total	373	100,0

No que se refere ao seu nível de escolaridade, e atendendo à idade, verifica-se que uma grande parte das crianças visitadas pelos DP (n=218; 58,4%) ainda não ingressou na escola, situando-se a mediana da escolaridade dos restantes no 5º ano (Mín.1º ano; Máx. 12º ano).

Quanto ao tempo de internamento, a média é de 7,33 dias (Mín. 0 dias; Máx. 540 dias) e a mediana de 5 dias.

⁵² Hospital de Braga; Hospital Garcia de Orta; Hospital Sta. Maria; Centro Hospitalar de São João; Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar de Coimbra; Hospital Francisco Xavier; Hospital D. Estefânia e Hospital Santa Marta; Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca; Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida. Os Hospitais D. Estefânia e Santa Marta estão integrados no Centro Hospitalar Lisboa Central. O Hospital Santa Maria está integrado no Centro Hospitalar Lisboa Norte. O Hospital São Francisco Xavier está integrado no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Relativamente ao motivo de internamento, os dados são apresentados na Tabela 2, estando a maioria (22%) relacionada com a área cirúrgica pediátrica, seguida da área da pneumologia (12,1%), da ortopedia e traumatologia (11,0%), de doenças infecciosas (5,6%), de otorrinolaringologia (4,6%) e pediatria médica (4,3%).

Tabela 2. Motivo de internamento

Motivo de internamento	N	%	Motivo de internamento	n	%
Cirurgia Pediátrica	82	22,0	Cirurgia Plástica	4	1,1
Pneumologia	45	12,1	Hematologia	3	0,8
Ortopedia e traumatologia	41	11,0	Realização de exame	3	0,8
Doença Infecciosa	21	5,6	Prematuridade	2	0,5
Otorrinolaringologia	17	4,6	Oftalmologia	2	0,5
Pediatria Médica	16	4,3	Cirurgia vascular	1	0,3
Urologia	15	4,0	Cirurgia Cardiorácica	1	0,3
Queimadura	14	3,8	Reabilitação/Fisiatria	1	0,3
Febre	12	3,2	Reumatologia	1	0,3
Endocrinologia	12	3,2	Alergologia	1	0,3
Nefrologia	11	2,9	Medicina Dentária	1	0,3
Neurocirurgia	6	1,6	Não sabe/ Não responde	17	4,6
Neurologia	6	1,6	Total	373	100,0
Em estudo	6	1,6			

A maior parte das crianças/adolescentes teve outras experiências de contacto com o hospital (n=257; 68,9%), sendo que, nessas experiências, 35,9% contactaram com os DP da ONV.

Uma grande parte deste grupo teve episódios de hospitalização anteriores (n=198; 53,1%), nas quais receberam a visita dos DP em 32,7% dos casos.

Relativamente à questão acerca do medo de palhaços, os resultados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Medo de palhaços por parte da criança/adolescente

Medo	n	%
Não	330	88,5
Sim	21	5,6
Desconhece	22	5,9
Total	373	100,0

Segundo o convivente significativo, a maioria das crianças/adolescentes não tem medo de palhaços (n=330; 88,5%), enquanto 5,6% referem que sim e 5,9% manifesta desconhecer se tal situação sucede ou não. É nas crianças mais pequenas, até aos seis anos de idade, que esse medo ocorre: 52,4% (n=11) dos 0-3 anos; e 33,3% (n=7) dos 4-6 anos de idade.

3.2. Conviventes Significativos

O estudo contou com um total de 373 conviventes significativos, que se disponibilizaram a participar voluntariamente. Assumiram-se como critérios de inclusão neste grupo: (i) ter um vínculo familiar (*e.g.*,

pai/mãe, irmão, avô/avó), legal (*e.g.*, responsável legal) ou significativo com uma criança/adolescente em situação de internamento nos serviços de pediatria de um dos hospitais que acolheu o estudo; (ii) ter presenciado, pelo menos uma vez, a visita dos DP durante o atual internamento da criança/adolescente, nos últimos 15 dias.

Como critérios de exclusão estabeleceram-se: (i) a deteção de limitações (cognitivas, sensoriais ou psicopatológicas) que não permitissem a adequada compreensão e resposta ao instrumento, mesmo com a disponibilidade de um investigador para minimizar tais limitações; (ii) acompanhantes esporádicos, sem informação suficiente para responder ao questionário.

A caracterização sociodemográfica dos conviventes significativos é apresentada nas Tabelas 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10. A Tabela 4 caracteriza os conviventes significativos por instituição.

Tabela 4. Descrição dos conviventes significativos por Instituição

Instituição	Total n	%
Centro Hospitalar de São João	42	11,3
Hospital de Braga	21	5,6
Centro Hospitalar de Coimbra	65	17,4
Centro Hospitalar Lisboa Norte	40	10,7
Centro Hospitalar Lisboa Central	81	21,7
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental	35	9,4
Hospital Dr. José de Almeida (Cascais)	26	7,0
Hospital Garcia de Orta (Almada)	22	5,9
Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra)	41	11,0
Total	373	
%		100

Pela análise da tabela, constata-se que existe equidade no número de participantes entre os hospitais com características similares. Neste sentido, o número de participantes do Centro Hospitalar de São João e do Centro Hospitalar Lisboa Norte são idênticos, bem como entre os hospitais de Braga e Garcia de Orta. O maior número de participantes teve lugar nos hospitais pediátricos do Centro Hospitalar de Coimbra e do Centro Hospitalar Lisboa Central.

No que concerne à caracterização dos conviventes significativos segundo a idade e género, os dados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Caracterização dos conviventes significativos, segundo idade e género

Género	Idade					
	média	Min.	Máx.	DP	Total N	
Feminino	37,01	15	65	8,145	312	
Masculino	37,58	20	57	7,358	61	

A tabela revela um número superior de participantes do género feminino (n=312) em relação ao masculino (n=61), situação expectável no contexto de hospitalização pediátrica, na qual a mãe tem vindo

a marcar presença mais regular. A média de idades dos conviventes significativos é de 37,1 anos, sendo para o género feminino de 37 anos e para o género masculino de 37,6 anos.

Quanto ao grau de parentesco dos conviventes significativos com a criança/adolescente (Tabela 6), verifica-se que a mãe (79,4%) e o pai (15,5%) são os participantes que predominam.

Tabela 6. Parentesco do convivente significativo

Parentesco	n	%
Mãe	296	79,4
Pai	58	15,5
Avô/Avó	9	2,4
Tio/tia	3	0,8
Irmão/irmã	4	1,1
Responsável legal	1	0,3
Outro	2	0,3
Total	373	100,0

Existem outros participantes que acompanham a criança/adolescente durante a hospitalização, sendo que a maioria apresenta algum grau de parentesco com a criança/adolescente, conforme se discrimina na Tabela 7.

Tabela 7. Presença de outros conviventes significativos na hospitalização e seu grau de parentesco

	Existência de outros acompanhantes		Parentesco dos outros acompanhantes						
	Sim	Não	Mãe	Pai	Avós	Tios	Irmãos	Primos	Outros
n	230	143	61	153	46	13	12	2	5
%	61,7	38,3	16,4	41,0	12,3	3,5	3,2	0,5	1,3

Os dados da tabela revelam que são o pai (41,0%) e a mãe (16,4%) os outros conviventes significativos com maior expressão no acompanhamento da criança, seguidos pelos avós (12,3%).

No que concerne ao convivente significativo que permanece mais tempo no acompanhamento da criança/adolescente, os dados são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8. Convivente significativo que permanece mais tempo no acompanhamento da criança/adolescente durante a hospitalização

Convivente significativo	N	%
Mãe	293	78,6
Pai	26	7,0
Igual entre pai e mãe	45	12,1
Avós	5	1,3
Igual entre avó e irmão	1	0,3
Responsável legal	1	0,3
Igual entre mãe e avó	2	0,5
Total	373	100,0

A análise da tabela mostra que é a mãe quem permanece mais tempo a acompanhar a criança/adolescente (78,6%), existindo em 12,1% dos casos equivalência entre a mãe e o pai, facto expectável na hospitalização pediátrica face à relevância do papel materno nos cuidados infanto-juvenis. Quanto ao nível de escolaridade dos conviventes significativos, os dados são apresentados na Tabela 9. Para efeito de análise estatística, estes foram recodificados em níveis de ensino, sendo considerados para cada nível a frequência ou conclusão do mesmo.

Tabela 9. Nível de escolaridade dos conviventes significativos

Escolaridade	Nível de ensino	n	%	% acumulada
1º ano	Ensino básico 1º Ciclo (8,6%)	3	0,8	0,8
2º ano		2	0,5	1,4
3º ano		1	0,3	1,6
4º ano		26	7,0	8,6
5º ano	Ensino básico 2º Ciclo (9,4%)	2	0,5	9,2
6º ano		33	8,9	18,1
7º ano	Ensino básico 3º Ciclo (21,2%)	7	1,9	20,0
8º ano		9	2,4	22,4
9º ano		63	16,9	39,5
10º ano	Ensino secundário (35,9%)	16	4,3	43,8
11º ano		11	2,9	46,8
12º ano		107	28,7	75,7
Curso de especialização tecnológica	Curso profissional (0,3%)	1	0,3	75,9
Bacharelato	Ensino superior (23,8%)	6	1,6	77,6
Licenciatura		75	20,1	97,8
Mestrado		8	2,1	100,0
Total		370	99,2	
Não responde		3	0,8	
Total		373	100,0	

A tabela revela que, neste grupo de participantes, 39,5% frequentou ou concluiu o ensino básico, sendo que 8,6% o fizeram até ao 1º Ciclo, 9,4% até ao 2º Ciclo e 21,2% até ao 3º Ciclo. Relativamente ao ensino secundário, 35,9% frequentou ou concluiu este nível de ensino. E 23,8% detêm um grau académico do ensino superior.

No que concerne à área profissional, foi considerada a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, I.P. [INE], 2011), que comporta cinco níveis: Grande Grupo, Sub-Grande Grupo, Sub-Grupo, Grupo Base e Profissão. A Tabela 10, seguidamente apresentada, representa, na sua maioria, a área profissional a nível do Sub-Grande Grupo, tendo esta opção o intuito de não se tornar demasiado extensa. Todas as situações com cinco ou menos participantes no Sub-Grande Grupo profissional foram agregadas no item “Outros”.

Tabela 10. Descrição dos conviventes significativos segundo a situação ou área profissional

Situação ou Área profissional	n	%
Desempregado/a	42	11,3
Vendedores	39	10,5
Sem atividade profissional	32	8,6
Técnicos de nível intermédio, das áreas financeira, administrativa e dos negócios	26	7,0
Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares	22	5,9
Professores	21	5,6
Trabalhadores dos serviços pessoais	16	4,3
Trabalhadores de limpeza	15	4,0
Especialistas em finanças, contabilidade, organização administrativa, relações públicas e comerciais	14	3,8
Trabalhadores da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato	13	3,5
Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais	13	3,5
Profissionais de saúde	11	2,9
Trabalhador por conta própria, sem especificação	9	2,4
Especialistas das ciências físicas, matemáticas, engenharias e técnicas afins	8	2,1
Operadores de dados, de contabilidade, estatística, de serviços financeiros e relacionados com o registo	7	1,9
Pessoal dos serviços de proteção e segurança	6	1,6
Pessoal de apoio direto a clientes	6	1,6
Outros	39	10,5
Não especificou	34	9,1
Total	373	100,0

Da análise dos dados da tabela constata-se a distribuição dos participantes por uma grande diversidade de áreas profissionais. Os vendedores (10,5%), técnicos de nível intermédio, das áreas financeira, administrativa e dos negócios (7%), bem como os trabalhadores dos cuidados pessoais e similares (5,9%) e professores (5,6%) surgem como os grupos mais representados. Verifica-se ainda a existência de uma percentagem expressiva de conviventes significativos em situação de desemprego (11,3%) e sem atividade profissional (8,6%).

Nas Tabelas que se seguem (11, 12, 13 e 14) apresentam-se os dados relacionados com o número de visitas dos DP à criança/adolescente, a longevidade do contacto dos conviventes significativos com estes profissionais bem como o seu grau de simpatia/antipatia pela figura do palhaço.

Tabela 11. Número de visitas dos DP no atual internamento

Número de visitas dos DP	N	%
1 vez	293	78,6
2 vezes	49	13,1
3 vezes	8	2,1
4 ou mais vezes	19	5,1
Não sabe	4	1,1
Total	373	100,0

Como se observa na tabela, a visita dos DP ocorreu, na maioria dos casos, apenas uma vez (78,6%) ao longo do atual internamento da criança/adolescente, o que está em consonância com a média e a mediana de tempo de internamento destes atores do contexto de hospitalização pediátrica (média de 7,33 dias e mediana de 5 dias).

Em relação à presença do convivente significativo nessas visitas, os dados apresentam-se na Tabela 12.

Tabela 12. Número de vezes em que o convivente significativo esteve presente

Nº presenças do convivente significativo	N	%
1 vez	303	81,2
2 vezes	46	12,3
3 vezes	6	1,6
4 ou mais vezes	18	4,8
Total	373	100,0

Nas visitas dos DP à criança/adolescente na atual situação de hospitalização, os participantes no estudo estiveram presentes uma vez em 81,2% dos casos e duas vezes em 12,3% das ocasiões, dado expectável face ao número de visitas dos DP que ocorreram durante o internamento.

No que se refere à presença do convivente significativo em visitas dos DP em internamentos anteriores, os dados são apresentados na Tabela 13.

Tabela 13. Presença do convivente significativo em visitas dos DP de hospitalizações anteriores

Presença do convivente significativo	n	%	% no total participantes
1 vez	31	25,40	8,3
2 vezes	25	20,50	6,7
3 vezes	17	13,93	4,6
4 ou mais vezes	35	28,70	9,4
Não sabe	14	11,47	3,8
Total	122	100	32,7

Os dados da tabela mostram que 32,7% de conviventes significativos tiveram contacto com os DP para além da hospitalização atual da criança/adolescente. Destes, a maioria esteve presente nas visitas em quatro ou mais vezes (28,70%), seguida de uma vez (25,40%). Os valores obtidos são congruentes com as situações de outros internamentos nos quais as crianças/adolescentes receberam visitas dos DP.

No que concerne à existência de medo ou antipatia relativamente a palhaços, a posição dos conviventes significativos é apresentada na Tabela 14.

Tabela 14. Medo ou antipatia do convivente significativo relativamente a palhaços

Medo ou antipatia	n	%
Sim	9	2,4
Não	364	97,6
Total	373	100,0

Analisando a tabela, constata-se que apenas em 2,4% dos casos existe medo ou antipatia do convivente significativo relativamente a palhaços, sendo esta questão atualmente relevante, num quadro de mudança, no qual a alegada exuberância do PH, a máscara, a imprevisibilidade, a estranheza da figura, a personificação maléfica em literatura ou cinema, ou mesmo casos reais de violência, constituiriam fatores perturbadores e geradores de antipatia e/ou medo.

3.3. Profissionais

Este grupo contou com a participação de 332 profissionais da pediatria, a intervirem nas áreas da saúde (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais), educação, serviço social e administrativo.

Entre os critérios de inclusão destes participantes surge o contacto direto, no seu local de trabalho, com a intervenção dos DP, por um período igual ou superior a seis meses naquela ou noutra instituição onde os DP desenvolvem as suas práticas. Como critério de exclusão foi estabelecido o contacto inferior a seis meses com os DP e a ausência de informação suficiente para responder ao questionário.

As Tabelas 15 a 17 caracterizam a situação sociodemográfica e profissional dos profissionais da pediatria.

No que concerne à instituição de proveniência dos participantes, estes estão distribuídos conforme apresentado na Tabela 15.

Tabela 15. Distribuição dos profissionais da pediatria, segundo a instituição

Instituição	Género	Total	%
Centro Hospitalar Lisboa Central		77	23,4
Centro Hospitalar de Coimbra		69	20,8
Centro Hospitalar Lisboa Norte		40	12,0
Centro Hospitalar de São João		35	10,5
Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra)		31	9,3
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental		25	7,5
Hospital Dr. José de Almeida (Cascais)		23	6,9
Hospital de Braga		17	5,1
Hospital Garcia de Orta (Almada)		15	4,5
Total		332	
%			100

Através da tabela, constata-se que o número de participantes com maior expressão provém dos dois hospitais pediátricos, integrados no Centro Hospitalar Lisboa Central e no Centro Hospitalar de Coimbra. Tal como ocorreu com os participantes do grupo de conviventes significativos, também no âmbito dos profissionais de saúde se verifica alguma equidade no número de participantes entre os hospitais com características similares (*e.g.*, Centro Hospitalar de São João e Centro Hospitalar Lisboa Norte; Hospital de Braga e Hospital Garcia de Orta).

Os grupos profissionais que participaram no estudo são descritos na Tabela 16.

Tabela 16. Descrição dos profissionais da pediatria, segundo género e área profissional

Área profissional \ Género	Feminino n	Masculino n	Total n	%
Médico	22	1	23	6,9
Enfermeiro	232	25	257	77,4
Auxiliar de saúde	30	1	31	9,3
Professor/Educador	17	0	17	5,1
Técnico administrativo	2	0	2	0,6
Fisioterapeuta	1	0	1	0,3
Assistente Social	1	0	1	0,3

Analisando a tabela, verifica-se que o grupo profissional com maior participação no estudo é o de enfermagem (77,4%), seguida dos assistentes operacionais (9,3%), dos médicos (6,9%) e dos professores/educadores de infância (5,1%). Sendo que estes profissionais trabalham em várias unidades, como se percebe pela Tabela 17.

Tabela 17. Unidades onde o profissional desempenha funções

Unidades onde desempenha funções	n	%
Serviço de internamento	252	75,9
Neonatologia	41	12,3
Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios	16	4,8
Serviço de Urgência/Sala de Observações	47	14,2

Pela tabela constata-se que, maioritariamente, os profissionais desenvolvem a sua atividade em contexto de internamento pediátrico (75,9%), urgência/sala de observações (14,2%) e neonatologia (12,3%).

Na Tabela 18 são apresentados os dados relativos à idade e género.

Tabela 18. Descrição dos profissionais da pediatria, segundo idade e género

Idade \ Género	Média	Min.	Máx.	DP
Feminino (n=305)	38,07	23	63	9,35
Masculino (n=27)	34,63	24	63	9,92

Pela análise da tabela, verifica-se que os participantes deste grupo são maioritariamente do género feminino (91,9%) e que, em termos de média de idades o grupo feminino é mais velho do que o masculino (Média= 38,1 e 34,6 anos, respetivamente).

Relativamente ao tempo de exercício profissional no atual serviço, a média é de 8,83 anos (moda 4 anos; mediana 7 anos; Mín 15 dias, Máx. 35 anos). O tempo de exercício profissional na área da saúde é, em média, de 14,05 anos (moda 5 anos; mediana 12 anos; Mín 8 meses, Máx. 37 anos).

O tempo de convívio dos profissionais da pediatria com o trabalho dos DP da ONV é, maioritariamente de 5 ou mais anos (68,4%), com apenas 14,1% dos participantes a terem contacto inferior a 3 anos. No que respeita à frequência com que assistem/participam nas intervenções dos DP, a maioria refere uma

vez por semana (36,7%), seguida de uma vez por mês (20,8%), sendo que 17,8% indica que o faz menos de uma vez por mês e 16% uma vez a cada quinze dias.

4. INSTRUMENTOS

No presente estudo, acerca das percepções dos profissionais da pediatria e dos conviventes significativos em torno do impacto da intervenção dos DP na criança/adolescente hospitalizada e em si próprios, a recolha de dados faz-se por intermédio de dois instrumentos desenvolvidos através de parcerias luso-brasileiras e que neste estudo em concreto foram alvo de adaptações e processo de validação: o (i) Questionário de Perceções dos Profissionais da Pediatria relativamente à intervenção dos Doutores Palhaços e o (ii) Questionário de Perceções dos Pais/Acompanhantes relativamente à Intervenção dos Doutores Palhaços. Em seguida descreve-se o histórico de cada um deles bem como a sua estrutura.

i) Questionário de Perceções dos Profissionais da Pediatria relativamente à Intervenção dos Doutores Palhaços (QPPPIDP)

O presente instrumento resultou de uma parceria luso-brasileira entre o projeto de investigação “Rir é o Melhor Remédio?” e o Núcleo de Pesquisa (NUFO) dos Doutores da Alegria (DA), Brasil. Parte deste investimento já havia sido realizado pelo NUFO, em 2008, com a construção do Questionário de Avaliação dos Profissionais da Pediatria sobre a Atuação dos Doutores da Alegria (Masetti & Brandão, 2008). Tal como a própria designação indica, este instrumento centrou-se exclusivamente nas percepções dos profissionais da pediatria brasileiros em torno da atividade dos DA e foi aplicado e validado num estudo envolvendo 586 profissionais da pediatria, de 13 hospitais de S. Paulo e Rio de Janeiro (Masetti & Brandão, 2008; Masetti, Caires et al., 2016). Sobre esta primeira versão, e em resultado da parceria de investigação emergida entre as duas organizações de PH, foram realizadas algumas alterações ao instrumento inicial dando lugar a uma segunda versão. Um dos principais investimentos realizados no seio desta parceria surgiu no sentido de se construir um instrumento que abarcasse ambas as realidades: a brasileira, protagonizada pelos DA, e a portuguesa, relativa à intervenção dos DP da ONV. A comparação, no futuro, do olhar dos profissionais de ambos os países sobre o trabalho destas duas organizações “irmãs” /congêneres surgiu entre um dos objetivos nucleares deste investimento conjunto. Designado de Questionário de Avaliação dos Profissionais da Pediatria sobre Atuação dos Palhaços de Hospital (QAPPAPH), o instrumento caracteriza-se pela presença de algumas diferenças - não estruturais - na versão brasileira e portuguesa essencialmente associadas às especificidades culturais e linguísticas de cada um dos países.

A versão portuguesa foi objeto de reflexão falada junto de alguns profissionais da pediatria visando aferir aspetos como a clareza dos itens (em termos de sintaxe e vocabulário), ao nível da funcionalidade das escalas de resposta utilizadas, bem como do tempo médio de aplicação. Em resultado desta reflexão procedeu-se a alguns ajustamentos que deram lugar à versão aplicada no presente estudo de doutoramento – designado QPPPIDP, anexo V – e cuja estrutura se descreve em seguida.

O QPPPIDP é constituído por um conjunto inicial de itens de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes no estudo (género, idade, cargo, unidade de trabalho, experiência no serviço, tempo de serviço). Num segundo corpo do instrumento constam questões relativas ao nível de satisfação (de 0 a 10) destes profissionais relativamente às diferentes atividades de entretenimento (que não apenas os DP) existentes na pediatria.

Os restantes 42 itens integram a terceira (e a principal) componente do instrumento. Nesta são avaliadas as perceções dos profissionais relativamente ao trabalho dos DP da ONV. Destes 42 itens, 16 são centrados na criança/adolescente, na sua vivência e adaptação ao ambiente hospitalar e à situação clínica, incluindo questões físicas, emocionais, relacionais e colaborativas; 11 itens avaliam a vivência e adaptação dos conviventes significativos ao ambiente hospitalar e à situação clínica da criança/adolescente, abordando aspetos emocionais, colaborativos e relacionais; 15 itens centram-se na gestão da vivência hospitalar dos profissionais, nomeadamente a nível emocional, relacional e colaborativo. Cada um dos itens contém uma afirmação relativa à intervenção dos DP, solicitando-se ao profissional de pediatria que se pronuncie quanto ao grau de concordância (numa escala likert de 5 pontos: 5 – “Concordo totalmente” a 1 – “Discordo totalmente”) relativamente ao conteúdo da mesma. Nas situações em que, por qualquer razão, não é possível posicionarem-se face à afirmação contida no item, foi acordado que este deveria ser deixado por responder, sendo a questão tratada como “Não aplicável/Não responde”.

ii) Questionário de Perceções dos Pais/Acompanhantes relativamente à Intervenção dos Doutores Palhaços (QPPAIDP)

O historial deste instrumento foi, de algum modo, inverso ao QPPAPH, uma vez que, entre a ONV já haviam sido feitos alguns investimentos no sentido de criar um instrumento que considerasse o olhar dos conviventes significativos. Tal investimento foi realizado por Esteves (2015), no âmbito da sua tese

de doutoramento, e do qual resultou uma primeira versão do mesmo com características métricas bastante satisfatórias⁵³.

Face à parceria luso-brasileira, entretanto criada, e atendendo à necessidade de se construir uma versão que cobrisse ambas as realidades, foi efetuado um investimento análogo ao anterior: a construção de um instrumento comum à ONV e aos DA. Deste esforço conjunto surgiu, então, o Questionário de Avaliação dos Pais/Acompanhantes sobre Atuação dos Palhaços de Hospital QAPAAPH - numa versão para Portugal e outra para o Brasil. À semelhança do QAPPAPH, uma vez construída uma versão preliminar do instrumento, solicitou-se a um pequeno grupo de pais a reflexão falada sobre o mesmo. Com esta visa-se aferir aspetos como a clareza dos itens (em termos de sintaxe e vocabulário), a funcionalidade das escalas de resposta utilizadas, bem como do tempo médio de aplicação. Desta reflexão decorreu a versão utilizada no presente estudo de doutoramento – Questionário de Perceções dos Pais/Acompanhantes relativamente à Intervenção dos Doutores Palhaços (QPPAIDP – ver Anexo VI) e cuja estrutura e organização se descrevem em seguida.

O QPPAIDP começa por explorar dados sociodemográficos relativos aos conviventes significativos (género, idade, habilitações literárias, área profissional, grau de parentesco em relação à criança/adolescente internada) e ao perfil sócio clínico da criança/adolescente internada (género, idade, escolaridade, motivo do internamento, duração do internamento).

Num segundo bloco de questões é avaliado o nível de satisfação (numa escala de 0 a 10) relativamente às atividades de entretenimento (para além dos próprios DP) desenvolvidas nos serviços do qual a criança/adolescente é utente.

Na componente principal do instrumento surgem 39 itens relativos à intervenção dos DP. Cada item encerra uma afirmação relativa às perceções dos conviventes significativos sobre o impacto da visita dos DP junto da criança/adolescente (19 itens) e de si próprios (20 itens), nas suas vivências, adaptação ao ambiente hospitalar e à situação clínica, incluindo questões físicas, emocionais, relacionais e

⁵³ A autora utilizou vários instrumentos sendo o QAPIP aplicado isoladamente e os restantes como se constituíssem um só instrumento:

i) Questionário de Avaliação do Processo de Internamento Pediátrico (QAPIP), com estrutura trifatorial: F1 – Estado emocional ($\alpha=.84$); F2 – Colaboração com os tratamentos e com os agentes de cuidado ($\alpha=.78$); F3 – (in)Adaptação ao contexto hospitalar ($\alpha=.57$). Constituído inicialmente por 22 itens, foram mantidos 16.

ii) Visita do Doutor Palhaço: Questionário de Avaliação da Reação da Criança/Adolescente (ViDP: QAReCA), constituído por 13 itens, cuja matriz se revelou não fatoriável. iii) Afastamento dos Doutores Palhaços: Questionário de Avaliação da Reação da Criança/Adolescente (AfastDP: QAReCA), com estrutura trifatorial: F1 – Reação moderada ($\alpha=.57$); F2 – Permanência dos DP depois da visita ($\alpha=.57$); F3 – Reação “ativa” ($\alpha=.60$), sendo mantidos 9 dos 11 itens iniciais. iv) Visita do Doutor Palhaço: Questionário da Avaliação do Impacto na Criança/Adolescente (ViDP:QAI-CA), com matriz unifatorial ($\alpha=.79$) e manutenção de 8 dos 13 itens iniciais. v) Visita do Doutor Palhaço: Potenciais Contributos dos DP (se mais visitas ocorressem) na Criança/Adolescente (ViDP: QAPI-CA), com estrutura bifatorial: F1 – Gestão do processo de doença/hospitalização ($\alpha=.86$); F2 – Cooperação com o processo de hospitalização ($\alpha=.88$), mantendo 17 dos 18 itens iniciais. vi) Visita do Doutor Palhaço: Questionário de Avaliação da Reação dos Pais (ViDP: QAReP), constituído por 10 itens, cuja matriz se verificou não fatoriável. vii) Visita do Doutor Palhaço: Questionário de Avaliação do Potencial Impacto nos Pais (ViDP:QAPI-P), com matriz unifatorial ($\alpha=.90$), retendo 14 itens dos 15 iniciais. viii) Visita do Doutor Palhaço: Questionário de Avaliação Global (ViDP:QAG), com 17 itens, cuja matriz não foi fatoriável; ix) Adjetivação do trabalho dos DP Visita do Doutor Palhaço, com matriz trifatorial: F1 – Benefícios da intervenção dos DP junto dos atores e dos cuidados prestados em pediatria ($\alpha=.88$); F2 – Características relacionais da intervenção dos DP e seu benefício para o filho ($\alpha=.66$); F3 – Originalidade do trabalho dos DP ($\alpha=.54$), mantendo 14 dos 18 itens iniciais.

colaborativas. À semelhança do QPPPIDP, é solicitado ao convivente significativo que se pronuncie quanto ao grau de concordância (numa escala likert de 5 pontos: 5 – “Concordo totalmente” a 1 – “Discordo totalmente”) com o conteúdo de cada item. Da mesma forma que no questionário dos profissionais, foi assumido e explicado aos participantes que, sempre que, por qualquer razão, não conseguissem posicionar-se face a uma afirmação da escala da componente principal, esta deveria ser deixada em branco e seria tratada como “Não aplicável/Não responde”.

5. PROCEDIMENTOS

Num primeiro momento, solicitou-se autorização para a realização do estudo, quer junto das Comissões de Ética (CE), quer dos Conselhos de Administração (CA) dos diferentes hospitais em cujos Serviços de Pediatria o estudo se concretizaria. Após a aprovação das instituições, foram efetuadas reuniões de articulação com as Unidades de Gestão, com os diretores de serviço e com os enfermeiros-chefes, no sentido de se conhecerem os contextos e criarem condições para a implementação do estudo, no estrito respeito pelas normas dos serviços e com o menor impacto possível no desenvolvimento das atividades dos mesmos.

A recolha de dados foi realizada por elementos do grupo de investigação “Rir é o melhor remédio?” e/ou investigadores previamente recrutados e devidamente treinados na sua aplicação. Todos os participantes foram previamente informados quanto ao enquadramento institucional e objetivos do estudo, bem como as normas éticas de participação voluntária, confidencialidade e anonimato dos dados. Uma vez decidida a sua participação no estudo, cada um dos participantes procedeu à assinatura de um consentimento informado (Anexo VI).

A aplicação de ambos os instrumentos foi efetuada nas diferentes unidades onde a intervenção dos DP tem lugar (*e.g.*, serviço de Internamento Pediátrico - Unidade Infantil e Unidade de Adolescentes; Neonatologia, Unidades de Cuidados Intermédios). No que se refere ao QPPAIDP, a sua aplicação decorreu nas unidades da criança/adolescente ou na sala de atividades, encontrando-se sempre um elemento do grupo de recolha de dados disponível para esclarecer dúvidas que tivessem lugar durante o preenchimento dos instrumentos. No que concerne ao QPPPIDP, e após as reuniões de preparação da recolha de dados com os responsáveis de cada área, o instrumento foi distribuído e recolhido quer pela equipa de elementos do grupo de investigação, quer pelos responsáveis de cada serviço, conforme acordado em cada caso. De qualquer forma, existia sempre disponibilidade da equipa de investigação para esclarecer as dúvidas que emergissem da parte dos profissionais.

6. ANÁLISE DOS DADOS

Constando entre um dos objetivos nucleares desta tese de doutoramento a validação da versão portuguesa dos dois instrumentos construídos no seio da parceria luso-brasileira, o primeiro investimento realizado em termos de análise de dados passou pelo estudo das características psicométricas do QPPAIDP e do QPPPIDP. Para o efeito, recorreu-se à Análise Fatorial Exploratória, no sentido de identificar fatores latentes que se encontram implícitos nos questionários em foco, avançando-se de seguida para a análise da consistência interna dos itens retidos em cada fator latente (alfa de Cronbach).

Num segundo momento, e visando analisar as perceções dos conviventes significativos e dos profissionais da pediatria relativamente ao trabalho dos DP, foram utilizados métodos de análise quantitativos e ferramentas da estatística descritiva e inferencial, com recurso ao software IBM-SPSS, versão 24. As análises, descritivas e inferenciais, respeitaram a natureza dos dados recorrendo-se, para isso, essencialmente a estatísticas não-paramétricas.

CAPÍTULO VII

RESULTADOS

Introdução

Neste capítulo procede-se à avaliação das características métricas dos instrumentos QPPPIDP e QPPAIDP através da Análise Fatorial Exploratória (AFE) e à apresentação dos resultados da análise estatística descritiva e inferencial dos dados de cada um dos instrumentos.

1. CARACTERÍSTICAS MÉTRICAS E VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

A AFE é uma técnica que trata da “relação entre as variáveis sem determinar em que medida os resultados se ajustam ao modelo” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 519), estimando o peso dos fatores (loadings) e as variâncias, de forma a que as covariâncias e as correlações previstas sejam o mais aproximadas possível dos valores observados, tendo como maior vantagem permitir que o investigador possa considerar um conjunto menor de variáveis, sem perda de informação relevante, usando os fatores como representantes da dimensionalidade do traço latente.

1.1. Procedimentos para a AFE

A AFE requer um conjunto de procedimentos na sua operacionalização, que se encontram resumidos na Tabela 19.

Tabela 19. Procedimentos para a AFE

Procedimento	Análise/Opções
Adequação da base de dados e utilização da AFE – Fatorabilidade da matriz	Tamanho da amostra, matriz de correlações, KMO e Teste de Bartlett, matriz anti imagem, matriz de comunalidades
Determinar a técnica de extração e o número de fatores a reter	Componentes principais/ máxima verosimilhança/ fatores principais ou outra selecionada; Critério de Kaiser, critério do <i>scree plot</i> , variância extraída por cada fator e variância total extraída
Decidir o tipo de rotação dos fatores	Ortogonal (<i>e.g.</i> , Varimax) ou Oblíqua (<i>e.g.</i> , Oblimin)
Interpretação dos fatores	Cargas fatoriais e associação os itens aos fatores

Fontes: Fávero, Belfiore, Silva e Chan (2009), D.B. Filho e Júnior (2010), Laros (2012), Marôco (2014), Neiva, Abbad e Tróccoli (2008), Pestana e Gageiro (2014)

A Tabela 20 sintetiza as opções adotadas para proceder à AFE dos dois instrumentos utilizados neste estudo.

Tabela 20. Resumo das etapas e opções para a AFE

Matriz de correlações	KMO – Recomendação relativamente à AFE	Teste de esfericidade de Bartlett	Matriz anti imagem	Matriz de comunalidades	Técnica extração e número de fatores a reter	Método de rotação	Determinar as variáveis que pertencem a cada fator
Maioria dos coeficientes superiores a 0,3]0,9 – 1] – Excelente	p < 0,05	Valores da diagonal principal > 0,5	Valor mínimo 0,5	Análise de Componentes Principais (ACP). Não requer distribuição normal e é menos dependente da amostragem	Ortogonal – Varimax. Matriz fatorial. Fatores não correlacionados entre si	Carga fatorial ⁵⁴ 0,40.
]0,8 – 0,9] – Boa						
]0,7 – 0,8] – Média						
]0,6 – 0,7] – Mediocre		Valores fora da diagonal principal baixos	Atender também ao propósito do estudo e a elementos teóricos	Critério de Kaiser (<i>eigenvalue</i> > 1), critério do <i>scree plot</i> e a variância extraída por cada fator (5%) e variância total extraída (50%)	Oblíquo – Oblimin. Matriz de padrões (comparável à matriz fatorial) e matriz de estrutura (relações entre os fatores). Fatores que se correlacionam	Critério estatístico. Critério teórico, relevância da informação para avaliar o construto sob investigação, base metodológica ⁵⁵
]0,5 – 0,6] – Má						
	≤ 0,5 Inaceitável						

Fontes: Collares (2011); Curado, Teles e Marôco (2013); B.F. Damásio (2012); Fávero, Belfiore, Silva e Chan (2009); D.B. Filho e Júnior (2010); M.M. Hill e Hill (2002); Kline (2011); Laros (2012); Marôco (2014); Neiva, Abbad e Tróccoli (2008); Pestana e Gageiro (2014)

Efetuada a AFE, é importante verificar a confiabilidade dos itens, ou seja, analisar a consistência interna dos itens dentro de cada fator.

1.2. Análise da Consistência Interna

A consistência interna é uma avaliação do grau de confiabilidade dos fatores. Dentre as medidas de consistência interna, o alfa de Cronbach é uma das mais usadas e, segundo Pestana e Gageiro (2014), pode ser definido “como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica.” (p. 531) e, como referem Cortina (1993), Curado e colaboradores (2014), Kline (2011) Pasquali (2009), Tavakol e Dennick (2011), o seu valor é influenciado quer pelo valor das correlações dos itens, quer pelo número de itens avaliados, quer ainda pela dimensão da amostra.

⁵⁴ Para Hair, Anderson, Tatham e Black (2005), referidos por Fávero e colaboradores (2009), para amostras de 350 participantes a carga fatorial mínima a ser considerada é de 0,30; para 250 participantes a carga fatorial é de 0,35; para 200 participantes é de 0,40; para 150 participantes, a carga é de 0,45; para 120 participantes é de 0,50; para uma amostra de 100 participantes é de 0,55; para 85 participantes a carga fatorial é de 0,60; para 70 participantes é de 0,65; para 60 participantes é de 0,70; e para uma amostra de 50 participantes a carga fatorial a considerar é de 0,75.

⁵⁵ Segundo Neiva, Abbad, e Tróccoli (2008), quando os itens, após a rotação, saturam em mais do que um fator, deve ser escolhido o fator para o qual o item apresente carga mais elevada, sendo que a diferença entre as cargas deve ser de, pelo menos, 0,1.

No que concerne aos valores do Alfa de Cronbach estes variam entre 0 e 1, estando preconizado para a consistência interna que esta é Muito boa, se alfa superior a 0,9; Boa, se alfa entre 0,8 e 0,9; Razoável, se alfa entre 0,7 e 0,8; Fraca, se alfa entre 0,6 e 0,7; Inadmissível, se alfa < a 0,6 (Pestana & Gageiro, 2014; Tavakol & Dennick, 2011).

1.3. Características Métricas dos Questionários

Neste subcapítulo são apresentados os resultados da AFE para cada um dos instrumentos do estudo.

1.3.1. Questionário de Percepções dos Profissionais da Pediatria relativamente à Intervenção dos Doutores Palhaços (QPPPIDP)

Para a AFE deste questionário foram adotados os procedimentos indicados no Ponto 1.1 deste Capítulo e resumidos na Tabela 19. Após a fixação do número de fatores a reter na análise, foi opção: (i) a rotação oblíqua dos fatores aceitando estarem correlacionados, optando-se de seguida pela matriz padrão para simplificar a vinculação dos itens aos fatores, nomeadamente reduzindo saturações dos itens por mais que um fator; (ii) a rotação ortogonal dos fatores aceitando que são independentes, quando os valores da matriz de correlações de componentes são baixos.

Neste instrumento de colheita de dados os itens organizam-se em torno de três elementos, tendo por base a percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto: (I) da criança/adolescente; (II) dos conviventes significativos e (III) de si próprios.

(I) A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos Doutores Palhaços junto da criança/adolescente

No que concerne ao primeiro passo – adequação da base de dados à AFE –, pela análise da matriz de correlações, constata-se que a maioria dos coeficientes de correlação é superior a 0,30, o que indica que a matriz é fatorável. Considerando a sua extensão, omitimos a sua apresentação. A respetiva fatorabilidade é confirmada pelos valores do coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e pelo Teste de Esfericidade de Bartlett (TEB), apresentados na Tabela 21.

Tabela 21. Resultados do coeficiente de KMO e Teste de Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,901
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	1801,129
	Gl	120
	Sig.	,000

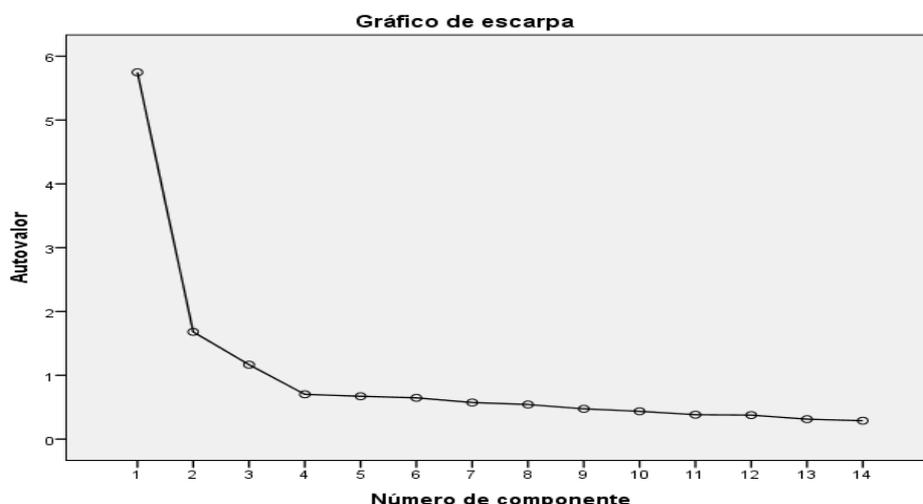
A matriz anti-imagem apresenta valores abaixo da diagonal principal próximos do zero e os valores da diagonal principal – que indicam a medida de adequação da amostragem (MAS) para cada variável da análise – são todos superiores a 0,5, ou seja, as variáveis ajustam-se à estrutura definida pelas outras variáveis. A apresentação desta matriz, dada a sua extensão, foi omitida.

Relativamente às comunalidades, para esta análise exploratória, seguiu-se o princípio da exclusão dos itens que não apresentavam um valor mínimo de 0,50. Contudo, perante valores próximos deste mínimo, foi considerada para análise a relevância do item e os elementos teóricos, conforme mencionam D.B. Filho e Júnior (2010). Numa primeira análise, os itens 4. “As crianças/adolescentes aguardam com expectativa uma nova visita dos Doutores Palhaços” (,396) e 33. “As crianças/adolescentes aceitam melhor os tempos de espera (exemplo: consulta, urgência, internamentos... aquando da presença dos Doutores Palhaços)” (,376) violavam aquele princípio, sendo excluídos e a análise novamente efetuada. Os resultados são apresentados na Tabela 22.

Na segunda etapa da AFE optou-se pelo método de estimação das componentes principais para estimar os pesos fatoriais, uma vez que, pelo teste de Kolmogorov – Smirnov, as variáveis não apresentavam normalidade ao nível de significância 0,05, bem como por ser o método mais comum e adequado ao estudo exploratório.

Para a definição do número de fatores a extrair foi considerado o critério de Kaiser e o do *scree plot* (Gráfico 1), bem como a regra da variância extraída por cada fator (5%) e a variância total (mínimo de fatores que expliquem pelo menos 50% da variância total das variáveis originais), para além do suporte teórico do estudo.

Gráfico 1. Scree Plot



As análises realizadas sugerem uma solução fatorial de três fatores, sendo esta também a proposta com maior suporte conceptual – mesmo considerando e assumindo que o fator dois é constituído por dois itens. Este conjunto de três fatores explica 61,4% da variância dos itens em análise.

Para proceder à rotação de fatores foi utilizado o método Oblimin, cujos valores da matriz de correlações de componentes (,521, ,627 e ,727) demonstram que este método é adequado. Após a rotação oblíqua das componentes isoladas, apresentamos na Tabela 22 as saturações dos itens nos fatores (Matriz padrão), bem como a comunalidade ou variância do item explicada (h^2).

Tabela 22. Matriz de padrão e comunalidade

	Componente			h^2
	1	2	3	
1.As crianças/adolescentes parecem colaborar mais com os tratamentos e/ou exames			,731	,528
6.As crianças/adolescentes parecem apresentar maiores e/ou mais rápidas evidências clínicas de melhora			,874	,703
9.As crianças/adolescentes melhoram o seu sono			,719	,505
12.As crianças/adolescentes recordam e relatam a outros as brincadeiras realizadas com os DP	,828			,611
16.As crianças/adolescentes ficam mais ativas (exemplo: movimentam-se mais, tornam-se mais faladoras, interativas)	,492			,507
18.As crianças/adolescentes mostram medo e não conseguem interagir com os DP (por exemplo: choram, fogem, não deixam entrar no quarto)		,863		,795
21.As crianças/adolescentes recebem os DP com entusiasmo (exemplo: riem muito, batem palmas, "entram no jogo")	,773			,609
23.As crianças/adolescentes imitam e reproduzem as brincadeiras realizadas com os DP	,692			,602
25.As crianças/adolescentes rejeitam a presença dos DP (exemplo: choram, não os deixam entrar no quarto, não olham)		,855		,755
27.As crianças/adolescentes parecem conseguir esquecer, por alguns momentos, que estão num hospital	,772			,617
30.A criança/adolescente pede o regresso dos DP	,732			,584
35.As crianças/adolescentes alimentam-se melhor			,752	,664
37.As crianças/adolescentes parecem suportar melhor a dor			,546	,553
40.As crianças/adolescentes aceitam melhor a ideia de ter que voltar ao hospital (exemplo: para internamento, consulta, tratamento em ambulatório)	,482			,560
Valor-próprio	5,75	1,68	1,17	
% de variância explicada	41,1	12,0	8,3	

Analisando as matrizes, os itens foram distribuídos pelos três fatores que emergiram, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3. Distribuição dos itens por fator respeitantes à percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente

Item	Fator 1 – Impacto dos DP na vivência e adaptação ao ambiente hospitalar ($\alpha = ,865$)
12	As crianças/adolescentes recordam e relatam a outros as brincadeiras realizadas com os DP
16	As crianças/adolescentes ficam mais ativas (exemplo: movimentam-se mais, tornam-se mais faladoras, interativas)
21	As crianças/adolescentes recebem os DP com entusiasmo (exemplo: riem muito, batem palmas, "entram no jogo")
23	As crianças/adolescentes imitam e reproduzem as brincadeiras realizadas com os DP
27	As crianças/adolescentes parecem conseguir esquecer, por alguns momentos, que estão num hospital
30	A criança/adolescente pede o regresso dos DP
40	As crianças/adolescentes aceitam melhor a ideia de ter que voltar ao hospital (exemplo: para internamento, consulta, tratamento em ambulatório)
Item	Fator 2 – Impacto negativo dos DP na criança/adolescente ($\alpha = ,744$)
18	As crianças/adolescentes mostram medo e não conseguem interagir com os DP (por exemplo: choram, fogem, não deixam entrar no quarto)
25	As crianças/adolescentes rejeitam a presença dos DP (exemplo: choram, não os deixam entrar no quarto, não olham)
Item	Fator 3 – Impacto na vivência e adaptação à situação clínica ($\alpha = ,821$)
1	As crianças/adolescentes parecem colaborar mais com os tratamentos e/ou exames
6	As crianças/adolescentes parecem apresentar maiores e/ou mais rápidas evidências clínicas de melhora
9	As crianças/adolescentes melhoram o seu sono
35	As crianças/adolescentes alimentam-se melhor
37	As crianças/adolescentes parecem suportar melhor a dor

O primeiro fator, que explica 41,1% da variância, é constituído por sete itens, cujos conteúdos traduzem o impacto do DP na vivência e adaptação da criança/adolescente ao ambiente hospitalar. O segundo fator é formado por dois itens centrados no impacto negativo do DP na criança/adolescente e explica 12% da variância. O terceiro fator, que explica 8,3% da variância e comporta cinco itens, está organizado em torno do impacto do DP na vivência e adaptação da criança/adolescente à sua situação clínica.

A análise de consistência interna dos fatores (medida pelo alpha de Cronbach) que integram a percepção dos profissionais de pediatria sobre os efeitos dos DP junto da criança/adolescente, revelou valores bons para o fator 1 ($\alpha = ,865$) e fator 3 ($\alpha = ,821$) e razoável ($\alpha = ,744$) para o fator 2.

Nas Tabelas 23, 24 e 25 são apresentadas as estatísticas descritivas dos três fatores mencionados.

Tabela 23. Estatística descritiva do fator 1 respeitante à percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente

Itens	N	Média	DP	Ritc	Alfa se item eliminado
12	290	3,99	,785	,655	,844
16	290	3,70	,837	,592	,853
21	290	4,18	,724	,633	,847
23	290	3,70	,801	,692	,839
27	290	4,18	,805	,639	,846
30	290	3,93	,810	,661	,843
40	290	3,24	,932	,606	,852

Da análise da tabela constata-se que não existem itens que, a serem eliminados, aumentem o valor de alfa ($\alpha = ,865$) optando-se, por isso, pela manutenção de todos os itens.

Tabela 24. Estatística descritiva do fator 2 respeitante à percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança /adolescente

Itens	n	Média	DP	Ritc	Alfa se item eliminado
18	321	3,87	,868	,598	-
25	321	4,01	,754	,598	-

Neste fator, apesar de ser constituído apenas por dois itens, o valor de alfa é razoável ($\alpha = ,744$) e não existem itens a eliminar.

Tabela 25. Estatística descritiva do fator 3 respeitante à percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente

Itens	n	Média	DP	Ritc	Alfa se item eliminado
1	287	3,60	,838	,561	,801
6	287	3,07	,823	,686	,765
9	287	2,89	,844	,555	,803
35	287	2,92	,869	,681	,766
37	287	3,46	,831	,590	,793

Relativamente ao fator 3, verifica-se que nenhum item, se eliminado, aumenta o valor de alfa, sendo o índice de consistência interna bom ($\alpha = ,821$), pelo que se mantêm todos os itens retidos.

(II) A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos Doutores Palhaços junto dos conviventes significativos

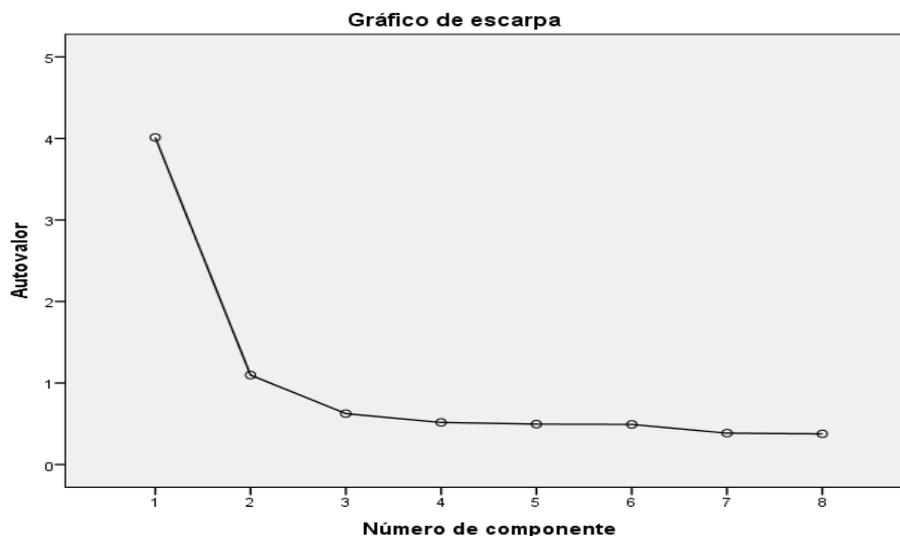
No primeiro passo da AFE constatou-se, pela análise da matriz de correlações, que a maioria dos coeficientes de correlação apresentava valores superiores a 0,30 (a apresentação da matriz é omitida, dada a sua extensão), indicando que a matriz é fatorável. Confirmou-se, ainda, a sua fatorabilidade através do coeficiente de KMO e TEB apresentados na Tabela 26.

Tabela 26. Resultados do coeficiente de KMO e Teste de Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,894
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	1005,719
	Gl	55
	Sig.	,000

Verifica-se que a matriz anti-imagem apresenta valores abaixo da diagonal principal próximos do zero, e que os valores da diagonal principal são superiores a 0,5, indicando que as variáveis se ajustam à estrutura definida pelas outras variáveis. Dada a sua extensão, a apresentação desta matriz foi omitida. No que se refere às comunalidades, os itens que não apresentavam um valor mínimo de 0,50 (ou próximo) foram excluídos; a saber, o item 2. “Os pais/acompanhantes participam ativamente nas brincadeiras dos Doutores Palhaços” (,387); o item 5. “Os pais/acompanhantes sentem-se incomodados com a presença dos Doutores Palhaços” (,323) e o item 19. “Os Pais/acompanhantes aceitam melhor os tempos de espera (exemplo: consulta, urgência, internamento...) aquando da presença dos Doutores Palhaços” (,413). A análise foi novamente efetuada e os resultados são apresentados na Tabela 27. A extração de fatores, e dado que as variáveis não apresentavam distribuição normal, ocorreu pelo método de ACP. O número de fatores a extrair foi estimado pelo critério de Kaiser, em consonância com o *scree plot* (Gráfico 2), assim como pela regra da variância extraída por cada fator (5%) e pela variância total (mínimo de fatores que expliquem pelo menos 50% da variância total das variáveis originais). Foi ainda considerado o suporte teórico do estudo.

Gráfico 2. Scree Plot



De acordo com as análises realizadas, a solução adequada é de dois fatores, explicando 63,9% da variância. Para a rotação de fatores foi utilizado o método Oblimin, cujos valores da matriz de correlações de componentes (,492) demonstram que este método é adequado. Após a rotação foi obtida a matriz de padrão que se expõe na Tabela 27, na qual se apresenta também a comunalidade ou variância do item explicada (h^2).

Tabela 27. Matriz de padrão e comunalidade

	Componente		h ²
	1	2	
14.Os pais/acompanhantes tornam-se mais cooperativos em relação às decisões e intervenções médicas (exemplo: exames, medicação, tratamentos...)	,924		,732
7. Os pais/acompanhantes tornam-se mais pró-ativos em relação aos acontecimentos do hospital e aos tratamentos (por exemplo: fazem mais perguntas, envolvem-se mais nos cuidados)	,902		,724
20.Os pais/acompanhantes passam a brincar mais com as crianças/adolescentes	,643		,584
41.Os pais/acompanhantes parecem mais confiantes em relação à possibilidade de melhora da criança/adolescente	,611		,661
31.Os pais/acompanhantes parecem felizes por verem os seus filhos felizes com a presença dos DP		,852	,628
11.Os pais/acompanhantes parecem esquecer, por alguns momentos, que estão no hospital		,811	,596
22.Os pais/acompanhantes ficam mais confortáveis no ambiente hospitalar (exemplo: mais à-vontade nas interações, mais descontraídos)		,568	,599
28.Os pais/acompanhantes reproduzem algumas das brincadeiras dos DP para conquistar a cooperação ou divertir a criança/adolescente		,537	,585
Valor-próprio	4,01	1,10	
% de variância explicada	50,2	13,7	

A análise das matrizes conduziu à distribuição dos itens pelos dois fatores, conforme se explicita no Quadro 4.

Quadro 4. Distribuição dos itens por fator respeitantes à perceção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos Doutores Palhaços junto dos conviventes significativos

Item	Fator 1 – Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização ($\alpha = ,826$)
7	Os pais/acompanhantes tornam-se mais pró-ativos em relação aos acontecimentos do hospital e aos tratamentos (por exemplo: fazem mais perguntas, envolvem-se mais nos cuidados)
14	Os pais/acompanhantes tornam-se mais cooperativos em relação às decisões e intervenções médicas (exemplo: exames, medicação, tratamentos...)
20	Os pais/acompanhantes passam a brincar mais com as crianças/adolescentes
41	Os pais/acompanhantes parecem mais confiantes em relação à possibilidade de melhora da criança/adolescente
Item	Fator 2 – Impacto dos DP na vivência do ambiente hospitalar ($\alpha = ,746$)
11	Os pais/acompanhantes parecem esquecer, por alguns momentos, que estão no hospital.
22	Os pais/acompanhantes ficam mais confortáveis no ambiente hospitalar (exemplo: mais à-vontade nas interações, mais descontraídos)
28	Os pais/acompanhantes reproduzem algumas das brincadeiras dos DP para conquistar a cooperação ou divertir a criança/adolescente
31	Os pais/acompanhantes parecem felizes por verem os seus filhos felizes com a presença dos DP

O primeiro fator, que explica 50,2% da variância, é constituído por quatro itens, centrando-se na perspetiva dos profissionais da pediatria acerca do impacto do DP nos conviventes significativos, cujos conteúdos remetem para a adaptação e enfrentamento da hospitalização. O segundo fator, também composto por quatro itens, traduz o impacto do DP na vivência do ambiente hospitalar pelos conviventes significativos, explicando 13,7% da variância.

A análise da consistência interna, medida através do alfa de Cronbach, revela um valor bom para o fator 1 ($\alpha = ,826$) e razoável para o fator 2 ($\alpha = ,746$).

As Tabelas 28 e 29 têm inscritas as estatísticas descritivas dos dois fatores supramencionados.

Tabela 28. Estatística descritiva do fator 1 respeitante à perceção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto dos conviventes significativos

Itens	N	Média	DP	Ritc	Alfa se item eliminado
7	301	2,89	,888	,683	,766
14	301	2,74	,893	,675	,769
20	301	3,21	,860	,605	,801
41	301	3,08	,954	,645	,785

Conforme se pode verificar pela análise da tabela, qualquer um dos itens que constituem o fator 1, se eliminado, não faria subir o valor da consistência interna do fator, pelo que se mantêm todos os itens retidos.

Tabela 29. Estatística descritiva do fator 2 respeitante à perceção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto dos conviventes significativos

Itens	N	Média	DP	Ritc	Alfa se item eliminado
11	311	4,14	,843	,499	,713
22	311	3,76	,809	,584	,662
28	311	3,55	,813	,555	,679
31	311	4,29	,687	,532	,695

Da análise da tabela constata-se que, no fator 2, se algum item fosse eliminado, tal medida não faria subir o valor da consistência interna do fator, mantendo-se os itens retidos.

(III) A perceção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos Doutores Palhaços junto si próprios

A adequação da base de dados à AFE foi constatada quer pela análise da matriz de correlações, quer através do coeficiente de KMO e pelo TEB. Na matriz de correlações, a maioria dos coeficientes é superior a 0,30, não sendo esta matriz apresentada dada a sua extensão. Relativamente ao coeficiente de KMO e TEB, os valores são apresentados na Tabela 30, confirmando a fatorabilidade da matriz.

Tabela 30. Resultados do coeficiente de KMO e Teste de Bartlett

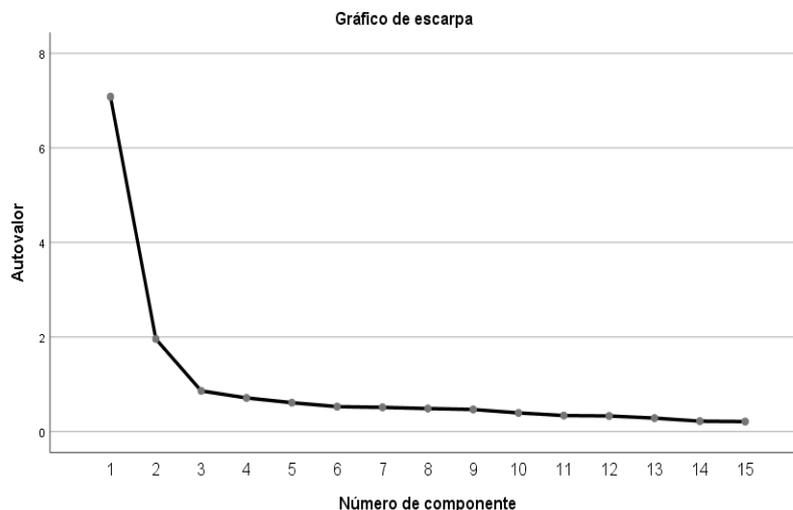
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,935
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	2421,429
	Gl	105
	Sig.	,000

Na matriz anti-imagem, os valores abaixo da diagonal são próximos do zero e os valores da diagonal principal são superiores a 0,5, indicando o ajuste das variáveis à estrutura definida pelas outras variáveis – esta matriz não é apresentada uma vez que é muito extensa.

Relativamente às comunalidades, foram excluídos itens com valor inferior a 0,50. Porém, para alguns itens que se encontravam próximo daquele valor, foi considerado quer o próprio valor, quer a sua relevância para a análise, como defendem D.B. Filho e Júnior (2010). Face ao exposto, foi retirado o item 15. “A presença dos Doutores Palhaços cria mais espaço na equipa para se conversar sobre situações delicadas que vivemos no hospital” (,425). Optou-se por manter os itens 3. “Passo a ver a criança/adolescente como uma "pessoa" mais do que como um doente” (,467) – pelo valor e relevância teórica; 13. “A presença dos Doutores Palhaços aumenta os riscos de propagação de doenças” (,464) – pelo valor e pela relevância teórica; e 29. “Reproduzo algumas das brincadeiras dos Doutores Palhaços para me aproximar da criança/adolescente”, pelo valor (,491). Após exclusão do item 15, a análise foi novamente realizada e os resultados são apresentados na Tabela 31.

O método de estimação dos pesos fatoriais adotado foi a ACP, sendo o número de fatores definido a partir do critério de Kaiser, *scree plot* (Gráfico 3), regra da variância extraída por cada fator (5%) e a variância total (mínimo de fatores que expliquem pelo menos 50% da variância total das variáveis originais), bem como o suporte teórico do estudo.

Gráfico 3. Scree Plot



Das análises realizadas, a solução que emerge é de dois fatores, solução esta que explica 60,3% da variância. Para a rotação de fatores foi testado o método Oblimin, mas dada a baixa correlação entre os fatores (,214), foi efetuada a rotação pelo método Varimax, cuja matriz de componente rotativa é apresentada na Tabela 31, assim como a comunalidade ou variância do item explicada (h^2).

Tabela 31. Matriz de componente rotativa e comunalidade

	Componente		h^2
	1	2	
24.Passei a compreender melhor as necessidades dos pais/acompanhantes e das crianças/adolescentes através dos DP	,859		,738
42.Passei a gerir melhor situações de conflito ou tensão com os pais/acompanhantes	,836		,707
39.Tornei-me mais flexível no cumprimento das rotinas e procedimentos, em função das necessidades da criança/adolescente e/ou pais/acompanhantes	,826		,686
34.Comecei a estabelecer outras formas de me aproximar das crianças/adolescente	,823		,693
36.Consigo estabelecer uma relação de maior cumplicidade com os pais/acompanhantes	,821		,696
10.Tornei-me mais cuidadoso/a na relação com os outros (mais atento/às suas necessidades, mais paciente, mais disponível...)	,818		,693
26.Passei a exprimir mais as minhas emoções (ex: stresse, sentimentos de perda, culpa...)	,777		,608
17.Passei a usar mais o humor para distrair ou conquistar a colaboração da criança/adolescente	,743		,592
3.Passo a ver a criança/adolescente como uma "pessoa" mais do que como um doente	,691		,481
29.Reproduzo algumas das brincadeiras dos DP para me aproximar da criança/adolescente	,636		,483
38.Sinto mais prazer na minha atividade profissional	,621		,530
8.O meu trabalho torna-se mais difícil devido às interferências dos DP (exemplo: confusão, ruído, distração, alteração de rotinas...)		,811	,669
32.Julgo que o hospital não é um lugar para palhaços		,787	,619
13.A presença dos DP aumenta os riscos de propagação de doenças		,682	,465
Valor-próprio	7,08	1,96	
% variância explicada	47,2	13,1	

De acordo com a matriz de componente rotativa, os itens distribuem-se pelos fatores conforme explicitado no Quadro 5.

Quadro 5. Distribuição dos itens por fator respeitantes à percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios

Item	Fator 1 – Impacto nas atitudes e comportamentos no cuidar ($\alpha = ,931$)
3	Passei a ver a criança/adolescente como uma "pessoa" mais do que como um doente
10	Tornei-me mais cuidadoso/a na relação com os outros (mais atento/às suas necessidades, mais paciente, mais disponível...)
17	Passei a usar mais o humor para distrair ou conquistar a colaboração da criança/adolescente
24	Passei a compreender melhor as necessidades dos pais/acompanhantes e das crianças/adolescentes através dos DP
26	Passei a exprimir mais as minhas emoções (ex: stresse, sentimentos de perda, culpa...)
29	Reproduzo algumas das brincadeiras dos DP para me aproximar da criança/adolescente
34	Comecei a estabelecer outras formas de me aproximar das crianças/adolescente
36	Consigo estabelecer uma relação de maior cumplicidade com os pais/acompanhantes
38	Sinto mais prazer na minha atividade profissional
39	Tornei-me mais flexível no cumprimento das rotinas e procedimentos, em função das necessidades da criança/adolescente e/ou pais/acompanhantes
42	Passei a gerir melhor situações de conflito ou tensão com os pais/acompanhantes
Item	Fator 2 – Impacto negativo dos DP no contexto hospitalar ($\alpha = ,608$)
8	O meu trabalho torna-se mais difícil devido às interferências dos DP (exemplo: confusão, ruído, distração, alteração de rotinas...)
13	A presença dos DP aumenta os riscos de propagação de doenças
32	Julgo que o hospital não é um lugar para palhaços

O primeiro fator, que explica 47,2% da variância, é constituído por onze itens que se centram no impacto do DP nas atitudes e comportamento no cuidar. O segundo fator comporta três itens cujos conteúdos traduzem o impacto negativo do DP no contexto hospitalar, explicando 13,1% da variância.

A análise da consistência interna, realizada através do alfa de Cronbach, revela um valor muito bom para o fator 1 ($\alpha = ,931$) e fraco para o fator 2 ($\alpha = ,608$). O valor do fator 2 pode estar influenciado pelo reduzido número de itens (três), tal como anteriormente mencionado. Além disso, Kline (2011) refere que, quando se tomam em consideração constructos psicológicos, é expectável obter valores abaixo de 0,70 na análise de consistência interna. Como supra referido, o critério estatístico não deve ser o único

a ter em conta, devendo ser ponderados o critério teórico e a relevância da informação contida em cada item. No caso em apreço, a relevância da informação é fundamentada, pelo que o resultado não limita a confiabilidade do questionário, ademais que as cargas fatoriais são elevadas.

As Tabelas 32 e 33 contêm as estatísticas descritivas dos dois fatores.

Tabela 32. Estatística descritiva do fator 1 respeitante à percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de sobre si próprios

Itens	N	Média	DP	Ritc	Alfa se item eliminado
3	290	2,71	1,242	,613	,930
10	290	2,28	1,033	,737	,923
17	290	3,15	1,095	,710	,924
24	290	2,44	1,018	,799	,920
26	290	2,11	,911	,703	,925
29	290	2,91	1,054	,605	,929
34	290	2,64	1,030	,784	,921
36	290	2,68	,979	,788	,921
38	290	3,12	1,178	,600	,930
39	290	2,63	1,099	,777	,921
42	290	2,55	1,008	,796	,921

De acordo com os dados da tabela, não existem itens que, a serem eliminados, aumentem o valor de alfa ($\alpha = ,931$), pelo que todos os itens retidos foram mantidos.

Tabela 33. Estatística descritiva do fator 2 respeitante à percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de sobre si próprios

Itens	N	Média	DP	Ritc	Alfa se item eliminado
8	328	4,39	,790	,473	,420
13	328	4,23	,793	,390	,561
32	328	4,80	,513	,436	,528

Pela análise da tabela, verifica-se que qualquer dos itens que constituem o fator, se eliminado, não aumenta o valor de alfa ($\alpha = ,608$), mantendo-se os itens retidos.

No Quadro 6 procede-se à apresentação dos fatores que emergiram das percepções dos profissionais da pediatria relativamente à intervenção dos DP.

Quadro 6. Resumo das características métricas do QPPPIDP

A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente				
Fator	N	Nº itens	Média	Alfa de Cronbach
1. Impacto na vivência e adaptação ao ambiente hospitalar	290	7	3,85	,865
2. Impacto negativo dos DP na criança/adolescente	321	2	3,94	,744
3. Impacto na adaptação e vivência da situação clínica	287	5	3,20	,821
A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto dos conviventes significativos				
Fator	N	Nº itens	Média	Alfa de Cronbach
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	301	4	2,98	,826
2. Impacto na vivência do ambiente hospitalar	311	4	3,94	,746
A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios				
Fator	N	Nº itens	Média	Alfa de Cronbach
1. Impacto nas atitudes e comportamentos no cuidar	290	11	2,66	,931
2. Impacto negativo dos DP no contexto hospitalar	328	3	4,47	,608

1.3.2. Questionário de Percepções dos Pais/Acompanhantes relativamente à intervenção dos Doutores Palhaços (QPPAIDP)

Os procedimentos para a AFE deste instrumento foram os anteriormente mencionados no Ponto 1.1 deste Capítulo, resumidos na Tabela 19, e assumidos para o questionário de percepções dos profissionais da pediatria relativamente à intervenção dos DP.

No presente questionário os itens organizam-se em torno de dois elementos, tendo por base a percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto: (I) da criança/adolescente; (II) de si próprios.

(I) Percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente

Para a primeira etapa – adequação da base de dados à AFE –, foi analisada a matriz de correlações constatando-se que a maioria dos coeficientes de correlação são superiores a 0,30, o que indica que a matriz é fatorável. A apresentação desta matriz é omitida, dada a sua extensão.

Os valores do coeficiente de KMO e do Teste de esfericidade de Bartlett confirmam a fatorabilidade da matriz, conforme se verifica Tabela 34.

Tabela 34. Resultados do coeficiente de KMO e Teste de Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,905
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	1803,051
	Gl	171
	Sig.	,000

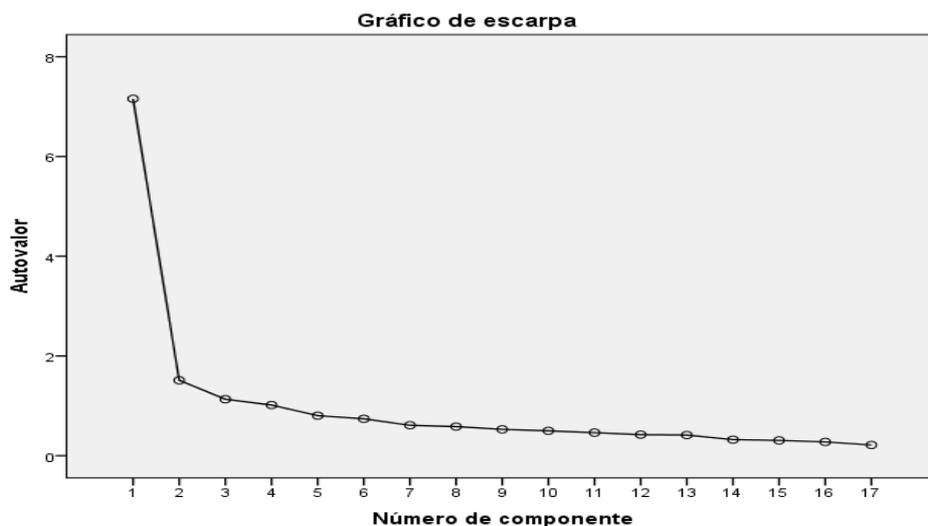
A matriz anti-imagem apresenta valores abaixo da diagonal principal próximos do zero e os valores da diagonal principal são superiores a 0,5, indicando que as variáveis se ajustam à estrutura definida pelas outras variáveis. Esta matriz, dada a sua extensão, não é apresentada.

No que respeita às comunalidades, numa primeira análise, os itens 2. “A criança/adolescente acha a presença dos Doutores Palhaços uma falta de respeito para com a sua situação (,327) e o item 9. “Durante a visita, a criança/adolescente ignora os Doutores Palhaços (Por exemplo: não olha, não pára o que estava a fazer” (,378) violavam o princípio do valor mínimo de 0,5, pelo que foram excluídos, sendo a análise novamente realizada. Os resultados são apresentados na Tabela 35.

Para a segunda etapa da AFE, e uma vez que, pelo teste de Kolmogorov – Smirnov, as variáveis não apresentavam normalidade ao nível de significância 0,05, procedeu-se à estimação dos pesos fatoriais através do método de estimação das componentes principais.

Para a definição do número de fatores a extrair foi considerado o critério de Kaiser e o critério do *scree plot* (Gráfico 4), para além da regra da variância extraída por cada fator (5%), da variância total (mínimo de fatores que expliquem pelo menos 50% da variância total das variáveis originais) e do suporte teórico do estudo.

Gráfico 4. Scree Plot



Pelas análises realizadas, eram possíveis várias soluções, sendo exploradas a solução de dois e três fatores. A solução de dois fatores, com maior suporte conceptual, explica 51% da variância.

A rotação dos fatores foi realizada através do método Oblimin, uma vez que o valor de correlação de componentes ($,602$) demonstra que este método é adequado. Após a rotação foi obtida a matriz de padrão que se apresenta na Tabela 35, tal como a comunalidade ou variância do item explicada (h^2).

O item 6. “A criança/adolescente tem medo dos Doutores Palhaços” não satura em nenhum fator, sendo excluído. Porém, o instrumento de recolha de dados contém uma questão que aborda a situação do medo da criança/adolescente em relação aos palhaços, sendo evidente que esse medo é residual.

Tabela 35. Matriz de padrão e comunalidade

	Componente		h ²
	1	2	
19.Durante ou depois da visita dos DP a criança/adolescente tolera melhor a dor	,901		,684
12.Depois da visita dos DP a criança/adolescente colabora mais com os médicos e enfermeiros (por exemplo: nos exames médicos, observações, tratamentos)	,890		,687
13.Depois da visita dos DP a criança/adolescente dorme melhor	,857		,651
17.Depois da visita dos DP a criança/adolescente colabora mais com as regras e rotinas do hospital	,856		,727
16.Depois da visita dos DP a criança/adolescente come melhor	,829		,665
14.Depois da visita dos DP a criança/adolescente fica mais ativo/a, movimenta-se mais	,758		,610
11.Depois da visita dos DP a criança/adolescente sente-se mais à-vontade no hospital	,727		,511
18.Depois da visita dos DP a criança/adolescente aceita melhor a ideia de voltar ao hospital	,560		,582
15.Durante a visita dos DP a criança/adolescente esquece, por alguns momentos, que está no hospital	,460		,714
5. Depois da visita dos DP, a criança/adolescente relaciona-se mais com outras crianças/adolescentes internados	,416		,600
4. A criança/adolescente brinca com alguns objetos que os DP usaram na sua visita (exemplo: brinquedos)		,742	,610
8.Depois da visita dos DP a criança/adolescente imita algumas das suas brincadeiras		,733	,659
10.Durante a visita dos DP a criança/adolescente não mostra sinais de diversão		,648	,531
1. A criança/adolescente recebe os DP com entusiasmo		,638	,589
3. A criança/adolescente pergunta pelos DP nos dias em que eles não estão		,610	,603
7.Depois da visita dos DP a criança/adolescente fala da visita a outras pessoas		,604	,525
6.A criança/adolescente tem medo dos DP			,870
Valor-próprio	7,16	1,51	
% variância explicada	42,1	8,9	

Analisando a matriz, os itens foram distribuídos pelos dois fatores que emergiram, conforme apresentado no Quadro 7.

Quadro 7. Distribuição dos itens por fator respeitantes à percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente

Item	Fator 1 – Impacto na adaptação à situação clínica e à hospitalização ($\alpha = ,905$)
5	Depois da visita dos DP, a criança/adolescente relaciona-se mais com outras crianças/adolescentes internados
11	Depois da visita dos DP a criança/adolescente sente-se mais à-vontade no hospital
12	Depois da visita dos DP a criança/adolescente colabora mais com os médicos e enfermeiros (por exemplo: nos exames médicos, observações, tratamentos)
13	Depois da visita dos DP a criança/adolescente dorme melhor
14	Depois da visita dos DP a criança/adolescente fica mais ativo/a, movimenta-se mais
15	Durante a visita dos DP a criança/adolescente esquece, por alguns momentos, que está no hospital
16	Depois da visita dos DP a criança/adolescente come melhor
17	Depois da visita dos DP a criança/adolescente colabora mais com as regras e rotinas do hospital
18	Depois da visita dos DP a criança/adolescente aceita melhor a ideia de voltar ao hospital
19	Durante ou depois da visita dos DP a criança/adolescente tolera melhor a dor
Item	Fator 2 – Recetividade e adesão aos DP ($\alpha = ,780$)
1	A criança/adolescente recebe os DP com entusiasmo
3	A criança/adolescente pergunta pelos DP nos dias em que eles não estão
4	A criança/adolescente brinca com alguns objetos que os DP usaram na sua visita (exemplo: brinquedos)
7	Depois da visita dos DP a criança/adolescente fala da visita a outras pessoas
8	Depois da visita dos DP a criança/adolescente imita algumas das suas brincadeiras
10	Durante a visita dos DP a criança/adolescente não mostra sinais de diversão

O primeiro fator, que explica 42,1% da variância, é constituído por dez itens, que se organizam em torno do impacto do DP na adaptação da criança/adolescente à sua situação clínica e à hospitalização. O segundo fator comporta seis itens, centrados na recetividade e adesão da criança/adolescente aos DP, e o que “reverbera” após a visita”, explicando 8,9% da variância.

A análise de consistência interna dos fatores, medida pelo alfa de Cronbach, revelou um valor de muito bom para o fator 1 ($\alpha = ,905$) e razoável ($\alpha = ,780$) para o fator 2. Nas Tabelas 36 e 37 são apresentadas as estatísticas descritivas dos dois fatores mencionados.

Tabela 36. Estatística descritiva do fator 1 respeitante à percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente

Itens	N	Média	DP	Ritc	Alfa se item eliminado
5	228	3,07	1,457	,533	,905
11	228	3,64	1,304	,650	,897
12	228	3,37	1,349	,747	,890
13	228	3,12	1,370	,704	,893
14	228	3,47	1,299	,699	,893
15	228	3,97	1,322	,531	,904
16	228	3,21	1,231	,746	,891
17	228	3,26	1,274	,764	,890
18	228	3,17	1,449	,551	,903
19	228	3,32	1,297	,740	,891

Pela análise da tabela constata-se que não existem itens que, a serem eliminados, aumentem o valor de alfa ($\alpha = ,905$), pelo que são mantidos todos os itens retidos.

Tabela 37. Estatística descritiva do fator 2 respeitante à percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente

Itens	N	Média	DP	Ritc	Alfa se item eliminado
1	242	4,33	,975	,527	,756
3	242	2,94	1,573	,604	,727
4	242	3,19	1,602	,553	,742
7	242	3,72	1,406	,518	,750
8	242	3,26	1,555	,652	,713
10	242	4,28	1,283	,353	,786

Da análise da tabela verifica-se que a eliminação de itens não aumenta o valor de alfa ($\alpha = ,780$), que é razoável. Neste sentido, os itens são todos mantidos.

(II) A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios

Na primeira etapa da AFE, a fatorabilidade da matriz foi verificada quer pela análise da matriz de correlações – constatando-se que a maioria dos coeficientes de correlação são superiores a 0,30, e cuja apresentação se omite dada a sua extensão –, quer pelos valores do coeficiente de KMO e do Teste de esfericidade de Bartlett, apresentados na Tabela 38.

Tabela 38. Resultados do coeficiente de KMO e Teste de Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,924
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	3091,991
	Gl	190
	Sig.	,000

A matriz anti-imagem revela valores abaixo da diagonal principal próximos do zero, enquanto os da diagonal principal são superiores a 0,5, confirmando o ajuste das variáveis à estrutura definida pelas outras variáveis, sendo que esta matriz é omitida em função da sua extensão.

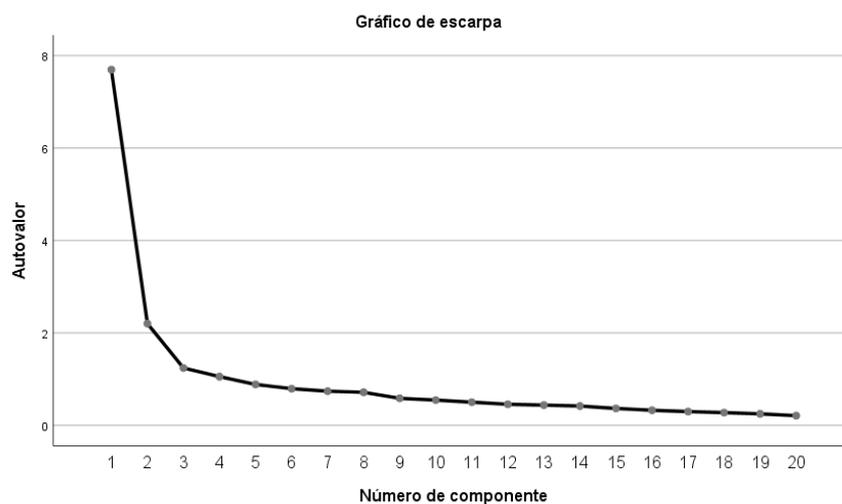
No que respeita às comunalidades, manteve-se o princípio da exclusão dos itens que não apresentavam um valor mínimo de 0,50, mas salvaguardando os itens com valores próximos deste mínimo – se relevantes para o estudo. Numa primeira análise, o item 3. “Sinto-me irritado/a ou desconfortável com

a presença dos Doutores Palhaços” (,476); o item 5. “Quando sei que os Doutores Palhaços estão no hospital vou procurá-los para me ajudarem a lidar com a criança/adolescente (exemplo: nas refeições, exames médicos, etc.)” (,493); e o item 10. “Não me divirto com a visita dos Doutores Palhaços” (,497), violavam ligeiramente aquele princípio, mas, dado os seus valores e relevância da informação por estes retida, foram mantidos. Os resultados são apresentados na Tabela 39.

No que concerne à segunda etapa da AFE, procedeu-se à estimação dos pesos fatoriais através do método ACP, uma vez que as variáveis não apresentavam normalidade ao nível de significância 0,05, sendo este método adequado ao tipo de estudo realizado.

O número de fatores a extrair foi definido pelo critério de Kaiser, pelo *scree plot* (Gráfico 5), pela regra da variância extraída por cada fator (5%) e pela variância total (fatores que expliquem pelo menos 50% da variância total das variáveis originais), considerando-se ainda o suporte teórico do estudo.

Gráfico 5. Scree Plot



As análises realizadas indicam mais do que uma solução possível, sendo exploradas as soluções de dois e três fatores, sendo que a segunda opção, de três fatores, tem maior suporte conceptual e explica 55,697% da variância.

A rotação de fatores foi realizada pelo método Varimax, sendo a matriz de componente rotativa apresentada na Tabela 39, na qual se exhibe também a comunalidade ou variância do item explicada (h^2). O método selecionado teve por base o facto dos valores da matriz de correlações de componentes da rotação Oblimin serem baixos, demonstrando que este método não é adequado.

Tabela 39. Matriz de componente rotativa e comunalidade

	Componente			h ²
	1	2	3	
1.Depois da visita dos DP tendo a conversar mais com a criança/adolescente	,714			,576
2.Recebo os DP com entusiasmo		,549		,643
3.Sinto-me irritado/a ou desconfortável com a presença dos DP		,646		,476
4.Aguardo com expectativa a visita dos DP	,422		,453	,566
5.Quando sei que os DP estão no hospital vou procurá-los para me ajudarem a lidar com a criança/adolescente (exemplo: nas refeições, exames médicos, etc.)			,579	,493
6.Durante a visita dos DP sinto-me feliz por ver a criança/adolescente feliz		,476	,488	,569
7.Gostaria que os DP visitassem a criança/adolescente mais vezes		,531	,581	,646
8.Participo nas brincadeiras dos DP durante as suas visitas			,646	,515
9.Imito algumas das brincadeiras dos DP junto da criança/adolescente já depois da sua visita			,723	,603
10.Não me divirto com a visita dos DP		,577		,497
11.Brinco mais com a criança/adolescente depois da visita dos DP	,693			,630
12.Durante a visita dos DP esqueço, por momentos, que estou num hospital	,503			,564
13.Acho que os DP são uma parte importante da equipa de cuidados à criança/adolescente		,571		,535
14.Sinto-me mais calmo/a depois da visita dos DP	,738			,687
15.Sinto-me mais à-vontade/descontraído/a para falar com os médicos e enfermeiros depois da visita dos DP	,804			,698
16.Sinto-me mais otimista em relação à recuperação da criança/adolescente depois da visita dos DP	,782			,685
17.Considero que o hospital não é lugar para palhaços		,571		,575
18.Depois da visita dos DP participo mais ativamente nos cuidados da criança/adolescente (por exemplo: procuro mais informação, estou mais disponível para ajudar nos seus cuidados diários, coopero mais com os profissionais)	,808			,744
19.Depois da visita dos DP consigo comunicar melhor com outros pais e acompanhantes	,827			,756
20.Depois da visita dos DP sinto-me mais à-vontade/"confortável" no hospital	,826			,734
Valor-próprio	7,70	2,20	1,24	
% variância explicada	38,5	11,0	6,2	

Analisando a matriz, e apesar dos itens 4. “Aguardo com expectativa a visita dos Doutores Palhaços”, 6. “Durante a visita dos Doutores Palhaços sinto-me feliz por ver a criança/adolescente feliz” e 7. “Gostaria que os Doutores Palhaços visitassem a criança/adolescente mais vezes” saturarem em dois fatores e não cumprirem a diferença de 0,1 entre os fatores, conforme indicam Neiva, Abbad e Tróccoli (2008), a verdade é que não suscitam dúvidas relativamente ao fator no qual se enquadram sob o ponto de vista teórico. Assim, na interpretação e nomeação dos fatores não foi tido em conta apenas o critério estatístico, mas também a relevância da informação e o critério teórico, conforme defendem B.F.

Damásio (2012), Kline (2011) e Neiva e colaboradores (2008). Os itens foram distribuídos pelos três fatores que emergiram, conforme apresentado no Quadro 8.

Quadro 8. Distribuição dos itens por fator respeitantes à percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios

Item	Fator 1 – Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização ($\alpha = ,919$)
1	Depois da visita dos DP tendo a conversar mais com a criança/adolescente
11	Brinco mais com a criança/adolescente depois da visita dos DP
12	Durante a visita dos DP esqueço, por momentos, que estou num hospital
14	Sinto-me mais calmo/a depois da visita dos DP
15	Sinto-me mais à-vontade/descontraído/a para falar com os médicos e enfermeiros depois da visita dos DP
16	Sinto-me mais otimista em relação à recuperação da criança/adolescente depois da visita dos DP
18	Depois da visita dos DP participo mais ativamente nos cuidados da criança/adolescente (por exemplo: procuro mais informação, estou mais disponível para ajudar nos seus cuidados diários, coopero mais com os profissionais)
19	Depois da visita dos DP consigo comunicar melhor com outros pais e acompanhantes
20	Depois da visita dos DP sinto-me mais à-vontade/"confortável" no hospital
Item	Fator 2 –Recetividade e aceitação do DP ($\alpha = ,642$)
2	Recebo os DP com entusiasmo
3	Sinto-me irritado/a ou desconfortável com a presença dos DP
10	Não me divirto com a visita dos DP
13	Acho que os DP são uma parte importante da equipa de cuidados à criança/adolescente
17	Considero que o hospital não é lugar para palhaços
Item	Fator 3 – Valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência hospitalar ($\alpha = ,750$)
4	Aguardo com expectativa a visita dos DP
5	Quando sei que os DP estão no hospital vou procurá-los para me ajudarem a lidar com a criança/adolescente (exemplo: nas refeições, exames médicos, etc.)
6	Durante a visita dos DP sinto-me feliz por ver a criança/adolescente feliz
7	Gostaria que os DP visitassem a criança/adolescente mais vezes
8	Participo nas brincadeiras dos DP durante as suas visitas
9	Imito algumas das brincadeiras dos DP junto da criança/adolescente já depois da sua visita

O primeiro fator é composto por nove itens, que traduzem o impacto do DP na adaptação e enfrentamento destes conviventes significativos à hospitalização e à situação clínica da criança/adolescente, e explica 38,5% da variância. O segundo fator, que explica 11,0% da variância, é constituído por cinco itens que reportam à recetividade e aceitação do DP. O terceiro fator explica 6,2% da variância e comporta seis itens, fundamentalmente associados à valorização e recurso ao trabalho dos DP como forma de promover a qualidade da vivência hospitalar.

A análise da consistência interna, medida através do alfa de Cronbach, revela um valor muito bom para o fator 1 ($\alpha = ,919$), razoável para o fator 3 ($\alpha = ,750$) e fraca para o fator 2 ($\alpha = ,642$). No que concerne ao fator 2, este valor insere-se no anteriormente mencionado e defendido por Kline (2011) quando se tomam em consideração constructos psicológicos, sendo expectável obter valores abaixo de 0,70 na análise de consistência interna, o que não coloca em causa a confiabilidade do questionário, tanto mais que as cargas fatoriais são adequadas.

Nas Tabelas 40, 41 e 42 são apresentadas as estatísticas descritivas dos três fatores.

Tabela 40. Estatística descritiva do fator 1 respeitante à percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de sobre si próprios

Itens	N	Média	DP	Ritc	Alfa se item eliminado
1	335	3,61	1,346	,680	,912
11	335	3,25	1,455	,709	,910
12	335	3,97	1,293	,460	,925
14	335	3,87	1,154	,725	,909
15	335	3,37	1,304	,757	,907
16	335	3,52	1,410	,771	,906
18	335	3,04	1,434	,775	,905
19	335	3,24	1,398	,776	,905
20	335	3,63	1,306	,771	,906

Como se observa na tabela, o valor de alfa poderia aumentar ligeiramente ($\alpha = ,925$) se o item 12 fosse eliminado. Contudo, dado o valor muito bom da consistência interna para este fator ($\alpha = ,919$), e ponderada a relevância do item, optou-se pela manutenção de todos os itens retidos.

Tabela 41. Estatística descritiva do fator 2 respeitante à percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios

Itens	N	Média	DP	Ritc	Alfa se item eliminado
2	365	4,59	,741	,425	,574
3	365	4,78	,739	,409	,583
10	365	4,69	,893	,383	,608
13	365	4,75	,590	,451	,571
17	365	4,87	,544	,355	,611

De acordo com a tabela, a eliminação de qualquer dos itens que constituem o fator não aumenta o valor de alfa, pelo que se mantêm todos os itens retidos.

Tabela 42. Estatística descritiva do fator 3 respeitante à percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios

Itens	N	Média	DP	Ritc	Alfa se item eliminado
4	340	4,04	1,123	,557	,696
5	340	2,67	1,498	,401	,751
6	340	4,54	,877	,533	,711
7	340	4,57	,770	,587	,707
8	340	4,04	1,173	,484	,715
9	340	3,52	1,478	,527	,707

Analisando a tabela constata-se que não existem itens que, se eliminados, aumentem o valor de alfa, sendo os itens retidos mantidos⁵⁶.

* No presente caso a eliminação do item 5 faria com que o valor de alfa fosse similar e, nesse sentido, não alteraria substancialmente os resultados.

No Quadro 9 procede-se à apresentação dos fatores que emergiram das percepções dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos DP no contexto pediátrico.

Quadro 9. Resumo das características métricas do QPPAIDP

A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente				
Fator	N	Nº itens	Média	Alfa de Cronbach
1. Impacto na adaptação à situação clínica e hospitalização	228	10	3,36	,905
2. Recetividade e adesão aos DP	242	6	3,62	,780
A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios				
Fator	N	Nº itens	Média	Alfa de Cronbach
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	335	9	3,50	,919
2. Recetividade e aceitação dos DP	365	5	4,74	,642
3. Valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência da hospitalar	340	6	3,90	,750

Síntese e considerações gerais

Considerando que, a nível nacional e internacional, conforme referido, não existem modelos teóricos e de investigação sustentada acerca da efetividade e especificidade da intervenção dos PH, e não obstante os contributos dados pelos estudos desenvolvidos ao abrigo do projeto de investigação “Rir é o melhor remédio?”; e a inexistência de instrumentos validados para a população portuguesa em torno das percepções dos conviventes significativos e profissionais da pediatria quanto ao trabalho dos PH; o presente estudo permitiu, de alguma forma, ajudar a preencher esta lacuna.

As versões iniciais e finais são apresentadas no Quadro 10.

Quadro 10. Resumo das versões iniciais e finais dos QPPIDP e QPPAIDP

QPPIDP		QPPAIDP	
Nº itens iniciais	Nº itens finais	Nº itens iniciais	Nº itens finais
42	36	39	36
A percepção dos profissionais relativamente à intervenção dos DP junto da criança/adolescente		A percepção dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos DP junto da criança/adolescente	
Nº itens iniciais	Nº itens finais	Nº itens iniciais	Nº itens finais
16	14		
A percepção dos profissionais relativamente à intervenção dos DP junto dos conviventes significativos		19	16
Nº itens iniciais	Nº itens finais		
11	8	A percepção dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos DP junto de si próprios	
A percepção dos profissionais relativamente à intervenção dos DP junto de si próprios		Nº itens iniciais	Nº itens finais
15	14	20	20

Concluída a avaliação das características métricas dos instrumentos QPPPIDP e QPPAIDP, que constituía um desafio e um objetivo central desta tese, constata-se, respondendo à **Questão 1**: Quais as características métricas do QPPPIDP e do QPPAIDP?, que estes instrumentos apresentam bons resultados de confiabilidade, dado que levam em consideração constructos psicológicos, e que os conteúdos que os itens encerram permitem aferir os efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente, dos conviventes significativos e dos profissionais de saúde.

O QPPPIDP e o QPPAIDP, na sua versão final após AFE, ficaram constituídos por 36 itens cada um.

2. PERCEÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA PEDIATRIA E DOS CONVIVENTES SIGNIFICATIVOS RELATIVAMENTE À INTERVENÇÃO DOS DP – ANÁLISE DOS DADOS

Uma vez validadas as características psicométricas dos dois instrumentos em que se fundamentou a componente empírica da presente tese, procede-se, nesta etapa do trabalho, à apresentação e análise das perceções de dois atores chave destes processos - os profissionais – de pediatria e os conviventes significativos – relativamente aos efeitos e impacto da arte clown neste contexto.

Para o efeito procedeu-se à análise descritiva e inferencial, procurando dar resposta às questões orientadoras deste estudo. Considerando que se verificou a inexistência de distribuição normal das variáveis em estudo, recorreu-se a medidas estatísticas não paramétricas. Os resultados do estudo são apresentados em tabelas, organizados em função de cada instrumento de recolha de dados, aferindo os olhares dos atores chave que nele participaram.

2.1. Perceções dos Profissionais da Pediatria

Para efetuar a análise estatística, recorreu-se ao IBM SPSS Statistics - versão 24. A análise inferencial foi realizada através de técnicas não-paramétricas, recorrendo aos testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman⁵⁷.

Os resultados são apresentados a partir das questões de investigação e dos fatores obtidos através da análise fatorial.

⁵⁷ Pestana e Gageiro (2014), referindo Cohen (1988), defendem que, em ciências comportamentais e ao contrário das ciências exatas, o coeficiente de correlação entre 0,3 e 0,5 pode ser considerado elevado, face à “pequena variação previsível de uma variável em função da outra” (p. 347).

Questão 2: Quais as percepções dos profissionais da pediatria relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivências da criança/adolescente hospitalizada, dos conviventes significativos e no seu próprio quotidiano profissional?

Para responder a esta questão efetuou-se a estatística descritiva (média e desvio padrão) dos fatores que compõem as percepções dos profissionais da pediatria relativamente à intervenção dos DP, apresentada na Tabela 43.

Tabela 43. Estatística descritiva dos fatores da percepção dos profissionais da pediatria relativamente à intervenção dos DP

A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente		
Fator	Média	Dp
1. Impacto na vivência e adaptação ao ambiente hospitalar	3,85	,61
2. Impacto negativo dos DP na criança/adolescente*	3,94	,73
3. Impacto na adaptação e vivência da situação clínica	3,20	,64
A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto dos conviventes significativos		
Fator	Média	Dp
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	2,98	,73
2. Impacto na vivência do ambiente hospitalar	3,94	,60
A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios		
Fator	Média	Dp
1. Impacto nas atitudes e comportamentos no cuidar	2,66	,82
2. Impacto negativo dos DP no contexto hospitalar*	4,47	,53

*itens invertidos

Conforme se verifica na tabela supra apresentada, os profissionais da pediatria percecionam efeitos positivos da intervenção dos DP relativamente à vivência do ambiente hospitalar. Com efeito, é na vivência e adaptação ao ambiente hospitalar da criança/adolescente ($3,85 \pm ,61$) que tendem a concordar mais com o impacto positivo dos DP, assim como na vivência do ambiente hospitalar dos conviventes significativos ($3,94 \pm ,60$). Por outro lado, no que concerne ao impacto negativo dos DP, os profissionais são tendencialmente discordantes quer no que se refere às crianças/adolescentes ($3,94 \pm ,73$), quer relativamente ao contexto hospitalar ($4,47 \pm ,53$).

Em sentido inverso, não são evidentes os efeitos da intervenção dos DP na adaptação e vivência da situação clínica da criança/adolescente ($3,20 \pm ,64$), na adaptação e enfrentamento da hospitalização pelos conviventes significativos ($2,98 \pm ,73$), nem nas atitudes e comportamentos no cuidar dos profissionais ($2,66 \pm ,82$).

Procedeu-se também à estatística descritiva e inferencial dos itens que remetem para uma perspetiva negativa sobre a intervenção do DP, a saber: 18. “As crianças/adolescentes mostram medo e não conseguem interagir com os DP (por exemplo: choram, fogem, não deixam entrar no quarto)” e 25. As

crianças/adolescentes rejeitam a presença dos DP (exemplo: choram, não os deixam entrar no quarto, não olham)” da percepção dos efeitos dos DP junto da criança/adolescente; 5. “Os pais/acompanhantes sentem-se incomodados com a presença dos Doutores Palhaços” da percepção dos efeitos dos DP junto dos conviventes significativos”; 8. “O meu trabalho torna-se mais difícil devido às interferências dos DP (exemplo: confusão, ruído, distração, alteração de rotinas...)”, 13. A presença dos Doutores Palhaços aumenta os riscos de propagação de doenças” e 32. “Julgo que o hospital não é um lugar para palhaços” da percepção dos efeitos dos DP junto de si próprios. Os resultados desta análise, por área profissional, são apresentados na Tabela 44.

Tabela 44. Valores da média, desvio-padrão e teste de Kruskal Wallis relativamente às afirmações de perspetiva negativa sobre a intervenção dos DP, segundo a área profissional

	A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente		A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto dos conviventes significativos	A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios		
	As crianças/adolescentes mostram medo e não conseguem interagir com os DP	As crianças/adolescentes rejeitam a presença dos DP	Os pais/acompanhantes sentem-se incomodados com a presença dos DP	O meu trabalho torna-se mais difícil devido às interferências dos DP	A presença dos DP aumenta os riscos de propagação de doenças.	Julgo que o hospital não é um lugar para palhaços
Médico	2,40±,68	2,30±,66	1,75±,79	1,90±1,07	1,95±,89	1,45±,61
Posto Médio	191,14	186,95	171,45	174,78	178,67	196,28
Enfermeiro	2,09±,82	1,95±,74	1,74±,79	1,56±,71	1,77±80	1,14±,41
Posto Médio	158,64	157,62	163,00	163,56	165,37	160,04
Auxiliar saúde	2,15±1,06	2,07±,87	1,74±1,06	1,89±1,19	1,89±,85	1,56±1,01
Posto Médio	155,97	166,18	150,35	179,29	175,16	190,16
Docente	2,41±1,28	2,06±,83	1,71±,77	1,59±,80	1,47±,51	1,12±,33
Posto Médio	175,09	171,79	165,00	162,97	134,12	158,00
Outro	2,50±,58	2,50±,58	2,00±,82	1,75±,96	1,75±,96	1,50±,58
Posto Médio	210,25	225,25	202,63	181,25	161,38	219,75
H.Kruskal-Wallis	4,506	4,971	1,740	1,347	3,063	16,174
Gl	4	4	4	4	4	4
p-value	,342	290	,783	853	,547	,003*

Como se pode observar através desta tabela, os profissionais da pediatria, independentemente da área profissional, não percecionam efeitos negativos dos DP em nenhum dos elementos estudados. No que concerne a diferenças de percepção destes efeitos, estas apenas são estatisticamente altamente

significativas ($p=,003$) para a afirmação “Julgo que o hospital não é um lugar para palhaços” da percepção dos efeitos dos DP junto de si próprios, sendo os participantes do grupo dos docentes e dos enfermeiros os mais discordantes, em contraposição ao grupo dos auxiliares de saúde que são os menos discordantes.

Questão 3: Terá o perfil sócio-demográfico e profissional (*e.g.*, idade, área profissional, tempo de serviço) dos profissionais da pediatria influência sobre a sua percepção relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivências da criança/adolescente hospitalizada, dos conviventes significativos e no seu próprio quotidiano profissional?

Para responder a esta questão, foram consideradas as variáveis individuais dos profissionais da pediatria, no intuito de aferir se existem diferenças entre a idade, a área profissional e o tempo de serviço relativamente aos fatores obtidos. As variáveis idade e tempo de serviço foram recodificadas em intervalos de classe, como se apresenta nas respetivas tabelas.

Na Tabela 45 são apresentados os resultados relacionados com a idade, considerada em classes etárias.

Tabela 45. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos profissionais da pediatria, segundo a classe etária

A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente							
Fator	21-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	61-70 anos	rho	p-value
1. Impacto dos DP na vivência e adaptação ao ambiente hospitalar	3,85±,61	3,80±,62	3,88±,53	3,95±,60	3,21±,91	,035	,563
2. Impacto negativo dos DP na criança/adolescente	4,03±,70	3,94±,74	3,83±,67	4,02±,70	3,50±,71	-,107	,058
3. Impacto na adaptação e vivência da situação clínica	3,12±,57	3,12±,67	3,35±,49	3,41±,67	3,20±,57	,166	,005*
A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto dos conviventes significativos							
Fator	21-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	61-70 anos	rho	p-value
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	2,87±,68	2,91±,72	3,09±,59	3,28±,67	3,00±1,06	,198	,001*
2. Impacto dos DP na vivência do ambiente hospitalar	3,92±,59	3,90±,60	3,98±,59	4,05±,51	3,88±,53	,056	,333
A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios							
Fator	21-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	61-70 anos	rho	p-value
1. Impacto nas atitudes e comportamentos no cuidar	2,64±,77	2,63±,86	2,70±,72	2,92±,73	2,46±,13	,044	,463
2. Impacto negativo dos DP no contexto hospitalar	4,46±,53	4,50±,52	4,41±,51	4,47±,56	4,33±,47	-,043	,447

De acordo com os dados da tabela supra apresentada, no que respeita à variável idade, existem diferenças estatísticas altamente significativas para o fator 3 “Impacto na adaptação e vivência da situação clínica” ($\rho=,166$; $p=0,050$) da percepção dos efeitos dos DP junto da criança/adolescente e para o fator 1 “Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização” ($\rho=,198$; $p=,001$) da percepção dos efeitos dos DP junto dos conviventes significativos. Estes resultados traduzem uma correlação positiva, embora muito fraca, entre o nível de concordância dos profissionais da pediatria e a classe etária.

Relativamente à área profissional, os resultados constam da Tabela 46, sendo esta variável recodificada – profissionais com menos de 5 elementos integraram o grupo “outro” –, conforme se apresenta.

Tabela 46. Valores da média, desvio-padrão e teste de Kruskal Wallis relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos profissionais da pediatria, segundo a área profissional

	A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente			A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto dos conviventes significativos		A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios	
	1.Impacto dos DP na vivência e adaptação ao ambiente hospitalar	2.Impacto negativo dos DP na criança/adolescente	3.Impacto na vivência e adaptação à situação clínica	1.Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	2.Impacto dos DP na vivência do ambiente hospitalar	1.Impacto nas atitudes e comportamentos no cuidar	2.Impacto negativo dos DP no contexto hospitalar
Médico	3,59±,66	3,76±,65	2,97±,89	2,90±,72	3,83±,55	2,33±,81	4,28±,76
Posto Médio	123,86	122,95	127,13	152,64	148,93	126,62	145,78
Enfermeiro	3,86±,57	3,98±,70	3,20±,62	2,98±,71	3,94±,58	2,66±,82	4,49±,50
Posto Médio	146,27	166,57	143,33	148,15	154,39	143,49	168,09
Auxiliar saúde	3,70±,66	3,92±,75	3,09±,51	2,82±,51	3,88±,65	2,72±,66	4,20±,61
Posto Médio	161,73	155,20	155,30	165,94	175,70	163,30	135,17
Docente	3,89±,52	3,75±1,05	3,25±,55	3,19±,64	4,02±,57	2,93±,73	4,60±,48
Posto Médio	142,47	150,47	151,25	168,35	156,47	166,97	188,71
Outro	3,90±,95	3,67±,58	3,33±,12	2,83±,76	4,17±1,04	2,85±,76	4,56±,77
Posto Médio	131,25	102,25	168,17	142,13	155,75	179,13	153,00
H.Kruskal-Wallis	2,468	6,828	1,658	1,734	1,531	3,860	5,513
Gl	4	4	4	4	4	4	4
p-value	,650	,145	,798	,784	,821	,425	,239

Conforme se constata na tabela, não existem diferenças estatisticamente significativas nas percepções dos profissionais da pediatria relativamente à intervenção dos DP, considerando a sua área profissional. Neste sentido, entende-se que esta variável não influencia a perspetiva destes participantes no que respeita aos fatores relacionados com os três elementos deste instrumento de colheita de dados.

No que concerne aos resultados relacionados com o tempo de serviço no atual serviço, estes são apresentados na Tabela 47.

Tabela 47. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos profissionais da pediatria, segundo tempo no atual serviço

A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente									
Fator	0-5 anos	6-10 anos	11-15 anos	16-20 anos	21-25 anos	26-30 anos	31-35 anos	rho	p-value
1. Impacto dos DP na vivência e adaptação ao ambiente hospitalar	3,82±,59	3,83±,66	3,85±,54	3,97±,60	3,79±,48	3,86±,78	3,38±,08	,001	,985
2. Impacto negativo dos DP na criança/adolescente	4,04±,71	3,90±,72	3,88±,73	3,85±,83	3,90±,61	3,80±,84	3,17±,29	-,132	,018*
3. Impacto na adaptação e vivência da situação clínica	3,23±,59	3,08±,73	3,10±,51	3,40±,66	3,14±,57	3,36±,38	3,13±,46	-,030	,615
A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto dos conviventes significativos									
Fator	0-5 anos	6-10 anos	11-15 anos	16-20 anos	21-25 anos	26-30 anos	31-35 anos	rho	p-value
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	3,08±,68	2,76±,72	2,96±,56	3,20±,76	3,05±,76	2,95±,72	2,83±,38	-,026	,654
2. Impacto dos DP na vivência do ambiente hospitalar	3,96±,56	3,88±,63	3,87±,56	4,12±,57	3,90±,49	3,95±,76	3,67±,14	-,055	,330
A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios									
Fator	0-5 anos	6-10 anos	11-15 anos	16-20 anos	21-25 anos	26-30 anos	31-35 anos	rho	p-value
1. Impacto nas atitudes e comportamentos no cuidar	2,76±,75	2,57±,92	2,60±,67	2,64±,92	2,69±,92	2,78±,42	2,48±,28	-,089	,133
2. Impacto negativo dos DP no contexto hospitalar	4,46±,53	4,47±,57	4,50±,44	4,42±,68	4,50±,28	4,40±,49	4,11±,51	-,072	,195

Pela análise da tabela verifica-se que, de uma forma geral, o tempo de exercício no atual serviço não exerce influência sobre os fatores obtidos através da análise fatorial, como se depreende da inexistência de diferenças estatisticamente significativas. Exceto para o fator 2 “Impacto negativo dos DP na criança/adolescente” (rho= -132; p= ,018) da percepção dos profissionais relativamente aos efeitos dos DP junto da criança/adolescente, no qual os participantes com menor tempo no atual serviço tendem a discordar mais do efeito negativo da intervenção dos DP, embora a correlação seja muito fraca.

No que respeita ao tempo de serviço na área da saúde, os resultados são apresentados na Tabela 48.

Tabela 48. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos profissionais da pediatria, segundo tempo de serviço na saúde

A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente										
Fator	1-5 anos	6-10 anos	11-15 anos	16-20 anos	21-25 anos	26-30 anos	31-35 anos	36-40 anos	rho	p-value
1. Impacto dos DP na vivência e adaptação ao ambiente hospitalar	3,79±,54	3,83±,66	3,82±,62	3,86±,54	3,91±,58	3,92±,56	3,73±,70	3,81±,52	,015	,806
2. Impacto negativo dos DP na criança/adolescente	4,18±,58	3,96±,74	3,77±,76	3,90±,72	4,08±,55	3,79±,79	4,11±,93	3,83±,68	-,110	,050*
3. Impacto na adaptação e vivência da situação clínica	3,20±,51	3,12±,73	3,13±,55	3,28±,57	3,26±,69	3,36±,70	3,00±,73	3,30±,45	,063	,293
A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto dos conviventes significativos										
Fator	1-5 anos	6-10 anos	11-15 anos	16-20 anos	21-25 anos	26-30 anos	31-35 anos	36-40 anos	rho	p-value
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	3,07±,63	2,82±,72	2,92±,66	3,09±,81	3,04±,63	3,25±,68	2,92±,68	3,38±,47	,111	,056
2. Impacto dos DP na vivência do ambiente hospitalar	3,93±,53	3,90±,61	3,88±,63	3,98±,54	4,03±,59	4,06±,50	3,83±,63	4,08±,38	,004	,941
A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios										
Fator	1-5 anos	6-10 anos	11-15 anos	16-20 anos	21-25 anos	26-30 anos	31-35 anos	36-40 anos	rho	p-value
1. Impacto nas atitudes e comportamentos no cuidar	2,88±,70	2,57±,88	2,61±,75	2,72±,87	2,50±,66	2,73±,89	2,61±,84	3,02±,57	-,043	,467
2. Impacto negativo dos DP no contexto hospitalar	4,46±,54	4,50±,57	4,44±,48	4,49±,48	4,52±,40	4,41±,67	4,15±,78	4,39±,33	-,109	,049*

Conforme se constata pela análise da tabela, a variável tempo de serviço na área da saúde não diferencia os resultados com nível de significância estatística na maior parte dos fatores obtidos no instrumento de colheita de dados. Essa diferença só tem expressão para os fatores 2 “Impacto negativo dos DP na criança/adolescente” ($\rho = -,110$; $p = ,050$) da percepção dos efeitos dos DP junto da criança/adolescente; e 2 “Impacto negativo dos DP no contexto hospitalar” ($\rho = -,109$; $p = ,049$) da percepção dos efeitos dos DP junto de si próprios. Em ambos os casos, os participantes com menor experiência profissional nesta área tendem a discordar mais do efeito negativo da intervenção dos DP, embora as correlações sejam muito fracas.

Questão 4: Terão o tempo e a frequência do convívio dos profissionais da pediatria com os DP influência sobre a sua percepção relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivência hospitalar das crianças/adolescentes, dos conviventes significativos e no seu próprio quotidiano profissional?

Para responder a esta questão foram consideradas as variáveis relacionadas com o tempo e frequência de contacto do profissional da pediatria com os DP, recorrendo a testes não-paramétricos, conforme anteriormente indicado, no sentido de perceber se existem diferenças entre o tempo e frequência de convívio que influenciem as percepções dos profissionais relativamente à intervenção dos DP.

Os dados relacionados com o tempo de convívio com os DP são apresentados na Tabela 49.

Tabela 49. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos profissionais da pediatria, segundo tempo convívio com os DP

A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente							
Fator	< 1 ano	1-2 anos	2-3 anos	3-4 anos	5 ou mais	rho	p-value
1. Impacto dos DP na vivência e adaptação ao ambiente hospitalar	3,43±,61	4,04±,47	3,76±,63	3,84±,64	3,84±,58	-,016	,792
2. Impacto negativo dos DP na criança/adolescente	4,50±,71	4,44±,61	4,31±,75	4,09±,71	3,83±,71	-,227	,000*
3. Impacto na adaptação e vivência da situação clínica	2,60±,28	3,55±,48	3,23±,71	3,08±,56	3,19±,63	-,095	,112
A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto dos conviventes significativos							
Fator	< 1 ano	1-2 anos	2-3 anos	3-4 anos	5 ou mais	rho	p-value
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	2,50±,35	3,31±,60	3,19±,78	2,91±,61	2,95±,69	-,063	,279
2. Impacto dos DP na vivência do ambiente hospitalar	3,50±1,06	4,10±,45	3,86±,70	3,94±,62	3,94±,56	-,032	,574
A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios							
Fator	< 1 ano	1-2 anos	2-3 anos	3-4 anos	5 ou mais	rho	p-value
1. Impacto nas atitudes e comportamentos no cuidar	2,23±,32	2,71±,97	2,78±,84	2,73±,67	2,65±,82	-,057	,335
2. Impacto negativo dos DP no contexto hospitalar	4,33±,94	4,55±,44	4,42±,79	4,40±,51	4,48±,52	,003	,953

Analisando a tabela, verifica-se que o tempo de convívio com os DP não influencia, de um modo geral, a percepção dos profissionais da pediatria no que concerne à intervenção daqueles PH. Apenas no fator “Impacto negativo dos DP na criança/adolescente” ($\rho = -,227$; $p = ,000$) da percepção dos efeitos dos DP junto da criança/adolescente” se observa uma evidência muito altamente significativa, apesar da correlação ser fraca. E são os participantes com menor tempo de convívio com os DP os que mais discordam do seu efeito negativo.

Na Tabela 50 são apresentados os resultados relacionados com a frequência de contacto com os DP.

Tabela 50. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos profissionais da pediatria, segundo a frequência de contacto com os DP

A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente						
Fator	1x/ semana	1 x cada 15 dias	1 x/ mês	< 1x/ mês	rho	p-value
1. Impacto dos DP na vivência e adaptação ao ambiente hospitalar	3,92±,57	3,93±,55	3,87±,58	3,70±,65	-,110	,075
2. Impacto negativo dos DP na criança/adolescente	3,85±,77	4,14±,62	4,00±,80	3,94±,62	,048	,410
3. Impacto na adaptação e vivência da situação clínica	3,28±,64	3,24±,61	3,16±,51	3,10±,70	-,111	,072
A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto dos conviventes significativos						
Fator	1x/ semana	1 x cada 15 dias	1 x/ mês	< 1x/ mês	rho	p-value
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	3,12±,68	2,89±,68	2,96±,63	2,84±,83	-,164	,006*
2. Impacto dos DP na vivência do ambiente hospitalar	4,02±,58	4,02±,53	3,96±,54	3,82±,61	-,100	,093
A percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios						
Fator	1x/ semana	1 x cada 15 dias	1 x/ mês	< 1x/ mês	rho	p-value
1. Impacto nas atitudes e comportamentos no cuidar	2,76±,82	2,61±,78	2,72±,75	2,56±,87	-,045	,466
2. Impacto negativo dos DP no contexto hospitalar	4,53±,56	4,52±,44	4,42±,46	4,46±,57	-,128	,026*

Pela análise da tabela, constata-se que as percepções dos profissionais da pediatria em relação aos fatores obtidos pela análise fatorial não se diferenciam substancialmente segundo a frequência de contacto com os DP. Efetivamente, existem apenas diferenças, não obstante os valores fracos de correlação, em dois fatores: altamente significativa para o fator 2 “Impacto dos DP na vivência do ambiente hospitalar” (rho= -,164; p=,006), da percepção dos efeitos dos DP junto dos conviventes significativos, sendo que os participantes com maior contacto com os DP tendem a ter posições de maior concordância; e significativa para o fator 2 “Impacto negativo dos DP no contexto hospitalar”, da percepção dos efeitos dos DP junto de si próprios, sendo também os participantes com maior contacto com os DP que assumem posições de maior discordância.

Questão 5: Qual o nível de satisfação dos profissionais da pediatria com a intervenção dos DP, em comparativamente a outras atividades proporcionadas na instituição hospitalar?

Para responder a esta questão foi efetuada estatística descritiva das respostas ao nível de satisfação dos profissionais da pediatria com as atividades no serviço, como se apresenta na Tabela 51.

Tabela 51. Estatística descritiva da satisfação dos profissionais da pediatria com atividades serviço

Satisfação com a atividade no serviço	média±dp	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda	Satisfação até valor 5, inclusive (%)
Histórias (n=164)	7,27±2,13	1	10	8	8	22,6
Grupo coral (n=64)	7,41±2,25	2	10	8	10	26,6
Fantoches (n=51)	6,88±2,43	1	10	7	10	27,5
Visitas de animais (n=15)	7,13±2,50	2	10	8	8	33,3
Grupos religiosos (n=67)	5,87±2,37	1	10	5	5	55,2
Doutores Palhaços da ONV (n=324)	8,93±1,39	3	10	9	10	3,7
Outros palhaços (n=32)	8,25±1,79	2	10	8	8	6,3
Música (n=148)	8,06±1,96	1	10	8	10	12,2
Voluntariado (n=8)	7,75±2,71	3	10	9	10	25,0
Pintura faciais (n=5)	9,60±,89	8	10	10	10	0
Educadoras (n=3)	9±1,00	8	10	9	8,9,10	0
Atividades épocas festivas (n=3)	7,67±2,08	6	10	7	6,7,10	0
Jogos (n=3)	7,67±1,53	6	9	8	6,8,9	0
Make a wish (n=1)	9	-	-	-	-	-
Palhaço individual (n=1)	10	-	-	-	-	-
Dia do Gil (n=1)	10	-	-	-	-	-
Yoga (n=1)	5	-	-	-	-	-
Atividades ligadas à ciência (n=1)	7	-	-	-	-	-

De acordo com os resultados obtidos, constatou-se que o nível de satisfação com as atividades proporcionadas no serviço é elevado, como é possível observar pelo valor da menor média – grupos religiosos (5,87) –, e pelos valores modais, sendo o menor valor de 5. No que respeita aos DP, o nível de satisfação é bastante elevado (média 8,93), sendo a moda 10 e a mediana de 9. Para além do mais, apenas 3,7% dos participantes classifica o seu nível de satisfação com os DP da ONV até 5 pontos, inclusive. O maior nível de satisfação com as atividades do serviço é obtido pela atividade “pinturas faciais” (média 9,60) e pelas “educadoras” (média 9) mas, é de ressaltar que apenas 5 e 3 participantes, respetivamente, avaliaram estas atividades. Assim, os resultados revelam que a intervenção dos DP é, entre as atividades proporcionadas no serviço, uma das que maior satisfação proporciona no contexto da hospitalização pediátrica.

2.2. Perceções dos Conviventes Significativos

Para a análise estatística, como anteriormente mencionado, foi utilizado o IBM SPSS Statistics - versão 24, sendo a análise inferencial levada a cabo através de técnicas não-paramétricas, nomeadamente através dos testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman, de acordo com as

variáveis em estudo. Considerando as questões de partida e os fatores identificados na análise fatorial, apresentam-se os resultados obtidos.

Questão 6: Quais as percepções dos conviventes significativos relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivências da criança/adolescente hospitalizada e em si próprios?

Para responder a esta questão recorreu-se à estatística descritiva (média e desvio padrão) dos fatores que compõem as percepções dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos DP, cujos resultados são apresentados na Tabela 52.

Tabela 52 Estatística descritiva dos fatores da percepção dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos DP

A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente		
Fator	Média	dp
1. Impacto na adaptação à situação clínica e hospitalização	3,36	,98
2. Recetividade e adesão aos DP	3,62	,98
A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios		
Fator	Média	dp
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	3,50	1,01
2. Recetividade e aceitação dos DP	4,74	,45
3. Valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência da hospitalar	3,90	,79

A análise da tabela permite perceber que os conviventes significativos percecionam de forma positiva a intervenção dos DP junto das crianças/adolescentes, nomeadamente no que concerne à sua recetividade e adesão aos palhaços (3,62±,98), bem como na sua própria recetividade e aceitação dos mesmos (4,74±,45). No mesmo sentido, estes participantes concordam que valorizam e recorrem ao DP para melhoria da vivência hospitalar (3,90±,79). Reconhecem ainda o impacto dos DP na sua adaptação e enfrentamento da hospitalização (3,50±1,01), embora este efeito seja menos evidente.

No que concerne ao impacto dos DP na adaptação da criança/adolescente à situação clínica e hospitalização, os conviventes significativos têm uma posição menos afirmativa (3,36±,98).

Para clarificar melhor a posição dos conviventes significativos relativamente a efeitos negativos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente ou de si próprios, foi efetuada a estatística descritiva para as afirmações que remetem para uma perspetiva negativa sobre a intervenção dos DP, nomeadamente: 2. “A criança/adolescente acha a presença dos Doutores Palhaços uma falta de respeito para com a sua situação”, 6, “A criança/adolescente tem medo dos DP”, 9. “Durante a visita, a

criança/adolescente ignora os Doutores Palhaços (Por exemplo: não olha, não pára o que estava a fazer” e 10.” Durante a visita dos DP a criança/adolescente não mostra sinais de diversão” da percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente; 3. “Sinto-me irritado/a ou desconfortável com a presença dos DP”, 10. “Não me divirto com a visita dos DP” e 17. “Considero que o hospital não é lugar para palhaços” da percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios. Os resultados são apresentados na Tabela 53.

Tabela 53. Valores da média e desvio-padrão relativamente às afirmações de perspetiva negativa sobre a intervenção dos DP, segundo os conviventes significativos

Perceção dos conviventes significativos relativamente a efeitos negativos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente	Média	dp
2.A criança/adolescente acha a presença dos DP uma falta de respeito para com a sua situação	1,12	,47
6. A criança/adolescente tem medo dos DP	1,37	,96
9.Durante a visita, a criança/adolescente ignora os DP (Por exemplo: não olha, não pára o que estava a fazer)	1,43	,96
10.Durante a visita dos DP a criança/adolescente não mostra sinais de diversão	1,74	1,29
A percepção dos conviventes significativos relativamente a efeitos negativos da intervenção dos DP junto de si próprios	Média	dp
3. Sinto-me irritado/a ou desconfortável com a presença dos DP	1,22	,74
10. Não me divirto com a visita dos DP	1,34	,92
17. Considero que o hospital não é lugar para palhaços	1,13	,55

No que concerne à percepção dos conviventes significativos, estes participantes revelaram que, de uma forma global, não têm opiniões negativas sobre a intervenção dos DP no contexto pediátrico, posicionando-se claramente em níveis de discordância (média inferior a 2 em todos os itens) com as afirmações relacionadas com esse efeito da arte *clown*.

Questão 7: Terão as características sociodemográficas dos conviventes significativos (*e.g.*, idade, habilitações literárias e área profissional) influência nas suas percepções relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivências da criança/adolescente hospitalizada e em si próprios?

Para responder a esta questão, foram consideradas as variáveis individuais dos conviventes significativos, recorrendo aos testes não-paramétricos supra referidos, no sentido de perceber se existem diferenças entre a idade, o género, as habilitações literárias e a área profissional dos conviventes significativos relativamente aos fatores obtidos. A variável idade foi recodificada em intervalos de classe, como se

apresenta na respetiva tabela. A variável habilitações literárias foi recodificada por níveis de ensino, conforme se pode verificar em anterior tabela.

Na Tabela 54 são apresentados os resultados relacionados com a variável idade, considerada em classes etárias.

Tabela 54. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das perceções dos conviventes significativos, segundo a classe etária

A perceção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente							
Fator	15-25 anos (n=13)	26-35 anos (n=73)	36-45 anos (n=94)	46-55 anos (n=37)	56-65 anos (n=5)	rho	p-value
1. Impacto na adaptação à situação clínica e hospitalização	3,19±1,09	3,49±,99	3,38±1,02	3,11±,92	3,40±,53	-,080	,236
2. Recetividade e adesão aos DP	3,88±1,16	3,71±1,00	3,56±,96	3,47±1,01	3,37±,76	-,133	,041*
A perceção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios							
Fator	15-25 anos (n=24)	26-35 anos (n=120)	36-45 anos (n=126)	46-55 anos (n=47)	56-65 anos (n=6)	rho	p-value
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	3,39±1,09	3,51±1,02	3,55±1,08	3,50±1,02	4,35±,66	,056	,317
2. Recetividade e aceitação dos DP	4,64±,72	4,76±,44	4,74±,46	4,76±,38	4,77±,27	-,046	,387
3. Valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência da hospitalar	3,69±,99	4,03±,71	3,92±,77	3,60±,91	3,89±,70	-,097	,078

Conforme se observa na tabela, a correlação de Spearman – para determinar a relação entre o grupo etário e os fatores extraídos no âmbito da perceção dos conviventes significativos acerca da intervenção dos DP –, apenas apresenta diferenças estatisticamente significativas ($\rho = -,133$; $p = 0,41$) para o fator 2 “Recetividade e adesão aos DP” relativo aos efeitos do DP junto da criança/adolescente. Neste sentido, de uma forma global, a variável idade não diferencia substancialmente as perceções dos conviventes significativos no que respeita à intervenção dos DP.

Relativamente às habilitações literárias, consideradas por níveis de ensino, os resultados são apresentados na Tabela 55.

Tabela 55. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos conviventes significativos, segundo as habilitações literárias

A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente							
Fator	1º ciclo ensino básico (n=18)	2º ciclo ensino básico (n=28)	3º ciclo ensino básico (n=48)	Ensino secundário (n=82)	Ensino superior (n=50)	rho	p-value
1. Impacto na adaptação à situação clínica e hospitalização	3,55±,83	3,83±,99	3,23±,90	3,35±1,05	3,16±,93	-,147	,027*
2. Recetividade e adesão aos DP	3,66±,97	3,82±1,08	3,62±,93	3,65±,99	3,43±,96	-,087	,179
A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios							
Fator	1º ciclo ensino básico (n=29)	2º ciclo ensino básico (n=32)	3º ciclo ensino básico (n=69)	Ensino secundário (n=123)	Ensino superior (n=79)	rho	p-value
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	3,78±1,02	4,20±,75	3,55±,96	3,40±1,10	3,24±1,02	-,223	,000*
2. Recetividade e aceitação dos DP	4,77±,38	4,79±,42	4,78±,47	4,69±,47	4,72±,47	-,085	,105
3. Valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência da hospitalar	3,82±,88	4,10±,73	4,02±,70	3,92±,85	3,70±,73	-,136	,013*

Analisando a tabela, constata-se que as habilitações literárias dos conviventes significativos influenciam a sua percepção relativamente à intervenção dos DP. Efetivamente, existem diferenças estatisticamente significativas para o fator 1 “Impacto na adaptação à situação clínica e hospitalização” (rho= -,147; p= ,027) da percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente; para o fator 3 “Valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência da hospitalar” (rho= -,136; p=,013) da percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios; e altamente significativas para o fator 1 “Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização” (rho= -,223; p= ,000) destes mesmos elementos. Verifica-se, todavia, que as correlações são muito fracas para os dois primeiros fatores referidos e fraca para o terceiro. Os resultados traduzem uma percepção mais positiva acerca do impacto da intervenção dos DP dos conviventes significativos com menores habilitações literárias.

No que respeita à área profissional, os resultados encontram-se expostos na Tabela 56.

Tabela 56. Valores da média, desvio-padrão e teste de Kruskal Wallis relativamente aos fatores extraídos acerca das perceções dos conviventes significativos, segundo a situação/área profissional

A perceção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente					A perceção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios					
Situação/Área Profissional	Fator 1	Posto médio	Fator 2	Posto médio	Fator 1	Posto médio	Fator 2	Posto médio	Fator 3	Posto médio
	Impacto na adaptação à situação clínica e hospitalização		Recetividade e adesão aos DP		Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização		Recetividade e aceitação dos DP		Valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência da hospitalar	
Desempregado/a	3,42±1,01	104,55	3,53±1,21	109,27	3,64±1,04	164,93	4,70±,49	163,51	3,89±,85	155,03
Vendedores	3,47±,92	112,52	3,61±1,05	111,25	3,72±,97	171,72	4,78±,43	175,53	4,20±,74	192,26
Sem atividade profissional	3,54±,81	113,43	3,51±,92	102,43	3,76±1,14	178,25	4,73±,57	179,41	3,81±1,00	152,56
Técnicos de nível intermédio, das áreas financeira, administrativa e dos negócios	3,33±1,15	103,57	3,70±,93	117,43	3,49±1,17	156,13	4,82±,39	181,40	4,07±,95	185,65
Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares	4,06±,60	149,11	4,31±,69	160,43	3,86±,80	180,78	4,71±,41	159,86	4,13±,46	173,28
Professores	2,57±,73	53,00	3,23±,84	83,25	3,00±1,03	111,59	4,84±,24	177,82	3,57±,80	115,13
Trabalhadores dos serviços pessoais	3,00±1,76	96,89	4,09±1,12	146,89	3,42±1,38	155,81	4,85±,45	203,47	3,89±1,03	163,67
Trabalhadores de limpeza	3,55±,63	112,50	3,62±,76	107,50	3,79±,82	174,20	4,87±,27	186,70	4,16±,53	179,47
Especialistas em finanças, contabilidade, organização administrativa, relações públicas e comerciais	3,34±,60	96,32	3,46±,91	99,38	3,29±,95	132,43	4,66±,65	163,32	3,74±,75	130,04
Trabalhadores da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato	3,46±1,25	115,09	3,67±,97	114,33	3,62±1,06	160,36	4,69±,31	134,19	3,94±,65	152,13
Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais	3,33±1,30	105,17	3,67±1,16	113,88	3,19±,99	122,58	4,49±,74	130,31	3,57±,69	109,79
Profissionais de saúde	2,93±1,21	85,00	3,29±1,23	92,93	3,13±,86	116,45	4,73±,43	160,36	3,92±,58	148,25
Trabalhador por conta própria, sem especificação	3,10±1,37	90,60	3,53±1,31	112,50	3,14±1,28	129,50	4,80±,24	163,17	3,44±,71	95,33
Especialistas das ciências físicas, matemáticas, engenharias e técnicas afins	3,23±1,35	96,33	3,61±1,18	114,00	2,87±1,37	108,92	4,65±,45	123,63	3,50±,97	110,50
Operadores de dados, de contabilidade, estatística, de serviços financeiros e relacionados com o registo	3,48±,61	107,60	3,83±,90	123,60	3,50±,97	145,75	4,71±,50	176,14	3,90±,87	156,43
Pessoal dos serviços de proteção e segurança	3,93±1,28	136,50	4,13±,69	141,25	3,47±1,32	155,00	4,83±,32	182,42	4,06±,74	169,67
Pessoal de apoio direto a clientes	3,17±,32	87,33	3,00±,76	70,33	3,13±,51	111,00	4,60±,44	137,00	3,93±,80	156,70
Outros	3,05±,85	81,15	3,36±1,05	97,43	3,37±1,09	140,97	4,70±,44	155,05	3,86±,74	145,63
H de Kruskal-Wallis		20,575		18,436		19,227		14,229		24,313
GI		17		17		17		17		17
p-value		,246		,362		,313		,651		,111

Analisando a tabela, no que tange às percepções destes participantes relativamente à intervenção dos DP, constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes áreas profissionais nos fatores extraídos nos dois elementos estudados – crianças/adolescentes e conviventes significativos, pelo que se pode concluir que esta variável não influencia a sua perspetiva nesta matéria.

Questão 8: A idade, o género e o tempo de internamento da criança/adolescente influenciam a percepção dos conviventes significativos relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivência da criança/adolescente hospitalizada e de si próprios?

Para responder a esta questão foram consideradas as variáveis individuais da criança/adolescente, recorrendo a testes não-paramétricos, conforme anteriormente indicado, no sentido de perceber se existem diferenças entre a idade, o género e o tempo de internamento relativamente aos fatores obtidos. Os dados relacionados com o grupo etário da criança/adolescente são apresentados na Tabela 57.

Tabela 57. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos conviventes significativos, segundo o grupo etário da criança/adolescente

A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente								
Fator	0-3 anos	4-6 anos	7-9 anos	10-12 anos	13-15 anos	16-18 anos	rho	p-value
1. Impacto na adaptação à situação clínica e hospitalização	3,27±,92	3,50±,99	3,44±,97	3,60±1,10	3,08±,97	3,34±,97	-,017	,796
2. Recetividade e adesão aos DP	3,59±,98	3,81±,92	3,69±,94	3,90±,92	3,04±,99	3,70±,92	-,086	,181
A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios								
Fator	0-3 anos	4-6 anos	7-9 anos	10-12 anos	13-15 anos	16-18 anos	rho	p-value
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	3,39±1,07	3,41±1,06	3,70±1,10	3,76±1,07	3,49±,84	3,63±1,07	,091	,095
2. Recetividade e aceitação dos DP	4,76±,43	4,72±,47	4,78±,48	4,71±,53	4,65±,47	4,78±,43	-,017	,750
3. Valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência da hospitalar	3,89±,79	3,94±,77	4,13±,67	4,02±,83	3,71±,67	3,60±1,05	-,045	,413

A análise da tabela permite perceber que a classe etária da criança/adolescente não influencia a percepção dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos DP, conforme se depreende da inexistência de diferenças estatisticamente significativas.

No que respeita ao género da criança/adolescente, os dados estão expostos na Tabela 58.

Tabela 58. Valores da média, desvio-padrão e teste de Mann-Whitney relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos conviventes significativos, segundo o género da criança/adolescente

A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente						
Fator	Feminino	Masculino	Posto Médio		z	p-value
			Feminino	Masculino		
1. Impacto na adaptação à situação clínica e hospitalização	3,40±1,01	3,33±,96	119,23	111,00	-,932	,351
2. Recetividade e adesão aos DP	3,54±,94	3,68±1,00	114,96	126,51	-1,275	,202
A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios						
Fator	Feminino	Masculino	Posto Médio		z	p-value
			Feminino	Masculino		
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	3,50±1,02	3,50±1,00	169,63	166,77	-,268	,789
2. Recetividade e aceitação dos DP	4,73±,49	4,74±,43	185,71	181,02	-,470	,639
3. Valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência da hospitalar	3,94±,83	3,87±,76	178,07	164,80	-1,235	,217

Em relação à percepção dos conviventes significativos acerca da intervenção dos DP, e pela análise da tabela, constata-se que não existe influência do género da criança/adolescente neste âmbito, facto consubstanciado pela inexistência de diferenças estatisticamente significativas.

No que concerne ao tempo de internamento, os dados são apresentados na Tabela 59.

Tabela 59. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos conviventes significativos, segundo o tempo de internamento da criança/adolescente

A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente							
Fator	De 0-3 dias	De 4 dias a 1 semana	Entre 1 e 2 semanas	Entre 2 semanas e 1 mês	Superior a 1 mês	rho	p-value
1. Impacto na adaptação à situação clínica e hospitalização	3,27±1,08	3,32±,95	3,68±,92	3,33±,68	4,23±,54	,099	,138
2. Recetividade e adesão aos DP	3,56±1,00	3,70±,94	3,79±,99	3,21±,84	4,42±,71	,018	,778
A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios							
Fator	De 0-3 dias	De 4 dias a 1 semana	Entre 1 e 2 semanas	Entre 2 semanas e 1 mês	Superior a 1 mês	rho	p-value
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	3,54±1,05	3,41±1,09	3,61±1,03	3,45±,98	3,73±1,06	,003	,962
2. Recetividade e aceitação dos DP	4,73±,47	4,73±,46	4,83±,34	4,64±,59	4,79±,36	,023	,658
3. Valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência da hospitalar	3,86±,86	3,99±,73	3,84±,71	3,82±,74	4,05±,87	-,002	,974

A análise da tabela revela que não existem diferenças estatisticamente significativas no que tange à percepção dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos DP relacionada com o tempo de internamento da criança/adolescente, o que permite afirmar que esta variável não influencia a posição destes participantes nesta matéria.

Questão 9: O número de visitas dos DP no atual internamento influencia a percepção dos conviventes significativos relativamente à intervenção daqueles PH e efeitos no quotidiano e vivência da criança/adolescente internada e em si próprios?

Para responder a esta questão, foram consideradas as variáveis: número de visitas dos DP e presença dos conviventes significativos nessas visitas, recorrendo a testes não-paramétricos, conforme anteriormente indicado, no sentido de perceber se existem diferenças significativas neste âmbito.

Na Tabela 60 são apresentados os dados relativos ao número de visitas no atual internamento.

Tabela 60. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos conviventes significativos, segundo o número de visitas no atual internamento

A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente						
Fator	1	2	3	4 ou mais	rho	p-value
1. Impacto na adaptação à situação clínica e hospitalização	3,31±,99	3,62±,97	3,32±,59	3,75±,67	,098	,139
2. Recetividade e adesão aos DP	3,56±,98	3,92±,85	3,42±,91	3,89±1,12	,090	,161
A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios						
Fator	1	2	3	4 ou mais	rho	p-value
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	3,50±1,08	3,43±1,06	3,63±,82	3,64±,76	-,001	,983
2. Recetividade e aceitação dos DP	4,72±,46	4,78±,45	4,63±,79	4,80±,31	,068	,194
3. Valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência da hospitalar	3,91±,79	3,94±,79	3,67±,64	3,84±,82	-,041	,452

Conforme se constata pela análise da tabela, não existem diferenças estatisticamente significativas, o que indica que o número de visitas dos DP no atual internamento não influencia a percepção dos conviventes significativos acerca do impacto da sua intervenção.

Relativamente à presença do convivente significativo nas visitas dos DP no atual internamento, os dados são apresentados na Tabela 61.

Tabela 61. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos conviventes significativos, segundo o número de visitas no atual internamento nas quais o convivente significativo esteve presente

A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente

Fator	1	2	3	4 ou mais	rho	p-value
1. Impacto na adaptação à situação clínica e hospitalização	3,30±,99	3,62±,88	3,60±,00	3,62±,97	,122	,066
2 Recetividade e adesão aos DP	3,56±,98	3,87±,83	3,67±,00	3,89±1,19	,123	,055

A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios

Fator	1	2	3	4 ou mais	rho	p-value
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	3,50±1,07	3,47±1,01	3,38±1,15	3,69±,76,	,002	,971
2. Recetividade e aceitação dos DP	4,72±,47	4,76±,47	4,70±,47	4,87±,23	,061	,245
3. Valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência da hospitalar	3,89±,79	3,92±,81	3,91±,42	3,81±,84	-,008	,882

A análise da tabela permite constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas relacionadas com o número de visitas dos DP presenciadas pelos conviventes significativos e os fatores considerados nos dois elementos do instrumento de colheita de dados, o que indica que esta variável não influencia a percepção dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos DP.

Questão 10: A experiência de internamentos anteriores e o número de visitas dos DP nessas hospitalizações influencia a percepção dos conviventes significativos relativamente ao impacto dos DP no quotidiano e vivência da criança/adolescente internada e em si próprios?

Para responder a esta questão, foram consideradas as variáveis: existência de internamentos anteriores e presença dos conviventes significativos nas visitas dos DP nesses internamentos. Para a estatística inferencial recorreu-se a testes não-paramétricos, tal como previamente indicado, no sentido de perceber se existem diferenças significativas neste âmbito.

No que se refere à existência de internamentos anteriores, os dados são apresentados na Tabela 62.

Tabela 62. Valores da média, desvio-padrão e teste de Mann-Whitney relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos conviventes significativos, segundo a existência ou não de internamentos anteriores da criança/adolescente

“A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente						
Fator	Sim	Não	Posto Médio		z	p-value
			Sim	Não		
1. Impacto na adaptação à situação clínica e hospitalização	3,39±,93	3,32±1,05	115,14	113,66	-,168	,866
2. Recetividade e adesão aos DP	3,70±,95	3,51±1,01	127,51	113,79	-1,516	,129
A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios						
Fator	Sim	Não	Posto Médio		z	p-value
			Sim	Não		
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	3,61±1,01	3,36±1,09	178,26	155,50	-2,142	,032*
2. Recetividade e aceitação dos DP	4,76±,46	4,71±,46	189,07	175,96	-1,328	,184
3. Valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência da hospitalar	3,90±,79	3,89±,80	170,90	170,03	-,082	,935

Conforme se verifica pela análise da tabela, a existência de internamentos anteriores da criança/adolescente não influencia a percepção dos conviventes significativos acerca da intervenção dos DP, exceto para o fator 1 “Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização” relativa aos efeitos daquela intervenção junto de si próprios. Sendo que, neste último caso, os conviventes significativos das crianças/adolescentes com internamentos anteriores apresentam uma percepção mais positiva da intervenção dos DP.

No que respeita ao número de visitas dos DP em internamentos anteriores, presenciadas pelos conviventes significativos, os resultados são apresentados na Tabela 63.

Tabela 63. Valores da média, desvio-padrão e correlação de Spearman relativamente aos fatores extraídos acerca das percepções dos conviventes significativos, segundo o número de visitas em internamentos anteriores nas quais o convivente significativo esteve presente

A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente”						
Fator	1	2	3	4 ou mais	rho	p-value
1. Impacto na adaptação à situação clínica e hospitalização	3,29±,90	3,44±,67	3,15±,94	3,56±1,14	,168	,129
2. Recetividade e adesão aos DP	3,38±1,08	3,98±,59	3,63±,85	4,00±1,00	,269	,011*
A percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios						
Fator	1	2	3	4 ou mais	rho	p-value
1. Impacto na adaptação e enfrentamento da hospitalização	3,48±1,28	3,64±,77	3,44±1,11	3,84±1,00	,119	,209
2. Recetividade e aceitação dos DP	4,55±,70	4,84±,27	4,89±,23	4,72±,58	,114	,214
3. Valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência da hospitalar	3,93±,91	4,02±,61	3,58±,58	3,99±,92	,045	,631

A análise da tabela permite constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao número de visitas dos DP presenciadas pelos conviventes significativos e os fatores considerados nos dois elementos do instrumento de colheita de dados, exceto para o fator 2 “Recetividade e adesão aos DP” ($\rho=,269$; $p=,011$) da percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto da criança/adolescente. Neste âmbito, um maior número de visitas presenciadas pelo convivente significativo está relacionado com a sua posição mais concordante com os efeitos da intervenção do DP, apesar da correlação ser fraca.

Questão 11: Qual o nível de satisfação dos conviventes significativos com a intervenção dos DP, comparativamente a outras atividades proporcionadas na instituição hospitalar?

Para responder a esta questão foi efetuada estatística descritiva das respostas à questão relativa à satisfação dos conviventes significativos com as atividades no serviço, como se apresenta na Tabela 64.

Tabela 64. Estatística descritiva da satisfação dos conviventes significativos com as atividades no serviço

Satisfação com a atividade no serviço	média±dp	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda	Nível satisfação até 5 (%)
Histórias (n=53)	7,94±1,94	4	10	8	10	17
Grupo coral (n=37)	8,24±2,23	1	10	9	10	13,5
Fantoches (n=18)	8,06±2,29	1	10	8	8 e 10	11,1
Visitas de animais (n=9)	8,67±1,80	5	10	10	10	11,1
Grupos religiosos (n=24)	7,75±2,27	2	10	8	10	16,7
Doutores Palhaços da ONV (n=362)	9,36±1,16	1	10	10	10	1,7
Outros palhaços (n=21)	8,14±2,59	1	10	10	10	14,3
Música (n=50)	9,16±1,17	5	10	10	10	2,0
Educadora (n=2)	10±0,00	10	10	10	10	0
Jogos (n=2)	10±0,00	10	10	10	10	0
Psicólogos (n=2)	10±0,00	10	10	10	10	0
Dança (n=1)	10	-	-	-	-	-
Biblioteca ((n=1)	10	-	-	-	-	-
Diversas (n=1)	8	-	-	-	-	-
Voluntários (n=1)	10	-	-	-	-	-

De acordo com os resultados obtidos, constata-se que o nível de satisfação com as atividades proporcionadas no serviço é bastante elevado, como se depreende pelo valor da menor média – grupos religiosos (7,75) –, e pelos valores modais, sendo o menor valor de 8. No que respeita aos DP, o nível de satisfação é o mais elevado de entre as atividades classificadas por mais do que 2 participantes (média 9,36), sendo a moda e a mediana de 10. Para além do mais, apenas 1,7% dos participantes classifica o seu nível de satisfação com os DP da ONV até 5 pontos, inclusive. O segundo maior nível de

satisfação é com a atividade musical, com média de 9,16, moda e mediana de 10, e apenas 2% de participantes apresenta nível de satisfação com esta atividade até aos 5 pontos, inclusive. Considerando os valores obtidos, entende-se que a intervenção dos DP é, entre as atividades proporcionadas no serviço, uma das que maior satisfação proporciona no contexto da hospitalização pediátrica.

2.3. Avaliação do DP por Palavras-Chave

Nos instrumentos de recolha de dados foi contemplada uma questão que solicitava aos participantes que referissem as três primeiras palavras que lhes emergiam de imediato quando pensavam nos DP da ONV. No que concerne aos conviventes significativos, foram obtidas 1077 avaliações, correspondendo a uma média de 2,9 palavras por participante.

Relativamente aos profissionais da pediatria, registaram-se 965 palavras, o que perfaz uma média de 2,9 avaliações por participante.

Analisadas as palavras que caracterizavam os DP, procedeu-se à sua distribuição pelas categorias: (i) A imagem do DP; (ii) A intervenção do DP; e (iii) O efeito do DP; bem como pelas seguintes subcategorias (Quadro 11):

Quadro 11. Resumo das categorias e subcategorias das palavras que caracterizam os DP

Categoria	Subcategoria	
A imagem do DP	Dimensão estética	
	Dimensão atitudinal	
A intervenção do DP	Avaliação da prestação profissional	
	Avaliação da qualidade das interações	
	Dimensão artística	
	Avaliação global	Extremamente positiva
		Muito positiva
		Positiva
	Utilidade	
Atividade profissional (local e destinatário)		
O efeito do DP	Momento de evasão	
	Amenização da experiência de internamento	
	Bem-estar	Físico
		Psicológico
		Emocional
Geral		
Outro		

Na primeira categoria enquadram-se as palavras que caracterizam a imagem dos DP e a sua “forma de estar”. A segunda categoria comporta as palavras que remetem para a intervenção dos DP propriamente

dita, nomeadamente a sua atividade e prestação profissional, a interação, a dimensão artística, a utilidade e a avaliação global da sua prestação. No que concerne à terceira categoria, esta engloba as palavras relacionadas com o efeito dos DP, como sejam a possibilidade de evasão, de amenização da hospitalização e o impacto no bem-estar.

No Quadro 12 é apresentada a categorização das palavras dos profissionais da pediatria e respetivas unidades de registo. Os resultados relativos aos conviventes significativos são apresentados no Quadro 13.

Quadro 12. Categorização das palavras dos profissionais sobre o trabalho dos DP

		Total
1. A imagem do DP		165
a) Dimensão estética	<i>Lindos (1); Coloridos (2); Cor (14); Nariz vermelho (6); Nariz (2); Bonitos (1); Vermelho (3)</i>	29
b) Dimensão atitudinal	<i>Divertidos (31); Engraçados (6); Animadores (2); Animados (4); Cômicos (1); Sorridente (1); Maravilhosos (1); Brincar (7); Brincalhões (3); Amor (1); Amorosos (1); Brincadeira (25); Solidariedade (3); Humanos (1); Humanidade (1); Humanismo (2); Descontraídos (1); Humor (10); Bom humor (3); Sentido de humor (1); Empatia (2); Alegres (7); Sociáveis (1); Sociais (1); Partilha (3); Bem-dispostos (9); Loucos (1); Empenhados (1); Corajosos (1); Dinamismo (1); Provocação (1); Irreverência (2); Energéticos (1)</i>	136
2. A intervenção do DP		144
a) Avaliação da prestação profissional	<i>Dedicação (2); Profissionais (2); Profissionalismo (8); Muito profissionalismo (1); Rigor (1); Competência (4); Entrega (1); Algum incômodo por vezes (1)</i>	20
b) Avaliação da qualidade das interações	<i>Interativos (1); Interação (2); Simpatia (10); Simpáticos (8); Amigos (3); Amizade (1); Atenciosos (1); Atentos (1); Atentos (às necessidades das crianças) (1); Carinho (4); Carinhosos (2); Cuidadosos (1); Disponibilidade (4); Disponíveis (1); Inteligentes (1); Generosidade (1); Diferentes (1); Bondade (1); Dinâmica (1); Cativadores (1); Parceria (2); Adequação (1); Adequados (1); Pedagógicos (1); Educação (1); Responsáveis (1); Responsabilidade (1)</i>	54
c) Dimensão artística	<i>Palhaçada(s)(7); Criatividade (3); Criativos (1); Originalidade (1); Originais (2); Imaginação (1); Música (15); Melodia (1); Teatro (1); Festa (5); Improvisadores (1); Inovação (1); Fantasia (1); Mundo de fantasia (1); Barulhentos (2); Barulho (3); Agitação (3); Movimento (1); Cantar (1); Cantores (1); Arte (1); Fantasia (1); Espontaneidade (1); Chocapic (1); Histórias (1); Comédia (1); Faz-de-conta (1)</i>	59
d) Avaliação global	Extremamente positivo: <i>Magia (1); Bom momento de magia (1); Fantásticos (1)</i> Muito positivo: <i>Importantes (1)</i> Positivo: <i>Divertido (2); Bons momentos (1)</i>	3 1 3
e) Utilidade	<i>Úteis (1); Sempre à espera que cheguem (1)</i>	2
f) Atividade profissional (local e destinatário)	<i>Hospital (1); Crianças (1)</i>	2
3. O efeito do DP		655
a) Momento de evasão	<i>Distração (19); Concentrar a atenção no foco alegre (1); Divertimento (14); Surpresa (1); Entretenimento (14); Esquecimento (1); Capacidade de, por momentos, fazer esquecer a doença (1); Lufada de ar fresco (1); Um dia diferente, bem esperado (1); Ocupação (1)</i>	54
b) Amenização da experiência de internamento	<i>Descompressão (1); Leveza (3); Leve (2); Leveza (o ambiente fica mais leve) (1); Convívio (1); Transmitem energia positiva (1); Humanização (6); Harmonia (1); Empenho (tornar menos pesadas as vivências dos utentes) (1); Atraumático (1)</i>	18
c) Bem-estar	Físico: <i>Cura (1)</i> Psicológico: <i>Alegria (225); Chuva de alegria (1); Trazem alegria (1); Alegria contagiante para crianças, familiares e funcionários (1); Alegria (diminuição do sofrimento) (1); Alegria (às crianças hospitalizadas) (1); Diversão (39); Divertir (1); Rir (16); Sorrir (1); Sorriso(s) (72); Riso(s)(33); Muito riso (1); Risadas (1); Gargalhada(s) (11); Fazem rir toda a gente (1); Boa disposição (57); Apoio (3); Animação (32); Paz (1); Tranquilidade das crianças (1); Ânimo (2); Força (1); Alívio (3); Descontração (15); Descontrair (1)</i> Emocional: <i>Contagiante (1); Feliz (1); Felicidade (17); Emoção (2); Conforto (1); Entusiasmo (2); Descompressão (alívio emocional) (1); Esperança (5); Relaxamento (5); Contentamento (1); Calmo (1); Prazer (1); Medo (1)</i> Geral: <i>Diversão - rir dá saúde (1); Bem-estar (5); Satisfação (3); Saúde (1); Melhoria (1); Vida (1); Terapia (3); Resiliência (1); Ajuda (2); Tratamento (1); Tratar (1); Comportamento terapêutico (1)</i>	1 522 39 21
4. Outros		1
	<i>Recurso (1)</i>	1

Quadro 13. Categorização das palavras dos conviventes significativos sobre o trabalho dos DP

		Total
1. A imagem do DP		222
a) Dimensão estética	<i>Giros (5); Coloridos (1); Cor (5); Sapatões (1); Sapatos grandes (1); Lindos (1); Nariz vermelho (7); Nariz (2)</i>	23
b) Dimensão atitudinal	<i>Divertidos (55); Engraçados (47); Animadores (2); Animados (2); Cômicos (2); Positivos (3); Coragem (2); Brincar (2); Brincalhões (14); Brincam (1); Brincadeira (23); Amor (9); Amorosos (2); Apropriados (1); Carismáticos (2); Solidariedade (6); Solidário(s)(3); Humildade (1); humildes (1); Humor (2); Bom humor (1); Empatia (1); Pessoas maravilhosas (1); Bom coração (1); Alegres (3); Sociáveis (1); Partilha (1); Altruísmo (1) Risonhos (1); Bem-dispostos (3); Humanos (2); Humanidade (1); Comunicativos (2)</i>	199
2. A intervenção do DP		259
a) Avaliação da prestação profissional	<i>Dedicação (7); Dedicados (1); Interessantes (2); Voluntarismo (1); Profissionais (2); Experiência (1); Trabalhadores (1); Talentosos (1); Motivação (1)</i>	17
b) Avaliação da qualidade das interações	<i>Interativo (1); Interação (1); Simpatia (37); Simpáticos (28); Cativantes (1); Amigo(s) (5); Amizade (5); Atenciosos (3); Atenção (2); Dão atenção (1); Sensíveis (1); Compaixão (2); Carinho (11); Carinhosos (2); Acolhimento (2); Envolvimento (1); Gentis (1); Amáveis (1); Boas pessoas (2); Boa companhia (1); Desmistificar (1); Queridos (2); Compreensivos (1); Felizes (1); Cuidadosos (2); Cheios de energia (1); Disponibilidade (2); Inteligentes (1); Confiança (2); Coração (1); Generosidade (3); Especiais (1); Honestidade (1); Acolhimento (2); Bondade (1)</i>	130
c) Dimensão artística	<i>Palhaçada(s) (10); Palhaços (5); Criativos (2); Criatividade (2); Original (1); Circo (3); Música (7); Musicais (1); Dançar (1); Teatro (1); Festa (1); Trapalhadas (2); Tólice(s) (2); Casa (1); Cotonete (1); Tutti-Frutti (1); Doutor Boa Vida (1); Piadas (1); Improviso (2); Inovação (1); Inovador (1); Palmas (1); Fantasia (2); Malabaristas (1); Flores (1); Maluquices (1); Confusão (1); Espontaneidade (1)</i>	55
d) Avaliação global	Extremamente positivo: Magníficos (1); Magia (3); Maravilhoso (3); Adoro(-os) (2); Fantástico(s) (5); Espetacular(es) (5); Sonho (1); Excelentes (1); Fabulosos (1); Ótimo trabalho (1); Trabalho perfeito (1); Admiráveis (2) Muito positivo: Fixe (1); Muito bom (1) Positivo: Divertido (2); Engraçado (1); Giro (2); Ideia bem pensada (1); Bons (2); Agradável (1); Acho bem (1); Lindo (1); Gostei (1); Bonito (1); Únicos (1); Boa ação (1); Bom trabalho (1); É bom existirem (1)	26 2 17
e) Utilidade	<i>Bom para os pais (1); Úteis (1); Utilidade (1); Essencial (1)</i>	4
f) Atividade profissional (local e destinatário)	<i>Hospital (3); Crianças (4); Internamento (1)</i>	8
3. O efeito do DP		596
a) Momento de evasão	<i>Fuga (1); Distração (38); Desvio da atenção da doença (1); Abstrair (1); Susto (Surpresa) (1); Surpresa (3); Ilusão (1); Entreter (1); Entretenimento (5); Esquecimento (1); Esquece-se que está no hospital (1); Ajudam a esquecer (1); Fazem esquecer (2); Recordo a infância (1); Encanto (1)</i>	59
b) Amenização da experiência de internamento	<i>Boa energia (2); Descompressão (1); Ajuda a descomprimir (1); Deixam-nos leves (1); Despenalização (1); Obrigado (1); Admiração (1); Gratidão (1); Convívio (2); Alivia o medo (1); Mudança de humor (1)</i>	13
c) Bem-estar	Físico: Cura (1) Psicológico: Alegria (208); Diversão (37); Divertimento (17); Divertir (2); Rir (29); Sorrir (1); Sorriso(s) (33); Riso(s) (17); Gargalhada(s) (7); Fazem dar gargalhadas (1); Dão sorriso às crianças (1); Rir é o melhor remédio (1); Disposição (1); Boa disposição (27); Apoio (2); Animação (36); Boa animação (1); Animam (1); Paz (1); Tranquilidade (6); Calma (1); Companhia para bem psicológico (1); Ânimo (4); Alívio (3); Descontração (4); Bem-vindos (1); Alento (1); Estimulação (1); Estímulo positivo (1); Força (1); Sossego (1); Autoestima (1) Emocional: Contagante(s) (2); Feliz (3); Felicidade (14); Emoção (1); Contente (3); Contentamento (1); Conforto (8); Confortável (1); Deixar de pensar em coisas más (1); Entusiasmo (2); Esperança (8); Despertar (1); Agitar (1); Consolo (1); Consolação (1) Geral: Satisfação (8); Ajuda (2); Bem-estar (2); Saúde (2); Melhoria (1); Vida (3); Fazer bem (1); Ótimos terapeutas (1); Energia (1)	2 449 48 21
4. Outros		4
	<i>Voluntários (3); Curiosidade (1)</i>	4

Pela análise dos quadros, constata-se que é na categoria “Efeito do DP” e na subcategoria “Bem-estar Psicológico” que se encontra o maior número de registos, em ambos os grupos de participantes: profissionais da pediatria e conviventes significativos. De salientar que a palavra que sobressai nos dois grupos é “Alegria”, com 225 registos nos profissionais da pediatria e 208 registos nos conviventes significativos.

No sentido de sistematizar os dados de cada categoria e subcategoria, os mesmos são apresentados nas Tabelas 65 e 66. A primeira explicita os dados dos profissionais da pediatria e a segunda os dos conviventes significativos.

Tabela 65. Avaliação do DP por palavras-chave dos profissionais da pediatria

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise	% na categoria	
A imagem do DP n=165 (17,1%)	Dimensão estética	29	17,6	
	Dimensão atitudinal	136	82,4	
A intervenção do DP n= 144 (14,9%)	Avaliação da prestação profissional	20	13,9	
	Avaliação da qualidade das interações	54	37,5	
	Dimensão artística	59	40,9	
	Avaliação global	Extremamente positiva	3	2,1
		Muito positiva	1	0,7
		Positiva	3	2,1
	Utilidade	2	1,4	
Atividade profissional (local e destinatário)	2	1,4		
O efeito do DP n= 655 (67,9%)	Momento de evasão	54	8,3	
	Amenização da experiência de internamento	18	2,7	
	Bem-estar	Físico	1	0,2
		Psicológico	522	80,0
		Emocional	39	5,6
Geral		21	3,2	
Outro n= 1 (0,1%)		1	100	
Total		965		

Conforme se observa na tabela, é a categoria “efeito do DP” que apresenta maior número de unidades de análise, representando 67,9% de todas as respostas. E, considerando este efeito, é no âmbito do bem-estar psicológico que os participantes indicam maior impacto do DP (n=522).

Analisando as respostas com maior detalhe, verifica-se que as palavras mais selecionadas pelos participantes apontam para aspetos do palhaço como a cor e o ser divertido, relacionando-o com o humor, a brincadeira, a boa-disposição, a simpatia, a música, a distração, a diversão, o entretenimento, a alegria, o riso/sorriso/ gargalhada, a animação e a descontração. Não obstante, existe um grupo residual de respostas que associam o DP ao barulho (n=5), sendo este o único aspeto negativo referido acerca da intervenção do palhaço.

Tabela 66. Avaliação do DP por palavras-chave dos conviventes significativos

Categoria	Subcategoria	Unidades de análise	% na categoria	
A imagem do DP n=222 (20,6%)	Dimensão estética	23	10,4	
	Dimensão atitudinal	199	89,6	
A intervenção do DP n= 259 (24,0%)	Avaliação da prestação profissional	17	6,6	
	Avaliação da qualidade das interações	130	50,2	
	Dimensão artística	55	21,2	
	Avaliação global	Extremamente positiva	26	10,0
		Muito positiva	2	0,8
		Positiva	17	6,6
	Utilidade	4	1,5	
Atividade profissional (local e destinatário)	8	3,1		
O efeito do DP n= 592 (55,0%)	Momento de evasão	59	9,9	
	Amenização da experiência de internamento	13	2,2	
	Bem-estar	Físico	2	0,3
		Psicológico	449	76,0
		Emocional	48	8,1
Geral	21	3,5		
Outro n= 4 (0,4%)		4	100	
Total		1077		

A análise da tabela permite verificar que, tal como para os profissionais da pediatria, é a categoria “efeito do DP” que apresenta maior número de unidades de análise, representando 55,0% de todas as respostas. E, da mesma forma, é no âmbito do bem-estar psicológico que os participantes indicam maior impacto do DP (n=449).

Observando mais detalhadamente, constata-se que as palavras mais selecionadas pelos participantes se situam em torno dos DP serem divertidos, simpáticos e engraçados, relacionando-os com a brincadeira, a distração, a diversão, a boa-disposição, a alegria, a felicidade, o riso/sorriso/ gargalhada e a animação. Neste grupo de participantes não houve palavras que indicassem aspetos negativos da intervenção do palhaço.

CAPÍTULO VIII

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados e reflexão sobre o estudo apresentado nos capítulos anteriores desta tese, centrado nas percepções dos profissionais de saúde e dos conviventes significativos em torno da intervenção dos DP no contexto pediátrico. Os resultados são analisados considerando a adesão e aceitação dos DP, os seus contributos para a vivência, adaptação e enfrentamento do ambiente hospitalar e da situação clínica, e para o processo de cuidar.

Objetivo – Adaptar e validar, para a população portuguesa, dois instrumentos de avaliação das percepções de (i) profissionais hospitalares e (ii) conviventes significativos (pais/acompanhantes) relativamente ao trabalho desenvolvido pelos DP da ONV, no contexto da pediatria.

A primeira questão de investigação, e que se encontra diretamente relacionada com o objetivo de validar os dois instrumentos que serviram para avaliar as percepções dos intervenientes (profissionais da pediatria e conviventes significativos), orientou a avaliação das características métricas do QPPPIDP e do QPPAIDP realizada através da AFE.

Questão 1: Quais as características métricas do QPPPIDP e do QPPAIDP?

No que concerne ao questionário dos profissionais da pediatria (QPPPIDP), a análise de consistência interna, medida pelo alfa de Cronbach, permitiu aferir a confiabilidade do instrumento, não obstante no fator 2 da percepção dos profissionais relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios apresentar um valor $\alpha=,608$. Este resultado, conforme refere Kline (2011), é expectável para os construtos psicológicos e, dadas as cargas fatoriais, é entendido que tal valor não coloca em causa o instrumento que, após a retirada dos itens que não cumpriam os requisitos da AFE, passou a ser constituído por 36 itens.

No que respeita ao questionário dos pais/acompanhantes, o alfa de Cronbach permitiu verificar a confiabilidade do instrumento – pese embora o valor de $\alpha=,642$ do fator 2 da percepção dos conviventes significativos relativamente aos efeitos da intervenção dos DP junto de si próprios –, atendendo às razões anteriormente mencionadas para o questionário dos profissionais. Após a AFE o QPPAIDP passou a ser constituído por 36 itens.

Face ao exposto, e no que se refere ao primeiro objetivo deste estudo, entende-se que o mesmo foi atingido.

As restantes questões de investigação foram orientadas por uma perspetiva holista do ser humano, um ser multidimensional, cuja humanidade e fragilidade se expõem quando confrontado com os processos de transição que, neste estudo, são desenvolvimentais, situacionais, organizacionais e de saúde/doença, conforme referem Meleis e colaboradores (2000). Neste sentido, as instituições hospitalares devem ser centradas nos cidadãos mas, considerando que a hospitalização tem impacto em todos os atores do contexto, devem ser garantidas as estruturas e condições para a criação de lugares que respeitem a multidimensionalidade e integralidade do ser humano. Não obstante, a estrutura e decisões são frequentemente centradas em relações de poder, indicadores de eficiência e efetividade, assentes nas dimensões tecnológica, na produtividade e no controlo ambiental. A criação de condições mais favoráveis à vivência das pessoas no contexto hospitalar é um grande desafio, que exige reflexão, ação e compromisso de todos os intervenientes. Partindo destas premissas, as questões 2 a 11 deste estudo visam explorar e aferir as perceções dos profissionais da pediatria e dos conviventes significativos relativamente à intervenção e impacto do DP da ONV na hospitalização pediátrica, bem como o seu contributo para a Educação/Promoção da saúde, permitindo concretizar os objetivos traçados para esta investigação.

Objetivo – Conhecer as perceções dos profissionais hospitalares e dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos DP nos Serviços de Pediatria de dez hospitais nacionais com os quais a ONV estabelece parceria.

No que se refere a este objetivo, as perceções dos profissionais da pediatria e dos conviventes significativos foram aferidas pelas questões 2 (profissionais) e 6 (conviventes significativos). Os resultados do estudo enquadrados neste objetivo são discutidos tomando por base as perceções mais significativas: (i) dos profissionais; (ii) dos conviventes significativos; (iii) o impacto negativo dos DP; e (IV) o impacto positivo dos DP.

Questão 2: Quais as perceções dos profissionais da pediatria relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivências da criança/adolescente hospitalizada, dos conviventes significativos e no seu próprio quotidiano profissional?

No sentido de sistematizar esta questão, as perceções dos profissionais da pediatria são discutidas subdividindo-as em: (i) o maior impacto dos DP e (ii) efeitos menos evidentes dos DP, no contexto pediátrico.

Percepções dos profissionais da pediatria: o maior impacto dos DP no contexto pediátrico

No que se refere às percepções dos profissionais sobre o impacto dos DP no contexto pediátrico, é (i) na vivência e adaptação ao ambiente hospitalar da criança/adolescente e (ii) na vivência do ambiente hospitalar dos conviventes significativos que este tem maior expressão.

(i) Vivência e adaptação ao ambiente hospitalar da criança/adolescente

Entre as principais razões para este impacto está a essência do PH que, através da sua arte – humanizadora e transformadora –, altera a estrutura e o poder instalado, criando um lugar mais livre, um novo olhar, um lugar de afetos, de humor, de jogo e brincadeira, tal como indicam Esteves (2015), Linge (2012), Masetti (2011) e A.S. Melo (2017). De facto, um olhar mais minucioso sobre os resultados permite perceber que a percepção dos profissionais acerca do impacto mais positivo dos DP nas crianças/adolescentes está alicerçada na envolvimento da criança no jogo e na brincadeira, no seu entusiasmo e nos momentos de abstração que estes artistas lhes proporcionam, amenizando, desta forma, a hospitalização, da mesma forma que preconizado por Koller e Gyski (2008), Linge (2013), Masetti (2011) e Ofir e colaboradores (2016). Tal como refere Barja (2010), a intervenção dos DP está centrada na vivência salutogénica e humanizada, na relação com o outro numa lógica de encontro, no qual, como defende Masetti (2011), o riso e a relação são libertadores e criam oportunidade para novos encontros. Nestes, a liderança é assumida pelos participantes, não pelo DP, o que gera a sensação de controlo da situação e uma nova hierarquia de papéis (García et al., 2011; Koller & Gyski, 2008; Linge, 2013). Desta forma, é devolvido à criança/adolescente (e conviventes significativos) o poder, que perde em situação de hospitalização.

(ii) Vivência do ambiente hospitalar dos conviventes significativos

Segundo os profissionais da pediatria os DP possibilitam que os conviventes significativos se sintam mais confortáveis no contexto hospitalar, participem no jogo e na brincadeira, se abstraiam do espaço e, essencialmente, partilhem momentos de felicidade com a criança/adolescente internada e restantes conviventes significativos. Na particularidade do encontro com o DP, como mencionam Masetti (2011) e A.F. Rodrigues e Filho (2013), é estabelecida uma relação igualitária, imprevisível, criando espaço para fluir a criatividade, promovendo o bem-estar, fazendo emergir emoções (Dionigi & Canestrari, 2016; Ford et al., 2013; Warren, 2004), permitindo que as pessoas tenham algum controlo sobre si e o ambiente (Dionigi et al., 2012; Grinberg et al., 2012; Linge, 2012; A.F. Rodrigues & Filho, 2013; Takahagui et al., 2014) e mantenham uma atitude positiva face à situação, oferecendo um sentido de normalidade, ainda que por alguns momentos (Warren, 2004). Para além do mais, os DP permitem que os conviventes significativos tenham algum tempo para si próprios ou participem em atividades que lhes possibilitem

tempo de evasão, como mencionam Junqueira (2003) e Wiezzel e Villela (2008). Assim, este encontro possibilita aos conviventes significativos uma vivência mais positiva do ambiente hospitalar, o que, conseqüentemente, é determinante para o seu bem-estar e qualidade de vida, bem como para a criança/adolescente, pela transformação do espaço em lugar, pela reconstrução do ambiente, convidando, mobilizando e envolvendo todos os intervenientes em situações inusitadas e imprevisíveis que estimulam a criatividade e o imaginário, que permitem transpor barreiras, sem outras exigências para além da disrupção com o ambiente normativo, naquilo que A.L. Soares (2007, p. 25) traduz como: “abre um mundo novo no ambiente hospitalar”.

Cruzando a percepção dos profissionais da pediatria relativamente ao impacto dos DP na criança/adolescente e nos conviventes significativos, aferida pela AFE e testes estatísticos, com as suas avaliações dos DP por palavras-chave, percebe-se que estas consolidam os resultados obtidos, permitindo perceber que é, realmente, na vivência do ambiente hospitalar que estes profissionais percebem maior efeito do palhaço. Efetivamente, estes participantes expressam claramente nas suas palavras que é a nível do bem-estar, particularmente do bem-estar psicológico, que o efeito do DP adquire maior expressão, associando-os à alegria, ao riso, à diversão, à boa disposição, à animação e à descontração, seguido do efeito de evasão. A isto acresce a dimensão atitudinal do palhaço, conectada também com o divertimento, a brincadeira, o humor, a alegria, a boa disposição e os aspetos relacionados com a humanidade, para além da sua dimensão artística. Tais achados estão de acordo com o referido por Achcar (2007), Anes e Obi (2014), Barkmann e colaboradores (2013), Linge (2013), Tan (2014) e Warren e Spitzer (2014), entre outros anteriormente mencionados.

Percepções dos profissionais da pediatria: efeitos menos evidentes dos DP

Contrariamente aos resultados acima descritos, estes profissionais não referem efeitos positivos evidentes da intervenção dos DP, (i) na adaptação e vivência da situação clínica da criança/adolescente, (ii) na adaptação e enfrentamento da hospitalização dos conviventes significativos, (iii) nas suas próprias atitudes e comportamentos no cuidar.

- (i) Adaptação e vivência da situação clínica da criança/adolescente e (ii) adaptação e enfrentamento da hospitalização dos conviventes significativos

Tendo em consideração a literatura da área, importa salientar que, no que respeita à adaptação e vivência clínica da criança/adolescente e adaptação e enfrentamento da hospitalização pelos conviventes significativos, a situação clínica se reflete a nível do bem-estar do próprio e dos conviventes significativos, sendo influenciada pela situação aguda ou crónica da doença, a gravidade da mesma e o sofrimento, as limitações que dela advêm e o regime terapêutico, como referem L. Barros (2003), Carrillo e Quiles

(2000a), Ullán e Belver (2008). Neste âmbito podem também interferir a estrutura e desempenho do papel parental (Cardoso, 2010; OE, 2015). Um outro fator que influencia a reação e adaptação à hospitalização são as experiências hospitalares anteriores (L. Barros, 2010; Bsiri-Moghaddam et al., 2011; Carrillo & Quiles, 2000a) e, no presente estudo, dois terços das crianças/adolescentes tiveram contacto prévio com o hospital, não sendo possível aferir a qualidade dessas experiências e, neste sentido, de que forma poderão ter influenciado a percepção dos profissionais da pediatria.

Neste enquadramento, e no que concerne às percepções dos profissionais acerca do impacto dos DP (i) na adaptação e vivência clínica da criança/adolescente e (ii) na adaptação e enfrentamento da hospitalização pelos conviventes significativos, os resultados obtidos têm sentido, atendendo a que as vivências e reações dos pais afetam a criança/adolescente, como referem Carrillo e Quiles (2000a) e Figueiredo (2002). Considerando ainda que uma percentagem significativa das crianças/adolescentes abrangidas pelo estudo eram do foro da pediatria cirúrgica, e que autores como Carrillo e Quiles (2000a), Meisel e colaboradores (2009) e Vagnoli e colaboradores (2010) entendem que os procedimentos cirúrgicos aumentam o mal-estar, a ansiedade, o medo, a antecipação da dor, a apreensão pela perda de controlo de crianças/adolescentes e conviventes significativos, então os resultados do estudo parecem estar em consonância com o descrito na literatura.

Não obstante, os profissionais da pediatria reconhecem o efeito positivo dos DP sobre a criança/adolescente no que concerne à sua colaboração nos tratamentos e exames, bem como na tolerância à dor. Considerando o *modus operandi* do DP e as suas ferramentas nucleares – a arte, o humor, o riso, o jogo e a brincadeira – e levando em linha de conta o referido na componente teórica acerca dos efeitos da arte (Blain et al., 2011), do humor e do riso (J.L. Abreu, 2013; García et al., 2011), do jogo e da brincadeira, (Yogman et al., 2018), enquanto potencial espaço salutogénico e “terapêutico” (Cunha, 2015; J.H. Oliveira, 2010; OE, 2013), os efeitos percebidos pelos intervenientes estão de acordo com o descrito pelos autores. Estes resultados encontram, também, eco nos estudos de Esteves (2015) e A.S. Melo (2017), particularmente no que respeita ao efeito do DP sobre a mitigação da dor, com a vantagem de não se constatarem efeitos secundários adversos como nas terapêuticas medicamentosas.

(iii) Atitudes e comportamentos no cuidar dos profissionais da pediatria

Relativamente à discussão em torno da percepção do impacto dos DP sobre si próprios, os profissionais da pediatria revelam que a intervenção dos DP promove apenas parcialmente o recurso ao humor para distrair ou conquistar a colaboração da criança/adolescente, tal como tão-somente exerce alguma influência no seu prazer profissional, não sendo utilizados como recurso facilitador da comunicação, da relação e do desenvolvimento, contrastando com o disposto na literatura em autores como Caires e

Masetti (2015), Masetti, Caires e colaboradores (2016), Mortamet, Roumeliotis e colaboradores (2017) e Takahagui e colaboradores (2014). Estes resultados destoam, de certa forma, da avaliação dos DP por palavras-chave. Nesta avaliação ressalta o reconhecimento dos profissionais da pediatria de que aqueles artistas fazem sobressair essencialmente emoções positivas (alegria, felicidade), em detrimento das negativas (medo, ira, culpa), que levam o riso, a boa-disposição e a diversão ao contexto hospitalar pediátrico, mas estes efeitos não se refletem, como esperado, no impacto dos DP na comunicação, mudança no ambiente e qualidade dos cuidados, tal como perspectivado por Blain e colaboradores (2011), Rivero e Marujo (2011) e Masetti (2013).

Face ao exposto, não é possível perceber nos resultados dos profissionais da pediatria se os DP constituem um fator que promove a parceria no cuidar entre criança/adolescente, conviventes significativos e profissionais de saúde, no sentido do envolvimento, informação e comunicação adequadas, negociação, respeito pela autonomia, coerente e consistente com relações de confiança e promotora de laços afetivos, na sequência do que indicam Andraus e colaboradores (2004), Balling e McCubbin (2001), Cardoso (2010), Cockcroft (2011), Coyne e Cowley (2007), Dudley e colaboradores (2015), OE (2015), Reis (2007) e P.M. Sousa (2012).

Questão 6: Quais as percepções dos conviventes significativos relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivências da criança/adolescente hospitalizada e em si próprios?

Para sistematizar esta questão, a discussão é efetuada em torno dos efeitos sobre (i) criança/adolescente e (ii) conviventes significativos.

Percepções dos conviventes significativos sobre o impacto dos DP na criança/adolescente

No que concerne à percepção dos conviventes significativos relativamente ao efeito dos DP na criança/adolescente, estes participantes reconhecem o impacto dos DP (i) adaptação da criança/adolescente à situação clínica e à hospitalização, mas é na (ii) receptividade e adesão aos DP que esse impacto é maior.

(i) Adaptação da criança/adolescente à situação clínica e à hospitalização

A hospitalização é um evento que altera o bem-estar da criança/adolescente, perturba a rotina habitual, podendo ter impacto no seu futuro (Blom, 1958; Diogo & Baltar, 2014; Junqueira, 2003; Mercadier, 2004; Mitre & Gomes, 2004; H. Oliveira, 1993; Parcianello & Felin, 2008; Simões et al., 2010). Nesta lógica, as instituições hospitalares devem proporcionar condições que não somente minimizem o impacto da situação, como também estimulem um sentido de “normalidade possível”, favorecendo o

desenvolvimento biopsicossocial e espiritual, a vivência e interação positiva, criando ambientes físicos e ambiente terapêuticos securizantes.

Os resultados permitem perceber que os conviventes significativos valorizam a intervenção dos DP, reconhecendo o impacto que esta tem no conforto da criança/adolescente, na oportunidade gerada pelo emergir de uma nova realidade onde podem fazer sobressair o seu lado criativo e saudável, num espaço em que se movimentam com maior liberdade, mitigando dificuldades, em consonância com o referido por Linge (2013) e A.N. Silva (2010). Estes indicadores contrariam o aspeto normativo e regulador da instituição facilitando o controlo sobre a situação. Da mesma forma, estes participantes relacionam os DP com um ambiente divertido, no qual é possível florescerem emoções positivas que minimizam o sofrimento e fazem esquecer a doença, ainda que por momentos, sobressaindo o lado salutogénico, pelo que estes resultados vão de encontro ao preconizado por autores como Dionigi e colaboradores (2012), Ford e colaboradores (2013), Lima e colaboradores (2009), Vagnoli e colaboradores (2005) e Warren (2004). Estes resultados corroboram os resultados da avaliação dos DP por palavras-chave, na qual os conviventes significativos os associam à diversão, à alegria, ao riso, à brincadeira e animação, à distração e à felicidade e, como anteriormente mencionado no Capítulo III, estes têm efeitos positivos a nível físico, cognitivo, psicológico e social. À luz destes resultados, os DP promovem emoções positivas e bem-estar, criando condições para a reconfiguração do espaço hospitalar e vivências positivas da hospitalização, fomentando a construção de significados positivos neste contexto, ou seja, contribuindo para a conceção do hospital como lugar humanizado onde é possível desenvolver projetos de saúde e de vida.

(ii) Recetividade e adesão aos DP

Os conviventes significativos percebem que as crianças/adolescentes recebem os DP com entusiasmo, que se divertem e que “transportam” a intervenção dos palhaços para outras pessoas, falando sobre eles. Não sendo possível aferir, neste estudo, qual o tempo de “permanência” dos DP, ou seja, se a sua intervenção tem efeitos apenas de curto prazo – como defendem autores como Pinguart e colaboradores (2011), referidos por Dionigi e colaboradores (2012) – ou se perduram no tempo pela oportunidade de desenvolvimento de competências que permitem dar respostas a outras situações de vida, como defendem Anes e Obi (2014) e Linge (2012; 2013). A verdade é que não se pode deduzir que seja por desinteresse que tal situação ocorre, coexistindo até alguma contradição entre o facto da criança/adolescente não perguntar pelos DP quando não estão e, por outro lado, o seu entusiasmo na receção aos palhaços e o falarem da visita a outras pessoas. Tais achados podem derivar da idade da criança (41,8% têm entre 0 e 3 anos) e do tempo de internamento pediátrico (média 7,33 dias, e mediana de 5 dias), aliado ao número de vistas dos DP que é, maioritariamente, de uma vez por semana. Importa

ressalvar, no que respeita à recetividade e adesão da criança/adolescente aos DP, que este fator pode estar subvalorizado, uma vez que, por norma, os DP da ONV não distribuem acessórios, tal como não utilizam brinquedos próprios, por questões relacionadas com a segurança e controlo de infeção.

Perceções dos conviventes significativos sobre o impacto dos DP em si próprios

No que se refere ao impacto dos DP nos conviventes significativos, estes assumem-no: (i) na sua adaptação e enfrentamento da hospitalização; (ii) recetividade e adesão aos DP (iii) valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência hospitalar. A hospitalização pediátrica constitui um processo de transição, conforme anteriormente mencionado, e as transições implicam mudanças que exigem a mobilização de competências de resposta aos desafios, como refere Meleis (2010), colocando as pessoas em situação de maior vulnerabilidade, gerando instabilidade e insegurança. Entre os fatores que influenciam a qualidade e os resultados da experiência, encontram-se as significações, os recursos, as estratégias e o ambiente, que potenciam a adaptação mais ou menos positiva. Neste sentido, durante a hospitalização é essencial aproveitar as janelas de oportunidade para a (re)adaptação do papel parental, reconstruindo a sua autonomia, mantendo a capacidade de tomada de decisão informada e esclarecida, as relações afetivas e de suporte e a comunicação efetiva. Estas condições são determinantes não apenas para os conviventes significativos, mas para a adaptação e vivência da criança/adolescente nos episódios de hospitalização e, como indicam Carrillo e Quiles (2000a), Tavares (2011), Vagnoli e colaboradores (2005) e Winnicott (1982), podem tornar a experiência mais positiva ou negativa.

(i) Adaptação e enfrentamento da hospitalização

A propósito da adaptação e enfrentamento da hospitalização dos conviventes significativos, estes reconhecem que os DP têm impacto positivo neste âmbito, nomeadamente por proporcionarem momentos de evasão do contexto hospitalar, reduzindo os níveis de ansiedade e aumentando o otimismo, promovendo o conforto neste ambiente, para além de influenciarem a comunicação e relação com a criança/adolescente. Estes dados são corroborados na literatura por autores como Esteves (2015), Linge (2012), Masetti (2011) e A.S. Melo (2017), segundo os quais o DP transforma o contexto hospitalar, alterando o poder instituído, o que aumenta o espaço de liberdade e a abertura à comunicação. Para além de que, como refere Schwebke "Shobi Dobi" (s.d.), é um trabalho que equilibra a mente e o coração, numa alusão evidente à humanidade de cada um dos atores do contexto. Sobressaem assim emoções e relações positivas, que reduzem a ansiedade, tal como no estudo de Fernandes e Arriaga (2010) e promovem a adaptação, num ambiente alicerçado na saúde, como mencionado por Dionigi e colaboradores (2012), Ford e colaboradores (2013), Lima e colaboradores (2009), Vagnoli e colaboradores (2005) e Warren (2004). A relevância destes dados está relacionada com o facto da

adaptação dos conviventes significativos e o desempenho parental na hospitalização pediátrica se constituírem como os fatores mais importantes na adaptação da criança/adolescente à hospitalização, como indicam Ullán e Belver (2008). Neste sentido, conviventes significativos com maior capacidade de adaptação, são mais capazes e competentes no processo de tomada de decisão, centrando-a no bem maior da criança/adolescente (Verwey, 2006).

(ii) Recetividade e adesão aos DP

Os resultados deste estudo permitem perceber que os conviventes significativos são recetivos aos DP e os aceitam, não somente pelo entusiasmo e diversão, mas porque consideram que estes são parte importante da equipa de cuidados à criança/adolescente. Estes resultados são significativos atendendo a que as ferramentas nucleares dos DP – o jogo, a brincadeira, o humor, a arte e o riso – são facilitadores, como mencionado, da comunicação, da relação e da transformação do espaço hospitalar num lugar democrático, criativo, de afetos, de respeito pela liberdade e autonomia, favorecendo o crescimento e o desenvolvimento de todos os atores do contexto. A aceitação dos DP como parte integrante da equipa de cuidados à criança/adolescente é ainda mais relevante pelo facto do palhaço desafiar as normas e, como referem Pendzik e Raviv (2011), apesar de estar no ambiente hospitalar, este não lhe pertencer nem se lhe submeter. E ainda assim, ou talvez por isso mesmo, os conviventes significativos detêm sobre eles um olhar inclusivo e integrativo neste contexto, aceitando a sua intervenção ao lado dos outros elementos da equipa da pediatria, recebendo-os com entusiasmo e divertindo-se com eles, posição que é corroborada na sua avaliação por palavras-chave, na qual ressalta a alegria, o riso, a diversão, a animação, a distração, a brincadeira e a felicidade que, como supra referido, promovem emoções positivas e o bem-estar, essenciais à adaptação positiva ao ambiente hospitalar.

(iii) Valorização e recurso aos DP para melhoria da vivência hospitalar

Os conviventes significativos valorizam e utilizam os DP como recurso para a melhoria da vivência hospitalar: participam no seu jogo e brincadeira; imitam-nos; assumem que estes artistas lhes permitem momentos de felicidade associados ao contentamento da criança/adolescente; gostariam de poder contar com mais visitas destes artistas. Partindo destes dados infere-se que os conviventes significativos detêm percepções muito positivas relativamente aos DP, associando a sua intervenção a efeitos positivos a nível das emoções, como a felicidade, sendo certo que estas promovem a criação e reconstrução de um lugar mais saudável no contexto hospitalar, possibilitando vivências mais positivas da situação. Tais dados são consistentes com o anteriormente mencionado, nomeadamente com o descrito por autores como Dionigi e colaboradores (2012), Esteves (2015), Ford e colaboradores (2013), Linge (2012), Masetti (2011), Vagnoli e colaboradores (2005) e Warren (2004), entre outros. Ressalta, dos dados

obtidos, a vontade expressa dos conviventes significativos relativamente a um aumento do número de visitas dos DP. Pese embora A.F. Rodrigues e Filho (2013) refiram que não existe uma noção clara do número adequado de visitas dos DP, a verdade é que também no estudo de Esteves (2015) os pais requeriam uma “dose superior” da intervenção destes artistas, antecipando os benefícios de mais encontros, nomeadamente pela promoção do riso, da alegria e do humor, da vitalidade e da colaboração da criança nas terapêuticas.

Impacto negativo dos DP

Uma das questões mais prementes associadas à intervenção dos DP está relacionada com o facto das crianças/adolescentes ou os conviventes significativos terem medo ou antipatia pelo palhaço. Autores como Curtis e colaboradores (2007), revelam que a figura do palhaço no hospital é percebida como desagradável e assustadora para a maioria das crianças/adolescentes podendo, conclusões desta natureza, conduzir à desvalorização do papel do PH, como referem Dionigi e colaboradores (2012).

Neste estudo, porém, os conviventes significativos afirmam maioritariamente a inexistência de medo/antipatia relativamente aos palhaços por parte da criança/adolescente (88,5%) e de si próprios (97,6%), opinião partilhada pelos profissionais da pediatria relativamente à criança/adolescente (71%). Para além de que, é nas crianças mais pequenas (até aos 6 anos de idade) que se verifica maior frequência da existência de medo, o que está de acordo com as características das fases desenvolvimentais em que se encontram, conforme descrito no Capítulo II. Efetivamente, estes resultados estão em consonância com a perspetiva de autores como L. Barros (2003), Bsiri-Moghaddam e colaboradores (2011), Hockenberry e Wilson (2011) e Moro e Módolo (2004), segundo os quais, nas crianças mais pequenas, o sentimento de vulnerabilidade, a ansiedade, o receio do desconhecido e da separação das figuras securizantes é mais elevado. Estes autores realçam ainda que, nesta fase, as crianças dispõem de menos recursos e estratégias de *coping*, afetando a vivência, a reação à hospitalização e à presença de estranhos. Este resultado é também sustentado pelas respostas à avaliação do DP por palavras-chave, existindo apenas referência a medo na categoria de efeito do DP, manifestada por um profissional.

No mesmo sentido, os profissionais da pediatria não percecionam qualquer outro efeito negativo dos DP relativamente à criança/adolescente, como se depreende da média (3,94) do Fator 2 relativo a estes elementos. O mesmo sucede com o impacto negativo dos DP no ambiente hospitalar, cuja média (4,47) indica a discordância destes profissionais nesta matéria. A análise à avaliação dos DP por palavras-chave permite perceber que, de facto, existe referência apenas de um profissional a algum incómodo causado pelos DP, de 5 profissionais que os relacionam com barulho e 3 profissionais que os ligam a agitação.

Estes resultados sugerem que a intervenção dos DP da ONV parece estar balizada por um código de conduta adequado ao seu papel, como preconizam a AATH (2013c), Glasper e colaboradores (2007) e Linge (2013). Esta percepção dos profissionais da pediatria, de ausência de impacto negativo dos DP nos atores do contexto e no ambiente, parece evidenciar que a postura e comportamento destes artistas assentam na sua formação contínua e treino, não apenas na vertente técnica e artística, mas também na área da saúde e da envolvente hospitalar, como referido por Dionigi e colaboradores (2012) e Mortamet, Roumeliotis e colaboradores (2017). Nesta perspetiva, os DP desenvolvem competências necessárias ao seu desempenho, que lhes permitem adaptar a sua abordagem às circunstâncias e ultrapassar barreiras, respeitando o exercício da autonomia do outro, evitando a intrusão e a disrupção, atuando no cumprimento das normas e atividades hospitalares. O resultado evidencia ainda que têm sido estabelecidas linhas de comunicação efetivas entre os profissionais e os DP, permitindo evitar situações indesejadas.

No que concerne à percepção dos conviventes significativos, todos os resultados indicam posições de discordância destes participantes relativamente a efeitos negativos do DP, seja sobre a criança/adolescente, seja sobre si mesmos. A análise dos dados permite constatar que estes participantes não só estão recetivos e aceitam os DP, como têm posições claras de oposição a que aqueles lhes causem irritação ou desconforto, que não os divirtam ou que sintam que o hospital não é lugar para palhaços. Para além de que, na avaliação dos DP por palavras-chave, apenas existe menção de três participantes a tolices/maluquices e de um elemento a confusão, enquanto aspetos negativos relacionados com estes artistas. Os resultados parecem indicar que os DP respeitam a liberdade, a privacidade e a intimidade dos atores do contexto hospitalar, fruto de uma formação exigente e códigos de conduta adequados (Achcar, 2007; AATH, 2013a; ONV, s.d. c; Snowberg, 2014), respeitando a criança/adolescente e os conviventes significativos, as normas institucionais e a estrutura hospitalar, construindo a sua intervenção na dinâmica do encontro com o outro, de acordo com a circunstância.

Impacto Positivo dos DP

Uma das constatações acerca das percepções dos profissionais da pediatria e dos conviventes significativos é a de que estes participantes assumem a existência de um impacto positivo resultante da intervenção dos DP. Conforme descrito em capítulos anteriores, no que concerne à hospitalização pediátrica existe uma crescente consciencialização dos efeitos positivos da sua intervenção na criança/adolescente, conviventes significativos e profissionais hospitalares, pelo impacto no bem-estar físico, psíquico, emocional, meio familiar e sociocultural. A vivência da hospitalização é influenciada por fatores desenvolvimentais, situação clínica, experiências anteriores de hospitalização, estratégias de

coping, dinâmica e relações familiares, rede de suporte, regras e normas hospitalares e condições ambientais das instituições (físicas, emocionais, terapêuticas, socioculturais). Nesta perspectiva, e por oposição ao potencial efeito adverso da hospitalização, existe a oportunidade de construir significados e experiências positivas no hospital, concebendo estas instituições como espaços promotores da saúde (e não de doença), humanizados e, como mencionam L. Barros (2003) e Tavares (2011), estimuladores da aprendizagem e do desenvolvimento.

E, pese embora o ainda longo caminho a percorrer para colocar as práticas em perspectiva, como refere Honoré (2013), alicerçando-as na lógica da integralidade do ser humano (Masetti, 2011), a realidade é que, no âmbito da pediatria, se vão adotando estratégias de adaptação do ambiente (físico, emocional e psicossocial) à criança/adolescente, dando oportunidades de desenvolvimento, abertura ao exterior e vivências positivas. É nesta lógica de funcionamento que parece inscrever-se a intervenção dos DP e da qual dão conta os resultados deste estudo ao evidenciarem que esta intervenção procura, fundamentalmente, contribuir para a criação de um lugar positivo, facilitador de experiências de criatividade, de emoções positivas, de arte, humor, riso e brincadeira, reconstruindo a matriz das instituições hospitalares, recontextualizando-as como espaços promotores de saúde e de desenvolvimento humano.

Síntese

Cruzando os dados dos profissionais da pediatria com os dados dos conviventes significativos no âmbito deste segundo objetivo, é possível perceber que existe consonância entre eles. De facto, os participantes reconhecem que a intervenção dos DP permite às crianças/adolescentes e aos conviventes significativos abstrair-se do espaço hospitalar, sendo o nível de concordância dos profissionais com este efeito ligeiramente superior ao dos conviventes significativos. No que concerne ao conforto dos conviventes significativos, os resultados revelam posições muito próximas entre os participantes no estudo, concordando com o impacto positivo dos DP neste âmbito. No que respeita a aspetos colaborativos, os profissionais da pediatria tendem a concordar mais com o impacto dos DP na colaboração da criança/adolescente nos tratamentos e exames, enquanto os conviventes significativos revelam uma perceção mais positiva dos efeitos dos DP no seu próprio envolvimento no processo de cuidados. Ambos concordam, de forma similar, que as crianças/adolescentes se entusiasmam com os DP, e que estas ficam mais ativas com aquela intervenção mas, neste caso, a concordância dos profissionais é mais elevada que a dos conviventes significativos. São também os profissionais quem assume uma maior concordância ao “rasto” que o DP deixa na criança/adolescente. Efetivamente, os profissionais adotam posições mais afirmativas na sua perceção de que a criança/adolescente partilha e reproduz a sua

experiência com os DP e de que os conviventes significativos os usam como recurso para obterem a colaboração ou divertirem a criança/adolescente. Sob o ponto de vista do impacto dos DP nos processos fisiológicos da criança/adolescente não é possível, neste estudo verificar efeitos eminentemente positivos, vislumbrando-se tão somente algum impacto no mitigar da dor. A percepção do nível de felicidade dos conviventes significativos, associada à felicidade da criança/adolescente pela intervenção dos DP, é superior nestes participantes do que nos profissionais, tal como para o impacto dos DP na confiança na melhoria da situação da criança/adolescente.

Neste sentido, para o segundo objetivo, a principal conclusão que se pode retirar é a de que os participantes não percebem efeitos negativos da intervenção dos DP a nenhum nível, pelo contrário, detêm uma percepção bastante positiva da intervenção dos DP no contexto pediátrico, particularmente no que respeita ao seu impacto na vivência e adaptação da criança/adolescente e dos conviventes significativos ao ambiente hospitalar, na receptividade e aceitação do palhaço, bem como o uso do DP enquanto recurso dos conviventes significativos para a melhoria destas vivências. A confirmar as percepções positivas dos participantes no estudo relativamente aos DP, encontra-se a avaliação destes artistas por palavras-chave, uma vez que, como indicam Brendtro e Longhurst (2006), as oportunidades promovem a ativação de emoções positivas, enquanto a ameaça e o perigo promovem a ativação das emoções negativas e, neste estudo, sobressaem as emoções positivas associadas aos DP. Os resultados não são tão expressivos na vivência da situação clínica pela criança/adolescente, tal como no impacto nas atitudes e comportamentos no cuidar dos profissionais. Mas, como referem Weaver e colaboradores (2007), não seria expectável encontrar nos DP a resposta para todo o contexto da hospitalização pediátrica. Tendo em conta estes dados, pode afirmar-se que os DP integram as mudanças de paradigma que se vão “infiltrando” nos serviços de saúde, valorizando não apenas os aspetos objetivos do processo saúde/doença, mas todas as dimensões que compõem a “humanidade de ser pessoa”, enriquecendo e valorizando o contexto, como perspectivado por Masetti (2013) e Thompson-Richards (2006).

Objetivo – Explorar variáveis que influenciam as percepções dos profissionais hospitalares e conviventes significativos acerca do impacto dos DP no quotidiano e na vivência da criança/adolescente e dos próprios.

No que concerne ao terceiro objetivo deste trabalho, este foi aferido pelas questões 3, 4 e 5 relativamente aos profissionais da pediatria e 7, 8, 9 e 11 dos conviventes significativos.

Questão 3: Terá o perfil sócio-demográfico e profissional (e.g., idade, área profissional, tempo de serviço) dos profissionais da pediatria influência sobre a sua percepção

relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivências da criança/adolescente hospitalizada, dos conviventes significativos e no seu próprio quotidiano profissional?

Relativamente aos profissionais, ressalta que a variável idade apresenta uma correlação positiva com dois fatores. Efetivamente, os profissionais mais velhos concordam mais que existe impacto dos DP (i) na adaptação e vivência da situação clínica da criança/adolescente e (ii) na adaptação e enfrentamento da hospitalização dos conviventes significativos do que os profissionais mais novos. Tais resultados são sugestivos de que uma maior experiência de vida e, por inerência, profissional, possibilitam a estes profissionais deterem mais estratégias para lidar com a doença e a dor da pediatria, conforme indica Mercadier (2004), adquirirem capacidade para se conectarem a novas dimensões do cuidar (José, 2008) e, conseqüentemente, olharem e avaliarem as situações numa perspetiva diferente, olhar esse que permite “ver e suportar melhor” o sofrimento que envolve a hospitalização pediátrica (Carrillo-García et al., 2013).

No que respeita à área profissional, não se aferiram diferenças estatisticamente significativas nas perceções dos profissionais da pediatria relativamente à intervenção dos DP, pelo que esta variável parece não influenciar a sua perspetiva relativamente aos fatores relacionados com os três elementos em estudo (criança/adolescente, conviventes significativos e os próprios), contrariamente ao esperado, tendo em linha de conta os achados de Barkmann e colaboradores (2013), Battrick e colaboradores (2007) e A.I. Santos (2011), que indicam que os DP são mais próximos e apreciados pelos enfermeiros. Contudo, a leitura dos dados deste estudo impõe algumas reservas, uma vez que a amostra é maioritariamente constituída, precisamente, por enfermeiros (77,4%), facto que poderá estar na base dos resultados obtidos.

Relativamente ao tempo de exercício profissional, esta variável apenas adquire expressão para o impacto negativo dos DP na criança/adolescente, quer se tenha em linha de conta o tempo no atual serviço ou na área da saúde, sendo nos profissionais com menor experiência que se verificam posições de maior discordância com efeitos negativos dos DP. E, no caso, do tempo de serviço na área da saúde, esta variável influencia ainda o impacto negativo dos DP no contexto hospitalar, sendo, também neste caso, os profissionais detentores de menor tempo de serviço quem mais discorda.

Questão 4: Terão o tempo e a frequência do convívio dos profissionais da pediatria com os DP influência sobre a sua perceção relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivência hospitalar das crianças/adolescentes, dos conviventes significativos e no seu próprio quotidiano profissional?

Os resultados anteriores encontram ressonância no tempo de convívio dos profissionais com os DP, tendo esta variável expressão somente no impacto negativo dos DP na criança/adolescente, verificando-se que são os profissionais com menos tempo de convívio com os DP quem discorda mais deste efeito. Por outro lado, considerando o fator tempo de contacto com os DP, é nos profissionais em que este contacto é mais frequente que se aferem diferenças estatisticamente significativas para o seu impacto na vivência do ambiente hospitalar pelos conviventes significativos, com o qual são mais concordantes, e com o impacto negativo dos DP no contexto hospitalar, ao qual apresentam posições de maior oposição. Estes resultados, aparentemente paradoxais, podem ser enquadrados no facto de a um maior tempo na área da saúde ou no serviço não haver correspondência direta com o tempo de contacto com os DP. Neste caso, a experiência profissional, associada ao modelo de horário praticado pelos profissionais pode influenciar os resultados – rotativo *versus* fixo, exercício profissional em mais do que uma unidade do serviço e outros –, condicionando as expectativas, a identidade profissional e organizacional, a qualidade das relações, a proximidade e avaliação dos diferentes desempenhos neste contexto. No presente caso, e apesar da variável tempo não se revelar globalmente significativa para as percepções dos profissionais, constata-se que uma maior proximidade aos DP (frequência de contacto), tem alguma influência na percepção destes participantes relativamente à intervenção dos DP. Na base desta evidência pode estar a transformação e reconfiguração do espaço hospitalar, com maior envolvimento dos profissionais que com eles têm ligação de maior proximidade, fazendo emergir relações de maior afeto e uma imagem mais positiva, pela resignificação do ambiente. Nesta perspetiva, o trabalho dos DP repercute-se, como referem Achcar (2007), Barkmann e colaboradores (2013) e Linge (2013), nos profissionais, quer ao nível do seu bem-estar, quer na avaliação que realizam do impacto daqueles artistas no palco do hospital.

Questão 5: Qual o nível de satisfação dos profissionais da pediatria com a intervenção dos DP, comparativamente a outras atividades proporcionadas na instituição hospitalar?

Analisando a satisfação dos profissionais da pediatria relativamente às atividades do serviço vocacionadas para a dimensão educativa e lúdica, constata-se que estes participantes apresentam níveis de satisfação bastante elevados (média 8,93). As atividades com maior média – “pinturas faciais” (9,60) e “educadoras” (9) – são mencionadas apenas por 5 e 3 participantes, respetivamente. Das atividades com maior expressão, os “DP da ONV” são uma das que maior satisfação proporciona no contexto da hospitalização pediátrica (média 8,93). A leitura destes resultados aponta para que os profissionais reconheçam a importância das atividades educativas e lúdicas neste contexto, contribuindo para minimizar as experiências negativas da hospitalização, transformando o espaço hospitalar num lugar

mais familiar, como indicado por Mitre e Gomes (2004). Como foi referido ao longo do Capítulo III, as atividades educativas e lúdicas na pediatria, proporcionam aos atores deste contexto um lugar à continuidade dos seus projetos de vida. Estas atividades promovem a melhoria das condições e a qualidade de vida no ambiente hospitalar (Anes & Obi, 2014; Ávila & Acaso, 2011), criando um lugar onde a criança/adolescente pode ser “resgatada”, estabelecer relações afetivas e seguras, viver e construir a sua história num ambiente humanizado (Jorge, 2004; A.J. Melo, 2007; Mitre & Gomes, 2004; D.K. Oliveira & Oliveira, 2013; OE, 2013; Tavares, 2011; Ullán & Belver, 2008), podendo constituir-se como uma estratégia terapêutica. Tais atividades, adaptadas à fase de desenvolvimento da criança/adolescente e à sua condição clínica, criam as condições para o crescimento e desenvolvimento integral, num espaço de liberdade e respeito pela autonomia (Jorge, 2004; Mitre & Gomes, 2004; OE, 2013; Tavares, 2011; Ullán & Belver, 2008). No caso particular dos DP, o nível de satisfação dos profissionais da pediatria com estes artistas revela que a perceção com a sua intervenção é bastante positiva, pelo que estes palhaços desempenham o seu papel cumprindo os objetivos a que se propõem, enquanto “agentes transformadores de momentos”, que acrescentam alegria, felicidade e diversão ao contexto hospitalar.

Questão 7: Terão as características sociodemográficas dos conviventes significativos (e.g., idade, habilitações literárias e área profissional) influência nas suas perceções relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivências da criança/adolescente hospitalizada e em si próprios?

No que respeita aos conviventes significativos, a variável idade apenas tem expressão significativa para o fator da recetividade e adesão da criança/adolescente aos DP, sendo os participantes mais jovens os que apresentam maior nível de concordância. Estes resultados podem enquadrar-se no que indica Vidal (2014), segundo o qual a idade representa um papel inibitório para o riso e, nesta perspetiva, é possível que os conviventes significativos mais jovens se envolvam mais no jogo e brincadeira com a criança/adolescente e o palhaço, ou os estimulem à participação e, nesse sentido, a sua perceção seja influenciada por esta circunstância. Este olhar pode ainda ser enquadrado no que defende Masetti (2011), de que menor maturidade implica menos recursos de *coping*, podendo o DP constituir um “refúgio” para a insegurança e fragilidade dos conviventes significativos mais jovens, transpondo este “subterfúgio” para a avaliação que realizam do efeito do palhaço sobre a criança/adolescente. Todavia, no computo geral, a idade não diferencia as perceções dos conviventes significativos acerca do impacto dos DP no quotidiano e vivência da hospitalização pediátrica.

Relativamente às habilitações literárias, o cenário é substancialmente diferente do anterior, constatando-se que estas influenciam a percepção dos conviventes significativos relativamente ao impacto dos DP na adaptação da criança/adolescente à situação clínica e hospitalização, à sua própria valorização e recurso aos DP para a melhoria da vivência da hospitalar, bem como quanto ao impacto na sua adaptação e enfrentamento da hospitalização. Os resultados traduzem uma percepção mais positiva acerca do impacto da intervenção dos DP dos conviventes significativos com menores habilitações literárias, em oposição aos detentores de habilitações a nível do ensino superior, resultados que se contrapõem ao estudo de Esteves (2015), no qual os DP eram avaliados de forma mais positiva pelos conviventes significativos com maior formação académica. Estes resultados podem estar alicerçados no facto de pessoas com maiores habilitações literárias recorrerem mais ao pensamento abstrato e lógico, com controlo emocional, existindo, como mencionam Antoniazzi e colaboradores (1998), uma relação entre a disponibilidade de recursos e a avaliação do evento ou situação. Nesta linha de entendimento, como vem sendo referido, o DP está muito ligado aos afetos, ao mundo espontâneo de coração aberto à vulnerabilidade da humanidade (Masetti, 2014; Schwebke "Shobi Dobi", s.d.).

Neste estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas percepções destes participantes relacionadas com a área ou situação profissional, pelo que, neste caso, esta variável não influencia a perspetiva dos conviventes significativos nesta matéria. Não obstante, ao analisar os resultados mais pormenorizadamente, são os participantes das áreas profissionais ligadas ao ensino, às finanças, matemática e engenharia, e jurídica, social, artística e cultural, para além dos profissionais de saúde – enquadradas nas denominadas profissões “intelectuais e científicas” (INE, 2011) –, quem menos concorda com o impacto dos DP no quotidiano e vivência hospitalar da criança/adolescente e de si próprios. Se cruzarmos os resultados anteriores (habilitações académicas), com estes (área ou situação profissional), eles são tendencialmente congruentes.

Questão 8: A idade, o género e o tempo de internamento da criança/adolescente influenciam a percepção dos conviventes significativos relativamente ao impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivência da criança/adolescente hospitalizada e de si próprios?

No que concerne à idade da criança/adolescente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para esta variável e os fatores extraídos pela AFE, pelo que neste estudo a variável idade da criança/adolescente não influencia a percepção dos conviventes significativos acerca do impacto dos DP no contexto pediátrico. Estes dados podem estar, pelo menos parcialmente, relacionados com o facto de uma percentagem elevada de crianças se encontrar no grupo etário até aos 3 anos (41,8%), o que pode

ser um fator que afeta as percepções dos participantes, quer pela reatividade da criança à separação das figuras securizantes, quer pelo estadio do seu desenvolvimento cognitivo, quer ainda pelo tipo de estratégias de *coping* detidas, conforme indicam L. Barros (2003), Bsiri-Moghaddam e colaboradores (2011), Hockenberry e Wilson (2011) e Moro e Módolo (2004). Importa pois referir que, no caso do impacto na adaptação da criança/adolescente à situação clínica e à hospitalização, este fator comportava questões ligadas à alimentação, ao sono e à colaboração com os profissionais de saúde, sendo nesta fase de desenvolvimento que a reação à hospitalização pode incluir comportamentos de recusa alimentar e resistência entre outros (L. Barros, 1998; 2003; Hockenberry & Wilson, 2011; Kaplan et al., 1997). Para além de que, no contexto hospitalar, o sono e o repouso são frequentemente interrompidos pela vigilância e monitorização realizada pelos profissionais de saúde (Meltzer et al., 2012).

Em relação à percepção dos conviventes significativos acerca do impacto da intervenção dos DP no quotidiano e vivência da hospitalização em função do género da criança/adolescente, neste estudo não se verificou influência desta variável, o que se depreende da inexistência de diferenças estatisticamente significativas. O resultado está de acordo com o estudo de Esteves (2015), segundo o qual esta variável não constitui fator diferenciador no impacto dos DP junto destes elementos. Uma explicação possível para estes dados é o facto de 48,1% das crianças/adolescentes abarcadas neste estudo se encontrar no grupo etário até aos 3 anos, onde a identidade de género é um processo em desenvolvimento. Outra explicação para esta situação é mais intrínseca ao palhaço, à sua essência e *modus operandi*, à adaptação das suas ferramentas universais – humor, riso, jogo, brincadeira, arte – a cada contexto e fase de desenvolvimento, convidando as pessoas a integrarem a história que vai construindo, num espaço de liberdade. E, neste encontro com o outro, balizado pela vontade de cada um, a relação enfatiza as comunalidades do ser humano, é imbuída de afetos, e promove o bem-estar, “emprestando” um sentido de “normalidade” ao contexto hospitalar, valorizando cada um, independentemente da idade, género, *status*, condição clínica ou outra (Linge, 2012; 2013; Masetti, 2011; Mortamet, Merckx et al., 2017; Ofir et al., 2016; Thompson-Richards, 2006).

No que se refere às percepções dos conviventes significativos relacionadas com o tempo de internamento da criança/adolescente, neste estudo não existem diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e os fatores extraídos, o que permite afirmar que, neste caso, a percepção destes participantes não é influenciada por esta variável. Tomando como ponto de partida a média de dias de internamento atual (7,33), e considerando que a frequência de intervenção dos DP nos serviços é maioritariamente de uma vez por semana, então estes resultados são congruentes entre si. Os dados corroboram esta afirmação, uma vez que a frequência do número de visitas dos DP no atual internamento é de uma visita

em 78,6% dos casos. Para além do mais, dado o carácter de internamento curto na maioria dos casos, associado a condições clínicas predominantemente agudas (cirurgia, traumatologia, doenças infecciosas, entre outras), não é possível confirmar, como indicam L. Barros (2003), Fernandes e Arriaga (2010), Jorge (2004), Mitre e Gomes (2004), OE (2011a), a influência do tempo de internamento (menor duração é menos lesivo), nem a gravidade da situação clínica, no impacto da intervenção dos DP no contexto pediátrico.

Questão 9: O número de visitas dos DP influencia a percepção dos conviventes significativos relativamente ao impacto daqueles PH no quotidiano e vivência da criança/adolescente internada e em si próprios?

Pelas razões acima expostas, também o número de visitas dos DP no atual internamento não influenciou as percepções dos conviventes significativos relativamente ao seu impacto no quotidiano e vivência da hospitalização, dado a maioria dos episódios de internamento serem de curta duração, como descrito, ao que se associa o facto de 81,2% dos participantes apenas ter presenciado uma visita dos DP. Neste sentido, e contrariamente à vontade expressa destes participantes para aumentarem o número de visitas dos DP (aferida pela média de 4,57 obtida nesta afirmação), antecipando expectativas de impacto positivo dessas intervenções, tal situação não foi passível de ser verificada no atual internamento. Retomando a análise anteriormente efetuada, não existe, segundo A.F. Rodrigues e Filho (2013), uma “dose certa” para as visitas dos DP, mas a realidade é que, em estudos como o de Esteves (2015), existe esta mesma expectativa dos conviventes significativos no que se refere ao impacto positivo de um maior número de visitas dos DP no âmbito da hospitalização pediátrica.

Questão 10: A experiência de internamentos anteriores influencia a percepção dos conviventes significativos relativamente ao impacto dos DP no quotidiano e vivência da criança/adolescente internada e em si próprios?

No que concerne a internamentos anteriores, esta variável influencia apenas, mas positivamente, a percepção dos conviventes significativos no que respeita ao impacto da intervenção dos DP na sua própria adaptação e enfrentamento da hospitalização. No presente estudo 53,1% das crianças/adolescentes tiveram internamentos prévios ao atual, durante os quais 32,7% receberam a visita dos DP. Segundo autores como L. Barros (1998), Bsiri-Moghaddam e colaboradores (2011), Cardoso (2010) Fernandes e Arriaga (2010) e Tavares (2011), entre outros, e tal como anteriormente mencionado, as experiências anteriores de hospitalização podem condicionar as experiências posteriores, sendo que vivências negativas conduzem a reações que dificultam a adaptação à situação, enquanto experiências positivas

são protetoras e podem minimizar o impacto de novos internamentos. Por seu lado, tempos de internamentos mais curtos, são menos danosos do que hospitalizações frequentes e prolongadas, como refere L. Barros (2003). Não obstante, a hospitalização pode constituir uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento, como indicam esta autora e Tavares (2011). À luz destas ideias, os resultados obtidos não permitem confirmar que o internamento prévio das crianças/adolescentes se reflita na sua adaptação à situação clínica e hospitalização, nem na recetividade e adesão ao palhaço. Contudo, a experiência prévia de hospitalização pediátrica tem efeitos positivos a nível dos conviventes significativos, nomeadamente na perceção relacionada com a sua adaptação e enfrentamento da hospitalização, o que constitui um indicador de que as experiências anteriores, na linha do supra exposto, promoveram a ativação e desenvolvimento de estratégias de resposta ao evento, abrindo novas perspetivas e vivências positivas.

Analisando os resultados do estudo, e levando em linha de conta a presença dos conviventes significativos nas visitas dos DP em internamentos anteriores, constata-se que esta variável influencia positivamente a recetividade e adesão da criança/adolescente aos DP, não se verificando diferenças estatisticamente significativas noutros fatores. Retomando resultados anteriores, nomeadamente no que se refere à vontade expressa destes participantes do aumento do número de visitas dos DP, é possível afirmar que, pelo menos parcialmente, se confirmam as expectativas e antecipação de benefícios do impacto dessas intervenções. Efetivamente, os conviventes significativos manifestam que o entusiasmo, a diversão da criança/adolescente e o “rasto” do DP se correlacionam positivamente com o número de visitas por eles presenciadas. De certa forma, estes resultados contrastam com o estudo de Esteves (2015), no qual a autora verificou que o impacto dos DP era maior na criança/adolescente na primeira experiência de internamento. Porém, no estudo de A.S. Melo (2017), um maior número de contactos prévios com os DP configurou maior benefício para a criança/adolescente. Da mesma forma, Ford e colaboradores (2013) constataram efeitos antecipatórios positivos nas crianças/adolescentes com contactos anteriores com os PH. A leitura destes resultados permite perceber, na senda do preconizado por Linge (2011) e Masetti (2011), que a intervenção do palhaço gera interesse, prazer e alegria, resgatando os atores do espaço hospitalar para um lugar onde a ação acontece. E a convivência prévia com os DP cria uma expectativa e uma experiência que facilita a recetividade e adesão da criança/adolescente ao Inusitado, “ao que há-de vir”, uma vez que a sua experiência anterior lhe facultou um lugar de liberdade num espaço normativo como o hospital.

Questão 11: Qual o nível de satisfação dos conviventes significativos com a intervenção dos DP, comparativamente a outras atividades proporcionadas na instituição hospitalar?

Explorando o nível de satisfação dos conviventes significativos relativamente às atividades educativas e lúdicas proporcionadas no serviço, constata-se que este é bastante elevado, como se depreende do valor da menor média (7,75) obtida no estudo. Concretamente, e no que respeita aos “DP da ONV”, o nível de satisfação é o mais elevado de entre as atividades analisadas (média 9,36)⁸⁸. Em segundo lugar surge a “música” (média 9,16). Estes resultados revelam a satisfação (e importância) que os conviventes significativos atribuem a estas atividades, essenciais ao crescimento e desenvolvimento integral da criança/adolescente, à sua experimentação e relação com os outros e com o mundo (Bergen, 2006; OE, 2010; Yogman et al., 2018). Para além disso, estas atividades permitem à criança/adolescente (e aos conviventes significativos), nos momentos de adversidade, expressar as emoções, ansiedade, conflitos, desejos e experiências (Redondeiro, 2003). Na hospitalização pediátrica, contribuem para a desmistificação quer dos profissionais, quer do ambiente (Parcianello & Felin, 2008; Rindstedt, 2013), “normalizando” e “familiarizando” este contexto, promovendo a alegria, comunicação e harmonia, facilitando a adaptação e resposta ao *stress* (Yogman et al., 2018). Efetivamente, tais atividades alteram o ritmo e a rotina hospitalar, proporcionando aos atores um lugar criativo e seguro, que lhes permite confiar e adquirir maior controlo sobre si e a situação (Anes & Obi, 2014; Junqueira, 2003; Masetti, 2011; A.I. Santos, 2011; Tavares, 2011), contribuindo para a melhoria das condições de hospitalização (Kumamoto et al., 2004; Mota et al., 2012) e permitindo que a criança/adolescente e os conviventes significativos sejam elementos ativos no processo, facilitando a proximidade emocional (Barrón et al., 2000; Caires & Masetti, 2015; Tavares, 2011).

Considerando o supra exposto, bem como os resultados que foram sendo discutidos, as atividades educativas e lúdicas, proporcionadas pelos hospitais nos quais o estudo decorreu, parecem estar a cumprir o seu propósito no contexto da hospitalização da criança/adolescente.

Objetivo – Compreender o contributo da intervenção dos DP no âmbito das novas abordagens do conceito de Saúde e Educação/Promoção da saúde.

Relativamente a este objetivo, os contributos dos DP no âmbito da Saúde, e Educação/Promoção da Saúde, foi aferido pela questão 12.

Questão 12: Quais os contributos da intervenção dos DP no âmbito das novas abordagens do conceito de Saúde e Educação/Promoção da saúde?

⁸⁸ Classificadas por mais do que dois participantes. As atividades “educadora”, “jogos”, “psicólogos”, “dança”, biblioteca” e “voluntários” obtiveram média 10, mas foram apenas avaliados por um ou dois intervenientes.

A inclusão de um objetivo dedicado ao contributo da intervenção dos DP no âmbito da educação/promoção da saúde justifica-se, se mais não houvesse, pelo facto deste estudo se encontrar inserido na área da Ciências da Educação. Não obstante, esta questão está vinculada a uma visão holista da educação e da saúde, de empoderamento das pessoas e de criação de condições para que possam enfrentar e resolver os eventos da vida. Como referem M.C. Antunes (2008) e a OMS (1986), a educação e a promoção da saúde capacitam as pessoas para colaborarem nos processos de mudança, dotando-as de competências de intervenção e autonomia que lhes permitem o controlo sobre as suas próprias vidas.

Ao partir de uma conceção holística da educação e saúde, enquanto processos de desenvolvimento integral e permanente, abrangendo todas as dimensões e contextos do ser humano, privilegiando a pessoa como construtora, co-construtora e reconstrutora de si e do mundo (M.C. Antunes, 2008), adquire sentido perceber em que medida a intervenção dos DP na hospitalização pediátrica contribui para a educação/promoção da saúde, nomeadamente na promoção de vivências positivas e bem-estar neste contexto. Assumir a integralidade, a complexidade e a multidimensionalidade do ser humano, num processo dinâmico, contínuo e permanente de crescimento e desenvolvimento é, simultaneamente, reconhecer uma relação intrínseca entre educação e saúde, cujo objetivo central é, como mencionado, a capacitação para o exercício da autonomia ao longo da construção do projeto de vida, criando condições para a criatividade, liberdade, construção da identidade, tomada de decisão esclarecida e responsável, enfrentando de forma positiva os desafios da vida. A própria DGS desde 2015 integra como prioridade o investimento na saúde ao longo do ciclo de vida, num processo contínuo, centrado nas pessoas, como preconizado na revisão e extensão do Plano Nacional de Saúde a 2020 (DGS, 2015).

No contexto da hospitalização pediátrica, conforme foi sendo referenciado ao longo deste trabalho, existem muitos fatores que interferem com as vivências dos diferentes atores do processo, nomeadamente os mediadores simbólicos do hospital – estruturais, decorativos ou funcionais –, que geram experiências emocionais (Belver & Ullán, 2010; Ullán & Belver, 2008) dificultadoras ou facilitadoras da vivência da situação, segundo a perceção e interpretação que as pessoas efetuam sobre essa experiência (Park et al., 2013). Para além das variáveis pessoais e ambientais da criança/adolescente, dos conviventes significativos e dos profissionais da pediatria, como anteriormente mencionado, que promovem ou impedem o crescimento e desenvolvimento de todos os intervenientes neste contexto. Neste sentido, devem ser criadas condições para o estabelecimento de relações em parceria, dinâmicas, seguras, autênticas, de partilha de afetos, mas imbuídas do respeito pela autonomia e liberdade de cada um. Da mesma forma, devem ser promovidas atividades que proporcionem

encontros com a “normalidade” da vida perdida pela hospitalização, e que devolvam às pessoas a possibilidade de darem continuidade aos seus projetos de saúde e de vida, experienciando a situação de forma positiva. Noutras palavras, o hospital deve ter condições para se constituir como local saudável, proporcionando atividades que o aproximem do ambiente natural da criança/adolescente e dos conviventes significativos. Tomando como referência a DGS (2015), estas atividades podem transformar “Períodos Críticos” em “Janelas de Oportunidade” para a promoção da saúde, influenciando o presente e o futuro, favorecendo o desenvolvimento, a expressividade, a mobilidade e a criatividade, em função de cada situação e cada momento (ACS, 2010; Barrón et al., 2000), através da ativação de emoções positivas em vez de negativas, reconstruindo significados e, como indica Honoré (2013) com liberdade para a abertura a novas perspectivas.

É precisamente neste espaço de abertura das instituições hospitalares ao exterior que se enquadram os DP. Profissionais que, através das suas ferramentas nucleares, procuram transformar o quotidiano hospitalar num lugar onde sobressai a subjetividade, o erro e a vulnerabilidade, em suma, o humano, elementos chave no processo de aprendizagem, redesenhando e reinventando dinâmicas, valores, relações, afetos e sentidos naquele contexto (Caires & Masetti, 2015).

Analisando os resultados do estudo à luz do supramencionado, ressalta que, quer os profissionais de saúde, quer os conviventes significativos, detêm uma perceção positiva do impacto dos DP no quotidiano e na vivência da hospitalização. Efetivamente, os DP são transformadores do espaço hospitalar num lugar de maior liberdade, permitindo, como ficou patente no estudo, que a criança/adolescente e os conviventes significativos se “ausentem” para um lugar onde podem criar novas histórias e construir novos significados, quer na ótica dos profissionais da pediatria, quer dos próprios conviventes significativos. Este efeito do DP é acompanhado pelo aumento do à-vontade/conforto destes elementos no ambiente hospitalar – sendo que o conforto está associado ao bem-estar. Os resultados permitem inferir que o DP cria condições para que estes atores (criança/adolescente e conviventes significativos) se separem da rotina e se distanciem do problema, possibilitando o imaginário e a expressão livre, o que, segundo Clark (2016), Masetti (2014) e Ortiz (2002), permite olhar para a realidade com recursos renovados. A experiência do mundo imaginário, que pode ser explorado, dominado e transformado, é libertadora e devolve poder à criança/adolescente e conviventes significativos, facilitando a adaptação à hospitalização (Grinberg et al., 2012; Pendzik & Raviv, 2011). Noutras palavras, como mencionam Takahagui e colaboradores (2014), o efeito amenizador dos DP permite resgatar a individualidade ao descontextualizar o estado de doença, facilitando que a pessoa retome a sua história de vida, criando, como referem Caires e Masetti (2015) pontes de ligação entre os mundos da arte e da saúde.

No que concerne ainda ao quotidiano e vivência hospitalar, os resultados do estudo revelam que os DP provocam entusiasmo e diversão à criança/adolescente e aos conviventes significativos. A sua figura, ao expor o erro e ridicularizar o quotidiano, desmistificando o ambiente, os profissionais e os procedimentos médicos (Parcianello & Felin, 2008; Rindstedt, 2013), dando um sentido de normalidade ao ambiente hospitalar, contribui, no mesmo sentido em que indicam Anes e Obi (2014), para o desenvolvimento de competências e estratégias de *coping*. Tais estratégias permitem transpor barreiras, favorecendo a adaptação à hospitalização de forma positiva, podendo ser mobilizadas para outras situações ao longo da vida, como defendem Anes e Obi, Blerkom (1995) e Linge (2012), num processo de (re)construção contínua. No âmbito da avaliação dos DP por palavras-chave realizada neste estudo, e anteriormente mencionada, estes surgem relacionados com o humor, brincadeira, boa-disposição, distração, diversão, entretenimento, riso/sorriso/ gargalhada, animação e descontração, ou seja, ligados à promoção de emoções positivas e ao bem-estar, num processo de rutura com a “rigidez e seriedade” do contexto, que favorecem a adaptação positiva à situação da hospitalização.

A arte do palhaço, através das suas ferramentas nucleares, convida a criança/adolescente e os conviventes significativos para a participação ativa no jogo e na brincadeira, para a experimentação e a exploração do ambiente, despertando a sua atividade (as crianças/adolescentes movimentam-se mais, mais comunicativas e interativas; os conviventes significativos participam nas brincadeiras), deixando um “rasto” que lhes permite serem um recurso para outras situações (as crianças/adolescentes pedem o seu regresso, falam da sua visita, recordam, relatam, imitam e reproduzem as brincadeiras; os conviventes significativos imitam as suas brincadeiras), facilitando, como defende Yogman e colaboradores (2018), a adaptação (parecem colaborar mais com os tratamentos e/ou exames) e contribuindo para a melhoria das condições de hospitalização. Este convite de adesão à sua arte, inusitada e surpreendente, respeita a autonomia, a privacidade e a volição dos atores do contexto, entregando-lhes o controlo da situação e a tomada de decisão. Desta forma, a criança/adolescente e os conviventes significativos tornam-se elementos ativos no processo, facilitando, no entendimento de Barrón e colaboradores (2000), Caires e Masetti (2015) e Tavares (2011), a proximidade emocional. A atividade lúdica é uma oportunidade que faz transparecer os afetos e as emoções (Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2013; 2015).

Efetivamente, os resultados deste estudo indicam que os DP têm impacto nas emoções (alegria, felicidade, medo), na redução da ansiedade (os conviventes significativos ficam mais calmos) e no bem-estar. As emoções que neste estudo emergiram com maior expressão são as positivas. De facto, quer os profissionais da pediatria, quer os conviventes significativos, revelam que a intervenção dos DP faz

emergir a felicidade, sendo esta a palavra mais associada ao bem-estar emocional na avaliação dos DP por palavra-chave. Ainda no âmbito desta avaliação, destaca-se a alegria associada aos DP – com mais unidades de registo –, uma emoção também positiva e ligada ao bem-estar psicológico que, neste estudo, é a subcategoria mais representativa do efeito do palhaço. Tomando como referência autores como J.L. Abreu (2013), A. Damásio (2011), Park e colaboradores (2013) e Rivero e Marujo (2011) – segundo os quais as emoções têm um valor adaptativo aos eventos de vida e são fundamentais à socialização, à aprendizagem e ao prazer, à reinterpretção e busca de novos significados, sendo as emoções positivas securizantes e promotoras de recursos de *coping* mais duradouros –, então os resultados obtidos neste estudo permitem inferir que o palhaço ameniza a pressão do ambiente hospitalar, promove experiências positivas e, neste sentido, cria a oportunidade de relegar a doença para segundo plano, fazendo emergir a dimensão salutogénica – salientando que a doença, como defende Antonovsky, não se opõe à saúde, antes se articulam continuamente na vida (C.C. Oliveira & Costa, 2012). Para além do mais, como referem Cunha (2015) e a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (2013; 2015), a atividade lúdica, a arte, o humor e o riso têm um profundo sentido educativo e promovem o desenvolvimento físico, psíquico, afetivo-emocional, intelectual e social.

A acrescentar a outras preocupações, a questão psico-socio-emocional é bastante premente no âmbito da pediatria. Estes fatores são os que mais afetam os processos de aprendizagem, de desenvolvimento, de resposta e adaptação aos eventos de vida. Os acontecimentos significativos de vida, como a hospitalização pediátrica, constituem-se como fatores stressores que predisõem não apenas a distúrbios físicos, mas também a perturbações mentais (WHO & DGS, 2002). Neste sentido, as instituições hospitalares devem avaliar os seus resultados não apenas sob o ponto de vista técnico, mas também pela valorização dos atores do processo de cuidar, pelas intervenções de compromisso com o capital humano, nomeadamente a nível da qualidade relacional, da comunicação, da criatividade, da participação e envolvimento, da afetividade, do sentido crítico, da capacitação para a resolução de problemas que permitam fazer face às emoções emergentes neste contexto, mantendo/desenvolvendo uma saúde mental positiva. Como mencionado na componente teórica deste trabalho, o ambiente psicossocial repercute-se na autoestima, no autoconceito, na autoimagem, na autoeficácia, nos valores sociais, na perceção de saúde, na perceção do outro, nas expectativas e nas experiências no mundo (Cantero et al., 2011; Iglesias, 2003) e, por inerência, no desenvolvimento (Laranjeira, 2007; Pedro, 2010; Scorsolini-Comin et al., 2013) e capacidade adaptativa (A. Damásio, 2011, Park e colaboradores, 2013). Educação e Saúde encontram-se interrelacionadas, e as instituições hospitalares beneficiam de estratégias que forneçam aos atores do contexto princípios e ações concertadas de promoção da saúde,

em parcerias intersectoriais multifacetadas, mais eficazes (Ministério da Educação e Ciência, 2014). Neste sentido, as organizações não governamentais (*e.g.* ONV) podem ser um valioso recurso de promoção da saúde mental, como referem WHO e DGS (2002), ao proporcionarem um ambiente de suporte, seguro e saudável, dada a sua sensibilidade para a realidade do contexto de hospitalização pediátrica e o seu empenho na inovação e mudança. Os resultados deste estudo demonstram que, a nível da saúde mental, a intervenção dos DP, entre outros efeitos, contribui para o bem-estar, particularmente o psicológico e para a promoção da livre expressão de emoções, destacando-se a sua relação com o emergir de emoções positivas e, como salientado por A. Carvalho e colaboradores (2017), a qualidade das experiências emocionais e a expressão adequada das emoções é fundamental à construção do ser humano.

Em suma, os DP atuam de acordo com o que encontram em cada momento no contexto hospitalar, em sintonia com cada situação, cada pessoa, no estrito respeito pela volição e autonomia de cada um, valorizando os atores deste palco. A sua arte promove o encontro e a mudança de interações no ambiente hospitalar. Desmistifica e possibilita o imaginário. Tem impacto no quotidiano e vivência da hospitalização, faz emergir emoções positivas e promove o bem-estar como mencionam Barkmann e colaboradores (2013) e Esteves (2015). Estes efeitos permitem ressignificar o espaço, reconfigurando-o num lugar que permite a liberdade, o crescimento e desenvolvimento, alterando as “tonalidades e os olhares” mais “frios e sérios” deste ambiente, tornando-os mais coloridos, calorosos, onde a pessoa é envolvida num ambiente mais favorável à (re)construção e continuação do seu projeto de saúde e de vida. Neste sentido, a intervenção dos DP no meio hospitalar favorece a criação de condições para que as pessoas, mesmo no contexto de doença, possam salientar a sua dimensão saudável, transformando-se e transformando o ambiente, adaptando-se e respondendo positivamente às situações de vida. Tais impactos, como referem Caires e Masetti (2015), Esteves (2015), Masetti (2011), entre outros autores já referidos, oferecem uma oportunidade de transformação dos contextos e dos eventos de vida em recursos positivos, promovendo a reconexão da pessoa à sua integralidade (AATH, 2013d; Masetti, 2011).

Os referenciais da educação e promoção da saúde regem-se por princípios de participação, liberdade, positividade e melhoria contínua, assentes no desenvolvimento das potencialidades de cada um e das comunidades, num processo de (re)construção, transformação e capacitação no qual os recursos pessoais e sociais são instrumentos de saúde. Os DP, ao transformarem o contexto hospitalar num lugar de encontro, devolvendo às pessoas algum poder de decisão e controlo da situação e possibilitando a continuidade dos projetos de saúde e de vida, são um investimento de empoderamento, de autonomia e

de reconstrução do paradigma da saúde, fazendo emergir novas leituras dos contextos, possibilitando a abertura de fronteiras anteriormente balizadas pelo modelo biomédico, tendo um papel fundamental no equilíbrio psico-emocional dos intervenientes no processo de cuidar. O seu cariz inovador, criativo, livre e informal, constitui uma oportunidade para o desenvolvimento integral, promovendo, aproximando e valorizando positivamente o bem-estar das pessoas e a interação entre diferentes setores sociais, fluindo entre as complexas dimensões da saúde. Neste sentido, à luz dos resultados obtidos, os DP desafiam a “normalidade” hospitalar, constituindo-se agentes de humanização e promoção de saúde.

CAPÍTULO IX

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho percorrido ao longo deste trabalho teve como linha orientadora explorar, conhecer e refletir acerca de novas abordagens na área da hospitalização pediátrica, particularmente no que se refere ao impacto da intervenção dos DP da ONV, enquanto agentes de mudança e de humanização. Neste percurso, foram-se aferindo as percepções dos profissionais da pediatria e dos conviventes significativos, sobre o impacto dos DP no cotidiano e na vivência hospitalar da criança/adolescente e em si próprios, no âmbito dos dez hospitais que recebiam de forma contínua um programa de intervenção dos DP nos serviços de pediatria.

Este trajeto constituiu um desafio, principalmente porque o “fenômeno DP” se encontra ainda pouco explorado. Representou, no entanto, uma oportunidade para abordar a temática em estudo numa perspectiva multidimensional e integral da saúde, num contexto hospitalar cada vez mais exigente e de elevado perfil tecnológico, comprometido com a qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, com uma abordagem humana e humanizadora do cuidar.

Neste sentido, a primeira parte deste trabalho – componente teórica – é constituída por quatro capítulos que contextualizam os principais contributos teóricos e os trabalhos de investigação que servem de orientação e fundamentação teórica ao estudo empírico desenvolvido neste trabalho de doutoramento. Na estrutura dos capítulos e subcapítulos desta componente adotou-se, como os próprios títulos indicam, uma conceção positiva da hospitalização pediátrica. Nesta lógica, e não ignorando as dificuldades inerentes ao contexto hospitalar pediátrico, assumiu-se a perspectiva de que, para além das vivências negativas, existem oportunidades de crescimento e de desenvolvimento no ambiente hospitalar, promovidas por estruturas adequadas, normas flexíveis e adaptadas às necessidades das pessoas, relações interpessoais empáticas e securizantes, atividades educativas e lúdicas, entre outros fatores que condicionam a experiência da hospitalização pediátrica.

A segunda parte da tese – componente empírica – é constituída por quatro capítulos, nos quais se apresentam os objetivos, as questões de investigação, a metodologia e a descrição do estudo desenvolvido acerca dos DP da ONV.

Principais contributos teóricos

No **Capítulo 1**, é abordada a hospitalização pediátrica, enquadrando-a num projeto de continuidade de construção do ser humano, nas suas diferentes dimensões. Considera-se que o projeto de saúde e de

vida de cada pessoa se constrói e reconstrói de forma dinâmica, e contínua, nas teias de relações que estabelece com os diferentes contextos onde age e interage. É feita uma incursão pelo papel da educação e promoção da saúde enquanto processo integral, de autocriação e empoderamento das pessoas para o exercício da autonomia, da tomada de decisão consciente (*e.g.*, M.C. Antunes, 2008; R. Barros, 2013; A. Carvalho & Carvalho, 2008; DGS, 2013a; C.C. Oliveira, 2004; 2012; OMS, 1986); do bem-estar vinculado à satisfação, felicidade e qualidade de vida (I.C. Galinha, 2008; I.C. Galinha & Ribeiro, 2005; S.A. Galinha, 2011b; Honoré, 2013); assim como pelos princípios da Psicologia Positiva, orientada pela experiência humana, e alicerçada nos aspetos mais favoráveis dessa experiência que promovem oportunidades de crescimento e dão sentido à vida (I.C. Galinha, 2008; I.C. Galinha & Ribeiro, 2005; S.A. Galinha, 2011a; L.M. Neto & Marujo, 2007; J.H. Oliveira, 2010; Rivero & Marujo, 2011; Scorsolini-Comin et al., 2013). Neste entendimento, e não obstante o potencial de rutura do equilíbrio da criança/adolescente em processo de hospitalização, dos seus conviventes significativos e dos próprios profissionais da pediatria, é desejável e possível existirem condições promotoras de crescimento e de desenvolvimento de todos os atores do contexto, integradas num processo de melhoria contínua e de construção de significados positivos, tal como defende Honoré (2013).

No **Capítulo 2** aborda-se a hospitalização pediátrica enquanto lugar de vivências para a criança/adolescente, para os conviventes significativos e para os profissionais da pediatria. São apresentados os principais fatores que influenciam a vivência, a reação e a adaptação da criança/adolescente ao ambiente hospitalar (L. Barros, 2003; Bsiri-Moghaddam et al., 2011; Cardoso, 2010; Carrillo & Quiles, 2000a; Cowan, 1999; DGS, 2013b; Fernandes & Arriaga, 2010; P.M. Ferreira, 2003; Junqueira, 2003; Hockenberry & Wilson, 2011; E.M. Melo et al., 2014; Moro & Módolo, 2004; OE, 2011a; Tavares, 2011; Verwey, 2006), designadamente a fase de desenvolvimento, a situação clínica, a experiência anterior de hospitalização, as competências de *coping* e as condições ambientais existentes (estrutura, equipamentos, decoração, conforto, privacidade, normas).

No que se refere aos conviventes significativos e ao desempenho do papel parental, tomando por base a literatura (*e.g.*, Cardoso, 2010; Cockcroft, 2011; Coyne & Cowley, 2007; Figueiredo, 2002; Herzer et al., 2010; IM, 2006; Junqueira, 2003; Kohlsdorf & Costa, 2008; Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; OE, 2011a; 2015; Pereira, 2011; P.M. Sousa, 2012), foram considerados os processos de transição envolvidos na hospitalização pediátrica – desenvolvimental, situacional, organizacional e saúde/doença –, que apresentam potencial de desencadear maior vulnerabilidade, desgaste e desequilíbrio da família com impacto na sua capacidade de resposta às situações adversas.

Neste capítulo foram ainda consideradas as dificuldades dos profissionais da pediatria, nomeadamente as que se associam à exigência de diferentes competências – pessoais, técnicas, relacionais, organizacionais –, com potencial de interferência no seu desempenho profissional (Diogo & Baltar, 2014; A.R. Gomes, 2014; R.A. Gomes et al. 2009; Jorge, 2004; Mercadier, 2004; A.M. Neto, 2010; Siegrist et al., 2010; Simões et.al., 2007).

A terminar o capítulo, e na senda da orientação adotada, é abordada a hospitalização pediátrica numa conceção de lugar salutogénico, holístico, humanizado e promotor da saúde. Entende-se ser possível a atribuição/construção de significados positivos ao hospital através da criação de condições ambientais – estruturais, arquitetónicas, decisórias e outras –, do ambiente terapêutico e da humanidade do contexto. Neste sentido, as condições dos serviços de pediatria devem proporcionar não somente conforto e segurança, adequada iluminação, decoração, contacto com a paisagem natural, mas também relações interpessoais de ajuda e terapêuticas, numa dinâmica de parceria entre os intervenientes no processo, alicerçadas no sentido de humanidade. As instituições devem proporcionar, ainda, atividades educativas e lúdicas, facilitadoras da vivência hospitalar, centradas na dimensão saudável da pessoa e promotoras do seu crescimento e desenvolvimento (*e.g.*, ACSS, 2011; D.V. Almeida et al., 2009; Chalifour, 2002; Diogo & Baltar, 2014; DGS, 2013b; Dudley et al., 2015; Esteves et al., 2014; Honoré, 2013; Mezzomo, 2012; OE, 2013, 2015; Tavares, 2011).

O **Capítulo 3** é centrado na abertura das instituições hospitalares a estratégias e atividades integrativas, que humanizam os cuidados, melhoram o bem-estar e a qualidade de vida no contexto da pediatria. Como indicam ACS (2010) e a DGS (2013), as atividades educativas e lúdicas que favoreçam o desenvolvimento, as experiências positivas, a expressividade, a criatividade e a mobilidade, tais como a arte, o humor, o jogo e a brincadeira, entre outras, são consideradas essenciais a este ambiente.

A partir das leituras efetuadas a autores que se dedicaram a esta temática (*e.g.*, AATA, 2013; Ante et al., 2011; Ávila & Acaso, 2011; Belver, 2011; Belver & Ullán, 2010; Blain et al., 2011; Cano, 2011; Cuesta et al., 2011; Cunha, 2015; Gutiérrez et al., 2011; Megías, 2011; A.J. Melo, 2007; Moreno et al., 2011; J.H. Oliveira, 2010), a arte é abordada na sua dimensão artística, lúdica, educativa e terapêutica. A dimensão artística visa a arte em si mesma, ou seja, a construção simbólica de novas relações significativas a partir da realidade. A arte enquanto atividade lúdica é centrada no lado saudável da pessoa, é espontânea, prazerosa, envolvente, inovadora e criativa; promove o bem-estar, incute alguma normalidade ao contexto hospitalar e transporta uma importante vertente humanizadora. Na vertente educativa, a arte promove a criatividade, a expressividade, a afetividade, a originalidade, a sensibilidade estética, a liberdade, a autonomia, o pensamento abstrato e crítico, essenciais ao desenvolvimento

integral do ser humano. Enquanto atividade que abre espaço à criação, à livre expressão, à exploração de sentimentos e à resolução de conflitos emocionais, à redução da ansiedade, à facilitação da exploração do ambiente ao desenvolvimento de atividades socio-comunicativas, a arte pode constituir um precioso recurso terapêutico. Pelo exposto, a arte tem o potencial de desconstruir e reconstruir significados do ambiente hospitalar e amenizar a experiência da hospitalização pediátrica, como referem os autores supramencionados.

Por seu lado, o humor é apresentado como um processo dinâmico, interativo e subjetivo, cujo significado é influenciado pelo meio sociocultural (Baquero et al., 2000; José, 2010; Ortiz, 2002; L.M. Sousa & José, 2016; Tan, 2014; Wilkins & Eisenbraun, 2009). O riso, atividade fisiológica frequentemente associado ao humor, é despoletado pela atribuição de significados a palavras ou situações de carácter universal e envoltas num determinado contexto social (Guerreiro, 2013; Matraca et al., 2011; Wilkins & Eisenbraun, 2009), liberta tensões e gera prazer (J.F. Rodrigues, 2015). O humor e o riso são, desta forma, assumidos como ferramentas libertadoras e humanizadoras que contribuem para enfrentar de forma positiva os eventos adversos. Salientam-se os seus efeitos positivos a nível físico (*e.g.*, sistemas fisiológicos, sono/repouso, analgésicos, estimulam a imunidade...), cognitivo (*e.g.*, processo de aprendizagem, memória, criatividade, desenvolvimento de estratégias de *coping*...), psicológico (*e.g.*, bem-estar, felicidade, esperança, autoestima, expressão e gestão de emoções, redução da tensão e ansiedade, satisfação com a vida...), social (*e.g.*, relações interpessoais, comunicação, proximidade social, solidariedade, facilitam a gestão de situações incómodas...) e espiritual (satisfação interior e sentido da vida), tal como salienta a literatura (*e.g.*, J.L. Abreu, 2013; García et al., 2011; Gómez et al., 2005; José, 2010; Longras, 2015; Ochoa, 2009; J.H. Oliveira, 2010; OE, 2013; Ortiz, 2002; L.M. Sousa & José (2016), Tan, 2014; Villamil et al., 2013; Wilkins & Eisenbraun, 2009). Numa perspetiva terapêutica, o humor e o riso promovem relações equitativas e de comunicação efetiva, são libertadores, facilitam o desenvolvimento de estratégias adaptativas positivas, estimulam o bem-estar através da descoberta, expressão ou apreciação dos paradoxos da vida (AATH, 2000; Ochoa, 2009). Apesar destas evidências, o recurso ao humor e ao riso no contexto pediátrico deve ser efetuado no respeito pela recetividade, valores e cultura do outro (Mercadier, 2004; Wilkins & Eisenbraun, 2009; Tan, 2014), no sentido de evitar efeitos constrangedores e ofensivos.

Por fim, é abordado o jogo e a brincadeira enquanto direito fundamental da criança/adolescente, pela sua relevância para o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis, tendo para além da componente funcional, uma função de exploração, transformação e criação de sentido do Eu e do mundo (Anes & Obi, 2014; Ávila & Acaso, 2011; Chateau, 1975; Freinet, 1960; Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2013;

2015 Montessori, 1969; D.K. Oliveira & Oliveira, 2013; OE, 2010, 2013; Ullán & Belver, 2008; Vygotsky, 1991; Winnicott, 1982; Yogman et al., 2018). Face ao exposto, é entendido que o jogo e a brincadeira constituem atividades basilares no contexto da hospitalização pediátrica, cumprindo propósitos de ordem recreativa, educativa, humanizadora e terapêutica, pelo que transformam o espaço num lugar de suporte, bem-estar, interação, relação, cooperação, comunicação, “normalidade”, imaginário e liberdade, com efeitos não apenas para a criança/adolescente, mas para todos os atores do contexto, promovendo experiências positivas facilitadoras da adaptação à situação de hospitalização. Não obstante as suas mais-valias, estas atividades devem ser propostas e não impostas, para além de serem adaptadas a cada um e a cada circunstância.

O **Capítulo 4** é dedicado ao PH, enquanto agente de humanização e transformação do ambiente de hospitalização pediátrica. Neste capítulo é abordada a história do palhaço, desde as suas raízes ancestrais até à sua intervenção no ambiente hospitalar. No hospital, o PH é uma figura dissonante, inusitada e imprevisível, que combina diversas expressões e técnicas artísticas na sua exigente arte de “olhar e ver” o outro, perceber o ambiente e intervir a partir do que encontra em cada momento. Introduce uma nova lógica no espaço, transformando-o num lugar de liberdade para todos os atores que nele agem e interagem e, ao focar-se no seu lado saudável, promove a construção de novos significados acerca da experiência de hospitalização (Dionigi et al., 2013; Esteves, 2015; Ford et al., 2013; Masetti, 2011; Masetti, Caires et al., 2016; A.S. Melo, 2017; ONV, s.d. a; A.F. Rodrigues & Filho, 2013; Spitzer, 2006). Ao longo do capítulo é apresentado o PH na sua essência – a sua condição humana. É com base nesta humanidade que o PH constrói a sua identidade e o encontro com os outros, enfatizando as comunicações do ser humano, as suas vulnerabilidades e dificuldades, subvertendo convenções, transformando as situações e o ambiente em recursos positivos, promovendo o bem-estar (Esteves, 2015; Ford et al., 2013; Masetti, 2011; 2013). Pelo facto de expor a humanidade – sua e do outro – num contexto sensível, ao PH é exigida formação artística e técnica na área da saúde e ambiente hospitalar. Da literatura emerge a progressiva aceitação deste profissional no contexto hospitalar, sendo perceptível através da investigação realizada nesta área, o reconhecimento dos seus efeitos positivos – criatividade, bem-estar físico, psicológico e social (*e.g.*, Dionigi et al., 2013; Esteves, 2015; Fernandes & Arriaga, 2010; A.S. Melo, 2017; Vagnoli et al, 2005; Vagnoli et al, 2010). Porém, alguns estudos evidenciam que os PH podem perturbar as rotinas, causar ruído e ser intrusivos (McCann & Kain, 2001; Vagnoli et al., 2005); ser barulhentos, provocar a desatenção da criança em relação à intervenção do profissional de saúde ou causar medo (Tiago, 2013); causar obstrução/interferência com as rotinas

hospitalares e algum nível de intrusão/perturbação do trabalho dos profissionais de saúde (Moreira, 2015); causar raiva, confusão e sentimentos de ambivalência nos pais (Tan, 2014).

No fim deste quarto capítulo é apresentada a ONV, a associação de PH profissionais mais antiga em Portugal, objeto de estudo deste trabalho de doutoramento, que se enquadra no projeto de investigação “Rir é o melhor remédio?”, desenvolvido ao abrigo do protocolo entre aquela Associação e o Instituto de Educação da Universidade do Minho.

Na segunda parte da tese, correspondente à componente empírica, são explicitados no **Capítulo 5** o problema, os objetivos e as questões de investigação especificando as variáveis-chave e a população abrangida pelo estudo. O **Capítulo 6** centra-se na metodologia, realçando o seu caráter exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa a dados qualitativos, que procurou responder às questões de investigação elaboradas a partir dos objetivos que nortearam a investigação. Permitiu conhecer de forma mais aprofundada as perceções dos profissionais da pediatria e dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos DP no contexto pediátrico. O **Capítulo 7**, dedicado aos resultados, apresenta as características métricas dos instrumentos do QPPPIDP e QPPAIDP e os resultados referentes às perceções dos profissionais da pediatria e dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos DP. Ao longo do **Capítulo 8** são discutidos os resultados do estudo, alicerçados nos objetivos e questões de investigação.

Contributos do estudo – principais resultados

Tomando como referência o olhar dos profissionais da pediatria e dos conviventes significativos relativamente à intervenção dos DP no contexto dos serviços de pediatria, os resultados do estudo demonstram que estes participantes reconhecem o impacto positivo destes palhaços na hospitalização pediátrica e, nesta lógica, são recetivos à sua intervenção. Contudo, de um modo geral, os maiores benefícios situam-se ao nível das vivências e da adaptação da criança/adolescente e dos conviventes significativos à situação de hospitalização.

A leitura dos resultados permite perceber que os DP, para além da surpresa e entusiasmo imediato que originam na criança/adolescente e nos conviventes significativos, deixam um certo “rasto”, durante o qual estes vão “propagando” a sua experiência com aqueles artistas, seja por força dos seus relatos a outros (criança/adolescente), seja por rentabilizarem essa experiência para promover a cooperação ou diversão da criança/adolescente (conviventes significativos).

Os resultados apontam também para o foco dos DP no lado humano e salutogénico das pessoas ao longo da sua intervenção e transformação do espaço num lugar de liberdade que permite a abstração e

o imaginário sendo que, como indica Clark (2016), a transformação das dificuldades em fantasia minimiza os efeitos negativos do processo de doença. Efetivamente, os DP, ao envolverem a criança/adolescente e os conviventes significativos no seu jogo e brincadeira, alteram a ordem e as relações instituídas. As relações de poder desaparecem neste encontro, tornando-se horizontais, e as regras são construídas na história que vai emergindo no contexto. Nesta construção dinâmica, os intervenientes tornam-se mais (inter)ativos, fazendo despontar emoções positivas de alegria e felicidade. A acrescentar a estas emoções, está a conexão dos DP à diversão, boa-disposição, riso e animação. Neste sentido, ao criarem uma “certa normalidade” no ambiente hospitalar, despertam algum encantamento, onde a criatividade e a liberdade acontecem, desmistificando o espaço e amenizando as situações que se traduzem num aumento do conforto para a criança/adolescente e conviventes significativos. Estes resultados, associados às evidências descritas na literatura, que compõem a primeira parte desta tese, comprovam o impacto dos DP na vivência e adaptação ao hospital e traduzem o seu potencial efeito no desenvolvimento de estratégias de *coping* que, ao permitirem transpor as dificuldades, favorecem uma adaptação positiva à hospitalização, principalmente através do aumento do bem-estar, particularmente do bem-estar psicológico.

O estudo permite ainda perceber que, a nível dos conviventes significativos, e segundo os próprios, os DP têm impacto na sua adaptação e enfrentamento da hospitalização, acrescentando aos efeitos anteriormente mencionados – abstração, descontração, conforto, emoções positivas e outros – maior comunicação/interação com a criança/adolescente, maior tranquilidade e mais esperança na resolução das situações. Estes resultados revelam o potencial dos DP na criação de um novo e renovado olhar sobre os recursos que permitem experienciar a hospitalização de forma mais positiva, facilitando a gestão das adversidades e mantendo o ânimo, acreditando que é possível continuar os projetos de saúde e de vida. A esperança faz emergir emoções positivas que, no enquadramento da Psicologia Positiva, promovem a construção de “*una vida resiliente y próspera*” (Park et al., 2013, p. 13). Esta visão mais otimista na recuperação da criança/adolescente, associada a emoções positivas, securizantes, possibilita aos conviventes significativos maior flexibilidade e adoção de estratégias mais adaptativas e duradouras. Saliencia-se que esta capacidade de adaptação dos conviventes significativos se reflete – dado serem as pedras angulares do suporte, das relações e interações da criança/adolescente neste contexto –, no quotidiano e na experiência de hospitalização destes intervenientes centrais do processo. No mesmo enquadramento, os resultados demonstram que os conviventes significativos consideram que visitas dos palhaços em internamentos anteriores têm impacto positivo na recetividade e adesão da criança/adolescente ao DP e, de algum modo, confirmam as expectativas do impacto positivo de um

maior número de visitas. Porém, existe alguma dificuldade em “estabelecer” o número de visitas mais adequado. De facto, como indica o estudo de Esteves (2015), a periodicidade diária destas visitas tornaria a sua intervenção rotineira, podendo ser contraproducente e perderem-se os efeitos desejados.

Dos resultados do estudo ressalta, ainda, a universalidade do palhaço, cuja relação com o mundo obedece a uma lógica própria fundada na liberdade. A aceitação dos DP por todos os atores do contexto, independentemente da idade ou área profissional dos intervenientes ou género da criança/adolescente, certifica que esta figura, na sua dissonância, é bastante consensual no ambiente hospitalar. Na sua transgressão de regras e subversão do poder, reconfigura o espaço hospitalar num lugar que “humaniza o erro”. Nesse lugar, a história que se constrói conecta os atores no mesmo universo simbólico, numa lógica de encontro na humanidade de cada um. Essa é a essência do DP – a humanidade – que alicerça a sua universalidade.

Considerando os resultados supramencionados acerca dos efeitos dos DP, um olhar desafiante abre portas para alguns potenciais efeitos terapêuticos da sua intervenção, mesmo considerando que este não é o objetivo da intervenção dos palhaços da ONV (*cf.* 3.3.3 Palhaços de Hospital: Terapêuticos versus Não Terapêuticos; 4.1 Transformadores de Momentos: os Doutores Palhaços da ONV). Estes resultados mostram que estes profissionais da arte estão comprometidos com os atores deste contexto e, mesmo num cenário difícil como o da hospitalização pediátrica, transportam consigo a alegria e a felicidade, a boa disposição, o humor e o riso, a diversão, a animação e o imaginário seguro, promovem o bem-estar, o relaxamento, a esperança e a confiança, criando condições para maior conforto e adaptação ao ambiente hospitalar e oportunidades para o enfrentamento de eventos negativos.

Contrastando com o que os resultados acima expostos sugerem, tal impacto não se confirma na percepção dos profissionais da pediatria acerca da intervenção dos DP nas suas atitudes e comportamentos do cuidar. Estes resultados parecem ambíguos. Se, por um lado, existe uma aceitação inequívoca dos DP, por outro os profissionais manifestam que aqueles não constituem um fator de mudança ou recurso na sua abordagem ao processo de cuidar. De facto, o estudo revela que os profissionais da pediatria percebem apenas algum efeito prazeroso na sua atividade profissional associada à intervenção dos DP; e que recorrem mais ao humor para distrair ou conquistar a criança/adolescente. Contudo, a percepção que emergiu durante o processo de recolha de dados no contexto pediátrico foi a de que os profissionais não só mostravam abertura à intervenção dos DP, como aderiam e se divertiam com eles, estabelecendo uma relação de cumplicidade. Aliás, no contexto da participação nos Workshops da ONV "À procura do seu palhaço interior", foi possível constatar a adesão dos estudantes e dos profissionais de saúde não

só à figura e desafio do palhaço, mas essencialmente às reflexões que eram propostas por ele ao longo desta intervenção.

Estes resultados podem ter duas leituras. A primeira leva em consideração o facto de a maior parte dos participantes serem enfermeiros. O seu exercício profissional, centrado na relação interpessoal, implica compreensão, respeito e cuidar numa perspetiva multidimensional, estabelecimento de uma relação terapêutica caracterizada pela parceria, num processo dinâmico de ajudar a pessoa a viver e prosseguir o seu projeto de saúde ao longo do ciclo vital, envolvendo conviventes significativos e comunidades, como referido pelo Conselho de Enfermagem da OE (2001). À luz desta perspetiva, justificam-se os resultados obtidos, uma vez que estão em consonância com o quadro de responsabilidade profissional e ética e o desenvolvimento da relação e comunicação no ambiente terapêutico, tal como descrito na componente teórica desta tese. Partindo desta premissa, os resultados indicam que os profissionais da pediatria estabelecem relações de proximidade e intimidade profissional, numa prática transformadora, autêntica, terapêutica, de parceria e encontro com o outro, num processo de comunicação efetivo, conforme defendem autores como Braga (2013), Chalifour (2002), Goulart e Chiari (2010) Hildegard Peplau, referida por Pearson e Vaughan (1992), A.I. Santos (2011), entre outros, inserindo a sua prática num paradigma holístico da saúde. Neste pressuposto, os profissionais assumem o exercício profissional supra descrito, pelo que a intervenção dos DP não seria um fator influenciador na mudança de comportamentos e atitudes que, por si, se encontram ajustadas a um modelo que favorece a integração e relação de todos os intervenientes no processo de hospitalização pediátrica. A acrescentar a esta discussão, e na mesma linha de pensamento, o facto da relação dos profissionais de enfermagem com os DP ser mais próxima e efetiva do que a dos médicos, sendo também estes artistas mais apreciados pelos enfermeiros (Barkmann et al., 2013; Battrick et al., 2007; Moreira, 2015; A.I. Santos, 2011), poderá servir de suporte à perspetiva de que as práticas profissionais estão de acordo com uma conceção holista e humanizada da saúde, uma vez que, apesar de bem aceite, a intervenção dos DP apenas promove parcialmente o recurso ao humor para distrair ou conquistar a colaboração da criança/adolescente, tal como tão-somente exerce alguma influência no prazer dos profissionais da pediatria na sua atividade profissional, não sendo utilizados como recurso facilitador da comunicação, da relação e do desenvolvimento, dado que, seguindo o pressuposto, estes já integram a prática profissional.

A segunda leitura possível não assume esta conceção positiva de parceria entre a criança/adolescente, conviventes significativos e profissionais da pediatria, nem uma visão que pressupõe interações complexas entre os elementos da qualidade da saúde – estrutura, processo e resultado (Donabedian,

2003) –, como interdependentes e dinâmicos, promotores da aprendizagem, crescimento e desenvolvimento de todos os intervenientes. As dificuldades dos profissionais da pediatria, considerando o sofrimento, a responsabilidade, a complexidade, a exigência de competências necessárias ao seu desempenho e a segurança na tomada de decisão, como expõem R.A. Gomes e colaboradores (2009) e Siegrist e colaboradores (2010), acrescidas da gestão de emoções próprias e dos outros, dos afetos e respectivas implicações na relação de proximidade profissional a que se referem Diogo e Baltar (2014), A.R. Gomes (2014) e Mercadier (2004), podem estar na base da sua posição, sugerindo alguma “proteção” em relação a questões potencialmente sensíveis no que se refere ao desempenho profissional. Nesta leitura, o confronto com os requisitos técnicos, físicos, psicológicos, afetivo-emocionais, normativos e organizacionais, condiciona a disponibilidade dos profissionais para responder de forma efetiva a todos os padrões exigidos, criando dificuldades ao seu desempenho e gerando conflitos na sua arte e ciência do cuidar. Esta perspectiva considera que os profissionais, subjugados às exigências e expectativas de desempenho que lhe são impostas, têm dificuldade em abandonar o complexo normativo em que se encontram envolvidos, questionar e refletir sobre as práticas, dando oportunidade para recriar e (re)contextualizar a identidade profissional, reconstruir teias de significados que contribuam para o crescimento e desenvolvimento de todos os intervenientes e mesmo para uma nova “ordem” na organização e trabalho multidisciplinar. À luz desta leitura, os resultados refletiriam o “medo” e “proteção” destes profissionais pela perda de poder e de identidade profissional ao assumirem abertura aos contributos de intervenções hospitalares menos convencionais, como os DP, quiçá por estas contrastarem com o modelo biomédico, ainda bastante enraizado nas instituições de saúde. Modelo este mais securizante, menos exigente sob o ponto de vista afetivo-emocional, mais consentâneo com a “seriedade e cientificidade” da causalidade biológica associada à doença, como indicam Masetti (2014), Pearson e Vaughan (1992), A.F. Rodrigues e Filho (2013) e Stroebe e Stroebe (1995). Neste cenário, é perdida a oportunidade para os profissionais co-construírem e reconstruírem o ambiente hospitalar, enquanto atores fundamentais da transformação do espaço num lugar menos hostil e triste, cujo maior desafio é acrescentar aos cuidados a humanidade de cada interveniente, trilhando caminhos de saúde e de vida.

O estudo revela ainda que a idade e, por inerência a experiência de vida, influenciam as percepções dos profissionais da pediatria relativamente ao impacto dos DP na adaptação e vivência da situação clínica da criança/adolescente e na adaptação e enfrentamento da hospitalização dos conviventes significativos. Os profissionais mais velhos têm percepções mais positivas dos efeitos dos DP neste âmbito, o que parece atestar que a sua experiência promove o desenvolvimento de competências de resposta mais efetivas –

construídas, experimentadas e vividas na e para a vida (A.B. Sousa, 2003) – a toda a envolvente da hospitalização pediátrica. Para além disso, permite ao profissional, com maior segurança, abandonar progressivamente a lógica instrumental dos cuidados, colocando a dimensão estruturante do cuidar em perspetiva, como refere Honoré (2013), e adotar uma conceção holística no processo de cuidar. No mesmo sentido, a frequência de contacto dos profissionais com os DP conduziu, neste estudo, a percepções mais positivas relativamente ao impacto dos palhaços neste contexto. Tal achado indica que maior proximidade dos profissionais da pediatria aos DP se traduz num maior envolvimento e estreitamento de laços afetivos, fazendo emergir um olhar mais favorável relativamente a estes artistas. O estudo mostrou, no que concerne aos potenciais efeitos negativos dos DP discutidos na componente teórica, que tal impacto não constava das percepções destes intervenientes, quer no que se refere à criança/adolescente, quer em si próprios. Do eventual medo ou antipatia por palhaços até ao impacto no contexto hospitalar, apenas foram aferidas respostas negativas residuais. Estes resultados confirmam a boa aceitação destes artistas no contexto hospitalar, tal como a sua conduta de “saudável disrupção” e adequadas linhas de comunicação e relação com os outros intervenientes hospitalares.

Apesar dos estudos acerca dos PH serem escassos, particularmente os quantitativos, as evidências dos seus efeitos positivos estão a consolidar-se, justificando o investimento na sua intervenção a nível hospitalar, como revelam alguns trabalhos recentes (*e.g.*, Esteves, 2015; A.S. Melo, 2017), cujos resultados vão no mesmo sentido dos obtidos neste estudo – o impacto da arte *clown* enquanto intervenção promotora de bem-estar, de humanização e de promoção da saúde. Esta arte congrega, nas suas ferramentas nucleares – arte, humor, riso, jogo e brincadeira –, várias técnicas e expressões artísticas cujos benefícios se encontram bem fundamentados. Os DP, ao “invadirem” e transformarem o espaço pediátrico de uma forma “adequadamente agitada e surpreendente”, suscitam inquietudes em todos os atores deste palco, abrindo oportunidades à construção dos alicerces de uma nova humanidade no contexto, a um lugar onde “pode acontecer o improvável” e à reconstrução de significados para a continuidade dos projetos de saúde e de vida. Constituindo-se como contraponto a um cenário complexo e marcante – o quotidiano hospitalar –, os DP tornam-se elementos necessários e desejáveis neste contexto, promovendo a criação de condições para novos olhares e descobertas, colocando em perspetiva os paradigmas instituídos. Neste enquadramento, o DP é livre e libertador, contribuindo para o resgate das pessoas no sentido de que adquiram o controlo para enfrentarem de forma positiva os eventos de vida. À luz destes pensamentos, a intervenção dos DP é promotora da saúde.

Respondendo ao problema de investigação do estudo, pode concluir-se que, de uma forma geral, os profissionais da pediatria e os conviventes significativos construíram percepções positivas acerca do

impacto dos DP no contexto pediátrico. Tais percepções estão alicerçadas no facto de os DP promoverem a emergência de emoções positivas, o humor e o riso, entusiasmo, diversão, boa-disposição, distração, animação, sendo que tais efeitos se traduzem na transposição de barreiras, na criação de um lugar onde todos são simultaneamente espetadores e criadores das histórias que se vão desenrolando no contexto e no momento. Este processo criativo transforma, securiza e desmistifica o ambiente, a estrutura, o tempo, o poder e a linguagem do lugar, dando azo ao imaginário, à libertação e reconexão da pessoa à sua dimensão humana e saudável. Tais “janelas de oportunidade” têm um valor adaptativo na vivência da hospitalização da criança/adolescente e dos conviventes significativos, com potencial de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento.

Constrangimentos, limitações e sugestões do estudo

A investigação levada a cabo apresenta algumas limitações que se instituem em torno de constrangimentos temporais, relativas ao objeto do estudo, ligadas ao ambiente ou à metodologia adotada, e que seguidamente se identificam.

No que concerne aos constrangimentos temporais, o facto de a investigadora desempenhar a sua atividade profissional em simultâneo com o desenvolvimento do trabalho de investigação teve implicações no tempo disponível para a recolha de dados, agravada pela extensão e distância geográfica dos serviços onde intervêm os DP da ONV. Por outro lado, o facto de as autorizações para a realização do estudo, por parte das Comissões de Ética e dos Conselhos de Administração das instituições onde o mesmo decorreu, terem requerido procedimentos bastante disparees, sendo estas autorizações obtidas em momentos bastante diferentes, condicionou a recolha de dados. Ressalta-se, ainda, que o tempo de intervenção dos DP – tendencialmente curto (no máximo 30 a 45 minutos por serviço) e muito variável (dependendo das situações e das características de cada criança/adolescente; ocorrer apenas uma ou duas vezes por semana; ir variando entre instituições e serviços) – obstaculizou, também, a recolha de dados.

Relativamente ao objeto de estudo, este é multifacetado e tal facto não permitiu um controlo de variáveis estranhas, uma vez que as percepções são relações complexas entre o sujeito e o mundo, objeto de interpretação, construção de significados e atribuição de sentido, logo subjetivas e influenciadas por diversos fatores internos e externos (*e.g.* ambiente, emoções, situação clínica, tempo, cultura). O estudo desenvolvido, de natureza quantitativa, apesar de permitir obter dados mensuráveis e princípios gerais (*e.g.*, Polit & Beck, 2011; J.L. Ribeiro, 2010; Severino, 2007) acerca do fenómeno sobre o qual o trabalho versa, apresenta apenas uma visão parcial de um problema dinâmico e complexo, uma leitura, de entre outras possíveis. Para uma compreensão mais abrangente do fenómeno, o estudo poderia beneficiar de

uma abordagem qualitativa em complementaridade com a abordagem quantitativa adotada, permitindo apreender os aspetos da experiência de forma mais global.

O ambiente hospitalar pediátrico foi também um fator que originou alguns constrangimentos. A nível ético, por exemplo, uma vez que existem restrições em relação ao que é aceitável na investigação e, mais concretamente na pediatria, perante situações particularmente penosas para todos os intervenientes (*e.g.* cansaço, sofrimento). Neste âmbito, a necessidade de perceber e respeitar a (in)oportunidade de recolha de dados repercutiu-se na dimensão da amostra. As atividades hospitalares tiveram implicações na (im)possibilidade de recolha de dados, condicionando o acesso quer aos conviventes significativos, quer aos profissionais, facto agravado pelo número de visitas semanais dos DP – uma ou duas por semana nos serviços – e pelo curto período de internamento, restringindo ainda mais a operacionalização da investigação.

Importa referir que a investigação requer, como indicam Espejel e Estrada (2006), pensamento crítico, lógico e criativo, mas estes estão orientados pelos valores, pela visão e entendimento do mundo inerentes ao investigador, pelo que esta investigação não é assética, pese embora tenha sido desenvolvida de forma a respeitar os critérios de cientificidade e objetividade do estudo.

Sob o ponto de vista metodológico, a realização de um estudo não experimental, exploratório-descritivo, com amostras não probabilísticas e com recurso a questionários como instrumentos de recolha de dados originou algumas limitações. Neste sentido, é possível estabelecer relações entre as variáveis, mas não relações de causa-efeito.

No que respeita ao questionário de perceções dos conviventes significativos, a opção pela não delimitação de um perfil etário para a criança/adolescente teve como consequência, em alguns casos, a incapacidade do participante responder a algumas das questões, nomeadamente nas crianças com idade mais reduzida ou com limitações cognitivas. O risco de assumir a aplicação do instrumento em unidades de cuidados intensivos teve a mesma consequência, dada a gravidade de algumas situações clínicas das crianças. Considerando que a investigação versa sobre perceções, subjetivas, não se pode afastar o cenário de existirem efeitos de desejabilidade social. Para investigações futuras sugere-se que seja traçado um perfil etário mais restritivo.

No que concerne aos profissionais da pediatria, para além da idade e situação clínica da criança/adolescente, algumas questões poderiam ser “sensíveis” considerando as conceções e valores que orientam a profissão, os pressupostos do exercício profissional e os códigos deontológicos das respetivas profissões, podendo existir respostas que correspondam, de certa forma, a uma postura de acordo com o que é esperado para a profissão e não necessariamente com a realidade. De referir ainda

que, apesar do maior grupo profissional na área da saúde serem enfermeiros, os outros grupos profissionais, nomeadamente os médicos e os assistentes operacionais, poderiam estar mais representados.

Relativamente à representatividade das amostras, o facto de serem não probabilísticas, por conveniência, não permite avaliar o seu grau de representatividade inviabilizando generalizações seguras. Ademais, face às decisões tomadas, as amostras iniciais obtidas resultaram em amostras mais reduzidas, mas cumprem o tamanho mínimo da amostra adequado ao estudo.

Potencialidades do estudo

Não obstante as dificuldades e limitações referidas, o estudo constitui-se como inovador numa área pouco explorada, que se inscreve no âmbito das novas abordagens no contexto hospitalar, nomeadamente a intervenção dos PH. Especialmente pela complexidade de todo o ambiente do contexto pediátrico e pelas pontes de ligação entre a arte e a saúde, torna-se difícil a construção de instrumentos que permitam “captar” a “essência” de toda esta envolvência. Assim, para novas investigações, além das perceções aferidas por meio de questionário, seria interessante que estas fossem consolidadas por indicadores fisiológicos obtidos após a intervenção do DP e por análises qualitativas, que permitiriam perceber e aprofundar a envolvência deste fenómeno.

Levando em conta os resultados obtidos, sugere-se uma linha de investigação que permita perceber, de forma mais profunda, a influência da experiência dos profissionais da pediatria na sua perceção relativamente à intervenção dos DP no contexto pediátrico, num desenho de estudo prospetivo.

A incursão por intervenções complementares no seio da “normal” atividade assistencial hospitalar, mau grado a sua maior aceitação, não foi um caminho fácil. No entanto, permitiu perceber o potencial destas intervenções na transformação e humanização do contexto hospitalar pediátrico.

Assumido o desafio, com a consciência de que este trabalho explora apenas uma parte desta temática, considera-se que este constitui um contributo para esta área, principalmente pela escassez de estudos empíricos de natureza quantitativa, abrindo portas a novas investigações que permitam construir um corpo de conhecimentos sólidos no âmbito da intervenção dos DP, principalmente nas dimensões menos exploradas.

O caminho percorrido concorreu também para o crescimento pessoal, porque suscitou a oportunidade de “viver e refletir” a integração das diversas dimensões do ser humano no hospital, através de uma “normalidade anormal”, suscitada pelo olhar inusitado do DP.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, J. L. (2013). O riso no cérebro. Em N. Crespo (coord.), & Fundação EDP (Ed.), *Prontuário do Riso* (pp. 157-168). Lisboa: Edições Tinta da China.
- Abreu, M., & Azevedo, A. I. (Julho/Setembro de 2012). O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: como facilitar a transição? *Adolescência & Saúde*, 9(3), pp. 21-28. Obtido em 23 de Maio de 2015, de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327
- Achcar, A. (2007). *Palhaço de Hospital: Proposta Metodológica de Formação*. Tese de Doutoramento, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Letras e Artes, Rio de Janeiro. Obtido em 23 de junho de 2015, de <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp061294.pdf>
- Achcar, A. (2016). Palavra de Palhaço. Em D. Maia (coord.), *Palavra de Palhaço* (1ª ed.). Rio de Janeiro: Jagatirica.
- Adams, P. (August de 2002). Humour and love: The origination of clown therapy. *Postgraduate Medical Journal*, 78, pp. 447-448. Obtido em 21 de Janeiro de 2015, de <http://pmj.bmj.com/content/postgradmedj/78/922/447.full.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2011). *Recomendações e Especificações Técnicas do Edifício Hospitalar – V. 2011*. Lisboa: ACSS.
- Almeida, D. V., Chaves, E. C., & Brito, J. S. (Julho de 2009). Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. *Revista Referência*, IIª série, número 10, pp. 89-96. Obtido em 21 de Janeiro de 2015, de https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=275.
- Almeida, F. (1998). Ética em Pediatria. Em D. Serrão (coord.), *Ética em Cuidados de Saúde* (pp. 47-57). Porto: Porto Editora.
- Almeida, I. C. (2012). *Representações e expectativas dos profissionais dos serviços de pediatria do Hospital de Braga relativamente à intervenção dos "Doutores Palhaços"*. Dissertação de mestrado, Universidade do Minho, Instituto de Educação, Braga.
- Alto Comissariado da Saúde (ACS). (2010). *O respeito dos direitos da criança no hospital*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- American Art Therapy Association (AATA). (2013). *What is art therapy?* Obtido em 9 de Outubro de 2014, de <https://arttherapy.org/>: <https://arttherapy.org/upload/whatisarttherapy.pdf>
- Amorim, M. I. (2015). Doença crónica: A importância da avaliação da Qualidade de Vida. Em L. Santos, C. Parente, J. Ribeiro, & Â. Pontes, *Promoção da Saúde: Da investigação à prática* (1ª ed., Vol. I, pp.22-27). Lisboa: SPPS, Editora, LDA.

- Andraus, L. M., Minamisava, R., & Munari, D. B. (agosto de 2004). Cuidando da família da criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(2), pp. 50-54. doi:<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.40057>
- Anes, L., & Obi, M. (30 de Outubro de 2014). Hospital Clowning as Play Stimulus in Healthcare. *Children*, 1, pp. 374-389. doi:10.3390/children1030374
- Ante, B., González, R., López, X., Peleteiro, C., Rodríguez, C., & Ruibal, N. (2011). Algo más que color. Terapia Habitacional de Hospital. *Arte, Individuo Y Sociedad*, 23, Núm. Especial, pp. 203-211. doi:10.5209/rev_ARIS.2011.v23.36756
- Antoniazzi, A. A., Dell`Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (jul./dez de 1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), pp. 273-294. doi:<https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Antunes, A. (1998). Consentimento informado. Em D. Serrão(coord.), *Ética em Cuidados de Saúde* (pp. 13-27). Porto: Porto Editora.
- Antunes, M. C. (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra: Edições Almedina.
- Assembleia da República. (21 de Março de 2014). Lei n.º 15/2014 - Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres. *Diário da República*, 1.ª série – N.º 57, 2127-2131.
- Association for Applied and Therapeutic Humor (AATH). (1 de June de 2000). *What is Therapeutic Humor?* (AATH Board of Directors, Produtor) Obtido em 9 de Outubro de 2014, de Association for Applied and Therapeutic Humor: <http://www.aath.org/>
- Association for Applied and Therapeutic Humor (AATH). (2013a). *Guidelines for Therapeutic Clowns*. Obtido em 9 de Outubro de 2014, de Association for Applied and Therapeutic Humor: <https://aath.memberclicks.net/assets/docs/humor-articles/guidelines%20for%20therapeutic%20clowns.pdf>
- Association for Applied and Therapeutic Humor (AATH). (October de 2013b). *Benefits of Therapeutic Clowns in Hospitals*. (Therapeutic Clown Advisory Board, Editor) Obtido em 9 de Outubro de 2014, de Association for Applied and Therapeutic Humor: <https://aath.memberclicks.net/assets/docs/HumorResources/TherapeuticClown/benefits%20of%20therapeutic%20clowns%20in%20hospitals-1.pdf>
- Association for Applied and Therapeutic Humor (AATH). (october de 2013c). *Risks of Therapeutic Clowns in Hospitals*. (Therapeutic Clown Advisory Board, Ed.) Obtido de Association for Applied and Therapeutic Humor: <https://aath.memberclicks.net/assets/docs/HumorResources/TherapeuticClown/risksoftherapeutic%20clowns.pdf>

- Association for Applied and Therapeutic Humor (AATH). (2013d). *The Therapeutic Clown*. (Therapeutic Clown Committee, Editor) Obtido em 9 de Outubro de 2014, de Association for Applied and Therapeutic Humor:
<https://aath.memberclicks.net/assets/docs/HumorResources/TherapeuticClown/tcdefinition.pdf>
- Ávila, N., & Acaso, M. (2011). Una profesión reconocida en contextos de salud: la educación artística. *Arte, Individuo Y Sociedad, 23, Núm. Especial*, pp. 19-27. doi:10.5209/rev_ARIS.2011.v23.36740
- Ayres, J. R. (2006). Cuidado e humanização das práticas de saúde. Em S. F. Deslandes (org), *Humanização dos cuidados de saúde: conceitos, dilemas e práticas* (pp. 49-83). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Azevedo, D. M., Santos, J. J., Justino, M. A., Miranda, F. A., & Simpson, C. A. (2008). O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 10(1)*, pp. 137-144. Obtido em 13 de maio de 2015, de
https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a12.pdf
- Backes, D. S., Lunardi Filho, W. D., & Lunardi, V. L. (2006). O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 40(2)*. doi:10.1590/S0080-62342006000200010
- Balling, K., & McCubbin, M. (april de 2001). Hospitalized children with chronic illness: Parental caregiving needs and valuing parents expertise. *Journal of Pediatric Nursing*, pp. 110-119.
- Baquero, B. C., Esteve, A. A., & Parra, S. R. (15 de Junio de 2000). Una aproximación terapéutica al humor en el cuidado paliativo. *Atención Primaria, 26(1)*, pp. 58-62. Obtido em 21 de Março de 2014, de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-una-aproximacion-terapeutica-al-humor-S0212656700786082>
- Barja, A. M. (18 a 21 de abril de 2010). Clown no hospital: uma proposta de acompanhamento. *Comunicação apresentada no World Congress on Communication and Arts*. Guimarães, Portugal.
- Barkmann, C., Siem, A.-K., Wessolowski, N., & Schulte-Markwort, M. (10 de october de 2013). Clowning as a supportive measure in paediatrics - a survey of clowns, parents and nursing staff. *BMC Pediatrics, 13(1)*, pp. 1-10. doi:10.1186/1471-2431-13-166
- Barrón, R. G., Gil, G. B., & Castilla, I. M. (2000). Preparación psicológica basada en el juego. Em J. M. Quiles, & F. X. Carrillo (coords.), *Hospitalización infantil : repercusiones psicológicas, teoría y práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. *Análise Psicológica (1998), 1 (XVI)*, pp. 11-28. Obtido em 21 de Janeiro de 2015, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n1/v16n1a03.pdf>
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: uma perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.

- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia, 18(2)*, pp. 295-306.
- Barros, R. (2013). *Educação de adultos: Conceitos, processos e marcos históricos- da globalização ao contexto português*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Batistella, C. (2007). Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. Em A. F. Fonseca, & A. D. Corbo (orgs.), *O território e o processo saúde-doença* (pp. 51-86). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,/Fundação Fiocruz.
- Battrick, C., Glasper, E. A., Prudhoe, G., & Weaver, K. (August de 2007). Clown humour: The perceptions of doctors, nurses, parents and children. *Journal of Children's and Young People's Nursing, 1(4)*, pp. 174-179.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Beck, C. T. (November de 1997). Humor in nursing practice: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies, 34(5)*, pp. 346-352. doi:10.1016/S0020-7489(97)00026-6
- Bekinschtein, T. A., Davis, M. H., Rodd, J. M., & Owen, A. M. (29 de june de 2011). Why Clowns Taste Funny: The Relationship between Humor and Semantic Ambiguity. *The Journal of Neuroscience, 31(26)*, pp. 9665–9671.
- Belver, M. H. (2011). El arte y la educación artística en contextos de salud. *Arte, Individuo y Sociedad, 23, Núm. Especial*, pp. 11-17. doi:10.5209/rev_ARIS.2011.v23.36739
- Belver, M. H., & Ullán, A. M. (2010). Symbolic Environmental Mediators in health settings: The role of Art in the humanization of children 's hospitals. *Arte, Individuo y sociedad, 22(2)*, pp. 73-81. Obtido em 01 de Março de 2015, de <http://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/view/ARIS1010220073A/5732>
- Beresford, B. A. (January de 1994). Resources and Strategies: How Parents Cope with the Care of a Disabled Child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35(1)*, pp. 171-209.
- Bergen, D. (2006). Jogo. Em S. Feinstein (coord.), *A aprendizagem e o cérebro* (pp. 287-291). Lisboa: Instituto Piaget.
- Blain, S., Kingsnorth, S., Stephens, L., & McKeever, P. (13 de June de 2011). Determining the effects of therapeutic clowning on nurses in a children's rehabilitation hospital. *Arts & Health*, pp. 1-13. doi:10.1080/17533015.2011.561359
- Blerkom, L. M. (december de 1995). Clown Doctors: Shaman Healers of Western Medicine. *Medical Anthropology Quarterly, 9(4)*, pp. 462–475. doi:10.1525/maq.1995.9.4.02a00030

- Blom, G. E. (1958). The reactions of hospitalized children to illness. *Pediatrics*, 22, pp. 590-600. Obtido em 1 de Setembro de 2014, de <http://pediatrics.aappublications.org/content/22/3/590#related-urls>
- Braga, R. (maio/junho de 2013). *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29(3), pp. 146-147.
- Brendtro, L. K., & Longhurst, J. E. (2006). Comportamento de risco. Em S. Feinstein (coord.), *A aprendizagem e o cérebro* (pp. 113-124). Lisboa: Instituto Piaget.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. Em W. Damon, R. M. Lerner, W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology* (6ª ed., Vol. 1, pp. 793-825). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Bsiri-Moghaddam, K., Basiri-Moghaddam, M., Sadeghmoghaddam, L., & Ahmadi, F. (June de 2011). The Concept of Hospitalization of Children from the View Point of Parents and Children. *Iranian Journal of Pediatrics*, 21(2), pp. 201-208.
- Busoni, P. (November–December de 2007). Difficulties in Controlling Pain in Children. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 32 (6), pp. 505–509. doi:10.1016/j.rapm.2006.11.014
- Caires, S., & Masetti, M. (Julho/Dezembro de 2015). Uma pedagogia através do olhar do palhaço no contexto de saúde: subsídios para a humanização pediátrica. *Revista de Ciências de Educação*, 33, pp. 39-57. doi:10.19091/reced.unisal2015.1003
- Calheiros, M. M., & Paulino, A. P. (2007). Construção e determinação das qualidades psicométricas do Questionário de Suporte Social Institucional na Saúde (QSSIS). *Laboratório de Psicologia*, 1, pp. 17-32.
- Campos, L. F., & Nakasu, M. V. (2016). Efeitos da utilização da música no ambiente hospitalar: revisão sistemática. *Revista Sonora*, 6(11). Obtido em 7 de abril de 2017, de <http://www.publionline.iar.unicamp.br/index.php/sonora/article/view/686/659>
- Cano, M. G. (2011). Arte contemporáneo y participación: la reflexión y el diálogo como generadores de distracción positiva. *Arte, Individuo y Sociedad*, 23, Núm. Especial, pp. 109-122. doi:10.5209/rev_ARIS.2011.v23.36749
- Cantero, M. P., Pérez, N., & Navarro, I. (2011). *Psicología del Desarrollo Humano: del Nacimiento a la Vejez*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Cardoso, A. C. (2010). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Carochinho, J.-A. B. (2008). *Investigação e Análise de Dados em Educação*. Apontamentos da Pós-Graduação em Educação Especial, Instituto Superior de Ciências da Informação e da Administração, Aveiro.

- Carrillo, F. X., & Quiles, J. M. (2000a). Estrés por hospitalización. Em J. M. Quiles, & F. X. Carrillo (coords.), *Hospitalización infantil : repercusiones psicológicas, teoría y práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Carrillo, F. X., & Quiles, J. M. (2000b). Preparación psicológica basada en el afrontamiento. Em J. M. Quiles, & F. X. Carrillo (coords.), *Hospitalización infantil : repercusiones psicológicas, teoría y práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Carrillo-García, C., Solano-Ruiz, M. C., Martínez-Roche, M. E., & Gómez-García, C. I. (novembro-dezembro de 2013). Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), pp. 1314-1320. doi:DOI: 10.1590/0104-1169.3224.2369
- Carvalho, A., & Carvalho, G. S. (2008). Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. Em B. O. Pereira, & G. S. Carvalho (Eds.), *Actividade física, saúde e lazer : modelos de análise e intervenção* (pp. 195-205). Lisboa: Lidel. Obtido em 7 de Março de 2014, de <http://hdl.handle.net/1822/8100>
- Carvalho, A., & Ramalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, J. E. (2009). *Metodologia do Trabalho Científico: Saber Fazer da Investigação para Dissertações e Teses* (2ª ed.). Lisboa: Escolar Editora.
- Carvalho, A., Matos, C., Minderico, C., Almeida, Conceição T., Abrantes, E., Nunes, E., ... Matias, R. (junho 2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Em Pereira, F.; Cunha, P. (coords.). Lisboa: Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação; Direção-Geral da Saúde. Obtido em 16 de março de 2018, de https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf.
- Catapano, S. (2006). Agressividade. Em S. Feinstein (coord.), *A aprendizagem e o cérebro* (pp. 25-27). Lisboa: Instituto Piaget.
- Caulfield, J., & Jennings, W. B. (2006). Padrões e programas. Em S. Feinstein (coord.), *A aprendizagem e o cérebro* (pp. 427-431). Lisboa: Instituto Piaget.
- Cerdeira, A. B. (Maio de 2008). Informação e consentimento. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 29, pp. 12-17.
- Chalifour, J. (2002). *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: estratégias de intervenção* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Chammé, S. J. (ago-dez de 2002). Corpo e saúde: Inclusão e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, 11(2), pp. 2-12. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902002000200002>

- Chateau, J. (1975). *A criança e o jogo*. Coimbra: Atlântida Editora, SARL.
- Chauí, M. (2000). *Convite à Filosofia*. São Paulo: Editora Ática.
- Chundamala, J., Wright, J. G., & Kemp, S. M. (January de 2009). An evidence-based review of parental presence during anesthesia induction and parent/child anxiety. *Canadian Journal of Anesthesia*, *56(1)*, pp. 57-70. doi:10.1007/s12630-008-9008-3
- Clark, C. D. (2016). Imaginal Coping: Resilience Through a Play of Tropes. Em C. DeMichelis, & M. Ferrari, *Child and Adolescent Resilience Within Medical Contexts* (pp. 175-192). Springer International Publishing Switzerland. doi:10.1007/978-3-319-32223-0_10
- Cockcroft, S. (November de 2011). How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? *Journal of Neonatal Nursing*, *18(3)*, pp. 1-6. doi:10.1016/j.jnn.2011.07.008
- Collares, C. F. (Janeiro de 2011). Interpretação dos resultados gerados pelo SPSS para análise fatorial / análise de componentes principais. *Traduzindo conceitos espinhosos. Blog do C.F.C.* Maastricht, Países Baixos. Obtido em 2016 de maio de 23, de <http://carloscollares.blogspot.pt/2011/01/interpretacao-dos-resultados-gerados.html>
- Comissão Nacional Saúde da Criança e Adolescente. (2009). *Relatório das atividades 2004-2008 da Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (CNSCA)*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. (dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual-enunciados descritivos. *Divulgar, setembro 2002, revisão de agosto de 2012*, pp. 1-22.
- Conselho Nacional de Educação. (14 de Julho de 2001). Aprendizagem ao longo da vida (Parecer nº 1/01). Diário da República nº 162, II Série.
- Cortina, J. M. (1993). What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology*, *78(1)*, pp. 98-104.
- Cowan, M. (1999). A saúde da criança. Em M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem comunitária : promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (1ª ed., pp. 567-592). Lisboa: Lusociência.
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, *10(4)*, pp. 326–336. doi:10.1177/1367493506067884
- Coyne, I., & Cowley, S. A. (September de 2007). Challenging the philosophy of partnership with parents: a grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, *44(6)*, pp. 893-904. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.03.002

- Cozby, P. C. (2005). *Métodos de investigación* (8ª ed.). Santa Fé: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES.
- Crespo, N. (2013). Figuras do riso. Em N. Crespo (coord.), & Fundação EDP (Ed.), *Prontuário do Riso* (pp. 245-366). Lisboa: Edições Tinta da China.
- Cuesta, J. G., Gómez, E., & Megías, C. (2011). Mi ciudad inventada. *Arte, Individuo y Sociedad, 23, Núm Especial*, pp. 153-163. doi:10.5209/rev_ARIS.2011.v23.36752
- Cunha, M. J. (2015). Expressões artísticas na educação: um desafio ao nível do desenvolvimento do aluno. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación, Vol. Extr. (04)*, pp. A4-034 - A4-038. doi:http://dx.doi.org/10.17979/reipe.2015.0.04.388
- Curado, M. A., Teles, J. M., & Marôco, J. (Abril de 2013). Análise estatística de escalas ordinais. Aplicações na área da pediatria. *Enfermeria Global, 30*, pp. 446-457. Obtido em 09 de Maio de 2017, de http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/pt_revision5.pdf
- Curado, M. A., Teles, J., & Marôco, J. (Fevereiro de 2014). Análise de variáveis não diretamente observáveis: Influência na tomada de decisão durante o processo de investigação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48(1)*, pp. 149-156. doi:10.1590/S0080-623420140000100019
- Curtis, P., James, A., & Birch, J. (2007). *Space to Care: Children's perceptions and experiences of hospital space*. University of Sheffield, Centre for the Study of Childhood and Youth, Sheffield.
- Damáσιο, A. (2004). *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Mem Martins: Publicações Europa-América, Lda.
- Damáσιο, A. (2011). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Damáσιο, B. F. (2012). Uso da Análise Fatorial Exploratória em Psicologia. (Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica, Ed.) *Avaliação Psicológica, 11(2)*, pp. 213-228. Obtido em 13 de maio de 2016, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>
- Darbyshire, P. (1993). Parents, nurses and paediatric nursing: a critical review. *Journal of Advanced Nursing, 18*, pp. 1670-1680.
- Dean, R. K., & Major, J. E. (April de 2008). From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *Journal of Clinical Nursing, 17(8)*, pp. 1088-1095. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02090.x.
- Delalande, J. (2003). La récréation. Le temps d'apprendre entre enfants. *Enfances&Psy, 4(24)*, pp. 71-80. doi: 10.3917/ep.024.0071
- Dell'Aglio, D. D. (2003). O processo de coping em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia da SBP, 11(1)*, pp. 38-45.

- Delors, J. (1996). Educação: Um tesouro a descobrir. Porto: Edições Asa.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência&Saúde Coletiva*, 9(1), pp. 7-14.
doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002>
- Dias Cordeiro, J. (2005). Homeostase corporal e mecanismos bio-psico-sociais de auto-regulação. Em J. Dias Cordeiro, *Manual de Psiquiatria Clínica* (3ª ed., pp. 109-112). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Diogo, P., & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante. Em C. Sequeira, J. C. Carvalho, & L. Sá (Ed.), *IV Congresso Internacional ASPESM - Padrões de Qualidade em Saúde Mental* (pp. 148-160). Coimbra: ASPESM.
- Dionigi, A., & Canestrari, C. (2016). Clowning in Health Care Settings: The Point of View of Adults. *Europe's Journal of Psychology*, 12(3), pp. 473–488. doi:10.5964/ejop.v12i3.1107
- Dionigi, A., Flangini, R., & Gremigni, P. (2012). Clowns in hospitals. Em P. Gremigni, *Humor and Health Promotion* (pp. 213-228). New York: Nova Science Publishers, Inc. Obtido em 5 de novembro de 2015, de https://www.researchgate.net/publication/259892132_Clowns_in_Hospital
- Dionigi, A., Sangiorgi, D., & Flangini, R. (2013). Clown intervention to reduce preoperative anxiety in children and parents: A randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology*, 19(3), pp. 369-380. doi:10.1177/1359105312471567
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Problemas de comportamento na criança e no adolescente. Obtido em 15 de janeiro de 2016, de http://usf-fanzeres.min-saude.pt/educacao/Documents/Comportamento_SI_2007.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (31 de dezembro de 2013b). Conforto nas unidades hospitalares. *Orientação número 021/2013*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (maio de 2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press Inc.
- Doutores da Alegria. (2009). Relatório anual de 2008. Brasil. Obtido em 10 de Outubro de 2016, de https://www.doutoresdaalegria.org.br/wp-content/uploads/2012/05/Balanco2008_FINAL.pdf
- Doutores da Alegria. (2012). Balanço 2011. Brasil. Obtido em 10 de Outubro de 2016, de https://www.doutoresdaalegria.org.br/wp-content/uploads/2012/05/balanco_2011.pdf

- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M., & Snow, S. K. (January de 2015). Patient - and family - centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, 135(1), pp. e255-e272. doi:10.1542/peds.2014-3424
- Entidade Reguladora da Saúde. (Maio de 2009). *Consentimento Informado - Relatório Final*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Obtido em 23 de Outubro de 2015, de www.ers.pt
- Escola de Enfermagem Pós-Básica do Porto. (1985). *Evolução da saúde pública ao longo dos tempos*. Texto de Apoio (documento policopiado). Porto.
- Espejel, A. A., & Estrada, M. C. (2006). *Metodología crítica de la investigación*. México: Compañia Editorial Continental.
- Esteves, C. H. (2015). *Contributos dos Doutores Palhaços da Operação Nariz Vermelho para a qualidade da adaptação e do desenvolvimento em contexto pediátrico: o olhar da criança e seus pais*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Instituto de Educação, Braga.
- Esteves, C. H., Antunes, C., & Caires, S. (2014). Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(51), pp. 697-708. doi:DOI: 10.1590/1807-57622013.0536
- Ethans, R. (2006). Following. *Comunicação apresentada no "We viewed clowning as a child life tool", em 28 de setembro, no Gas Station Theatre*. Winnipeg: The Canadian Association of Therapeutic Clowns. Obtido em 10 de outubro de 2016 de <https://artshealthnetwork.ca/ahnc/thereoughttobeclowns.pdf>
- European Federation of Hospital Clown Organization. (2011). *EFHCO*. Obtido de <http://www.efhco.eu>
- Fávero, L. P., Belfiore, P., Silva, F. L., & Chan, B. L. (2009). *Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões*. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier.
- Feinstein, S. (2006). *A aprendizagem e o cérebro*. (L. Teopisto, Trad.) Lisboa: Instituto Piaget.
- Fernandes, S. C., & Arriaga, P. (2010). The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. *Journal of Health Psychology*, 15(3), pp. 405-415.
- Ferreira, J. (setembro/dezembro de 2005). O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e Sociedade*, 14(3), pp. 111-118. Obtido em 3 de novembro de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n3/07.pdf>
- Ferreira, J. M. (2008). *Satisfação Conjugal e Parentalidade Biológica e Adoptiva*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

- Ferreira, M. A. (outubro-dezembro de 2011). Enfermagem - A arte e ciência do cuidado. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 15(4), pp. 664-666. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400001>
- Ferreira, M., & Dias, M. O. (2005). *Ética e profissão: relacionamento interpessoal em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Ferreira, P. M. (2003). Situações juvenis de transição para a idade adulta. Em J. M. Pais, & M. V. Cabral (coords.), *Condutas de risco, práticas culturais e atitudes perante o corpo: Resultados de um inquérito aos jovens portugueses*. Oeiras: Celta Editora.
- Figueiredo, M. C. (2002). *Necessidades em cuidados de enfermagem das famílias de crianças com doença cardíaca congénita - uma abordagem sistémica da família*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Filho, A. C. (2012). *Os doutores palhaços: vetores e hospedeiros de uma saúde contagiosa? Técnicas de Humor e Palhaçaria em Educação Médica: uma Revisão Sistemática de Literatura*. Monografia, Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador (Bahia). Obtido em 23 de Março de 2015, de <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/8300/1/Augusto%20Conti%20Filho.pdf>
- Filho, D. B., & Júnior, J. A. (junho de 2010). Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública*, 16(1), pp. 160-185.
- Finlay, F., Baverstock, A., & Lenton, S. (2014). Therapeutic clowning in paediatric practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(4), pp. 596–605. doi:10.1177/1359104513492746
- Flick, U. (2013). *Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes*. (M. Lopes, Trad.) Porto: AlegrePenso.
- Fogaça, M. C., Carvalho, W. B., Cítero, V. A., & Nogueira-Martins, L. A. (julho/setembro de 2008). Fatores que tornem estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(3), pp. 261-266. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2008000300009>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (March de 1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), pp. 466-475. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.466>
- Ford, K., Courtney-Pratt, H., Tesch, L., & Johnson, C. (30 de June de 2013). More than just clowns - Clown Doctor rounds and their impact for children, families and staff. *Journal of Child Health Care*, pp. 1-11. doi:10.1177/1367493513490447
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

- Frankl, V. E. (1998). *El hombre en busca de sentido* (19ª ed.). Barcelona: Herder.
- Freinet, C. (1960). *L'Education du Travail*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Freitas-Magalhães, A. (2011). *O Código de Ekman - O Cérebro, a Face e a Emoção*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. (2013). Nota 10 Primeira Infância (0-3 anos). São Paulo: Canal Futura/Fundação Roberto Marinho. Obtido em 21 de setembro de 2016, de http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/fmcsv/programa_notas10_primeira_infancia__0_a_3_anos.pdf
- Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. (2015). Nota 10 Primeira Infância (3-6 anos). São Paulo: Canal Futura/Fundação Roberto Marinho. Obtido em 21 de setembro de 2016
- Fundação Oswaldo Cruz. (s.d.). Biblioteca Viva. Rio de Janeiro: Núcleo de Apoio a Projetos Educacionais e Culturais.
- Galinha, I. C. (2008). *Bem-estar Subjectivo: Factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.
- Galinha, I.C., & Ribeiro, J. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), pp. 203-214. Obtido em 15 de Janeiro de 2015, de https://www.researchgate.net/publication/37650194_Historia_e_Evolucao_do_Conceito_de_Bem-Estar_Subjectivo
- Galinha, S. A. (2011a). Construir os Homens para construir a humanidade: pensamento complexo e praxis. Em A. G. Barbosa, D. W. Guedes, E. M. Liberato, J. F. Alves, M. P. Lima, M. F. Santos, . . . S. A. Galinha, *Pedagogia e Psicologia Positiva: Interações em Educação e Saúde* (pp. 49-92). Porto: Livpsic.
- Galinha, S. A. (2011b). Educar para a gestão do capital psicológico: resiliência, empowerment psicológico e comunitário e modelo de cognição. Em A. G. Barbosa, D. W. Guedes, E. M. Liberato, J. F. Alves, M. P. Lima, M. F. Santos, . . . S. A. Galinha, *Pedagogia e Psicologia Positiva: Interações em Educação e Saúde* (pp. 93-121). Porto: Livpsic.
- García, E. A., Valle, J. F., & Bermúdez, C. A. (Abril -Julio de 2011). Risa y salud: abordajes terapéuticos. *MedUNABE*, 14(1), pp. 69-75. Obtido em 9 de Outubro de 2014, de <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=viewArticle&path%5B%5D=1380>
- Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., Reis, D. C., & Penna, C. M. (jan-fev de 2005). Educação em saúde: Conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), pp. 200-206. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100022>

- Gibbons, S. (2006). Consciência emocional. Em S. Feinstein (coord.), *A aprendizagem e o cérebro* (pp. 252-254). Lisboa: Instituto Piaget.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Glasper, E. A., Prudhoe, G., & Weaver, K. (May de 2007). Does clowning benefit children in hospital? Views of Theodora Children's Trust clown doctors. *Journal of Children's and Young People's Nursing, 1(01)*, pp. 24-28.
- Goetz, J. P., & LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Ediciones Morata, S.A.
- Gomes, A. R. (2014). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. *Revista Interamericana de Psicología, 48(1)*, pp. 129-141. Obtido em 23 de outubro de 2015, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/31651>
- Gomes, E. O., Santos, R. L., & Barbosa, E. d. (junho de 2014). A Arte de Contar Histórias: uma estratégia para humanização na saúde . *Revista Interfaces da Saúde , 1*, pp. 30-38. Obtido em 9 de outubro de 2016, de <http://www.fvj.br/revista/wp-content/uploads/2014/11/Interfaces3.pdf>
- Gomes, R. A., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria Pesquisa, 25(3)*, pp. 307-318.
- Gómez, M. C R., Pascual, C. R., Pascual, M. A., Navascués, L. J., & García, M. B. (2005). Terapias complementarias en los cuidados: Humor y risoterapia. *Index de Enfermería, 14(48-49)*, pp. 37-41. Obtido em 7 de setembro de 2015, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (jan./jun. de 1998). Assistir/cuidar na enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem., 2(1):2-8, jan./jun., 199, 2(1)*, pp. 2-8.
- Gonçalves, C., Ramos, V., & Cerqueira, M. (Outubro de 2010). Cidadania e Saúde: Um caminho a percorrer. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Gonçalves, M. J. (2005). Desenvolvimento infantil e individualidade. Em J. Dias Cordeiro, *Manual de Psiquiatria Clínica* (3ª ed., pp. 129-138). Lisboa: Função Calouste Gulbenkian.
- González-Gil, F., & Jenaro, C. (2007). Impacto de la hospitalización en la calidad de vida infantil. *Educación y Diversidad: Revista inter-universitaria de investigación sobre discapacidad e interculturalidad, 1*, pp. 237-256. Obtido em 4 de agosto de 2014, de <http://hdl.handle.net/10366/123292>

- Goulart, B. N., & Chiari, B. M. (2010). Humanização das práticas do profissional de saúde - contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, *15(1)*, pp. 255-268. Obtido em 3 de novembro de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a31v15n1.pdf>
- Graça, L. (2000). *Evolução do Sistema Hospitalar: Uma perspectiva Sociológica*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obtido em 13 de maio de 2015, de https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia2_hospital.html
- Grinberg, Z., Pendzik, S., Kowalsky, R., & Goshen, Y. S. (2012). Drama therapy role theory as a context for understanding medical clowning. *The Arts in Psychotherapy*, *39*, pp. 42-51. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2011.11.006>
- Guerreiro, A. (2013). Notas sobre o riso e a estética do cómico. Em N. Crespo (coord.), & Fundação EDP (Ed.), *Prontuário do Riso* (pp. 27-35). Lisboa: Edições Tinta da China.
- Gutiérrez, T., Megías, C., & Nuere, S. (2011). Proyecto House: cuando los niños crean un hospital a su medida. *Arte, Individuo y Sociedad*, *23*, Núm. Especial, pp. 29-39. doi:10.5209/rev_ARIS.2011.v23.36741
- Hattar-Pollara, M. (2010). Normative and Nonnormative developmental transitions. Em A. I. Meleis, *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 87-94). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Herzer, M., Godiwala, N., Hommel, K. A., Driscoll, K., Mitchell, M., Crosby, L. E., . . . Modi, A. C. (January de 2010). Family Functioning in the Context of Pediatric Chronic Conditions. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *31(1)*, pp. 1-14. doi:10.1097/DBP.0b013e3181c7226b
- Higueras, A., Carretero-Dios, H., Muñoz, J. P., Idini, E., Ortiz, A., Rincón, F., . . . Águila, M. M. (January de 2006). Effects of a humor-centered activity on disruptive behavior in patients in a general hospital psychiatric ward. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *6(1)*, pp. 53-64. Obtido em 17 de Março de 2014, de <https://www.researchgate.net/publication/28110546>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Mosby-Elsevier Editora, L.da.
- Honoré, B. (2013). *O cuidar em perspectiva: no centro de um humanismo humanizante*. Loures: Lusociência.
- Horstman, M., & Bradding, A. (2002). Helping children speak up in the health service. *European Journal of Oncology Nursing*, *6(2)*, pp. 75-84. doi:<http://dx.doi.org/10.1054/ejon.2002.0185>
- Hospital Clown Newsletter . (1999). Dr. Stubs, Michael Christensen, of The Big Apple Circus Clown Care Unit®. *The Hospital Clown Newsletter - A Publication for Clowns In Community and World Service*,

- 4(1), pp. 5-9. Obtido em 13 de novembro de 2016, de <http://www.hospitalclown.com/pages/archive-4.html>
- Idriss, H. (2003). Hospitals: From Stand-Alone to Networks and Systems. Em E. L. Siegler, S. Mirafzali, & J. B. Foust (Eds.), *An Introduction to Hospitals Inpatient Care* (pp. 3-15). New York: Springer Publishing Company.
- Iglesias, E. B. (2003). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. Em J. R. Hermida, & R. S. Villa, *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 117-137). Madrid: Ministerio del Interior.
- Im, E.-O. (2006). Afaf Ibrahim Meleis: Transitions theory. Em M. R. Alligood, & A. M. Tomey, *Nursing theorists and their work* (6ª ed.). Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Institute of Medicine. (March de 2001). Crossing the quality chasm: A new health care system for the 21st century. *National Academy of Sciences*. Obtido em 9 de novembro de 2016, de <http://www.nationalacademies.org/hmd/~ /media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2011). Classificação Portuguesa das Profissões 2010. *Edição 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Internacional Council of Nurses. (7 de junho de 2015). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Tabelas CIPE® Versão 2013. *Portuguesa*. (Ordem dos Enfermeiros, Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança. (Re)Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- José, H. M. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- José, H. M. (2008). *Resposta Humana ao Humor: Quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- José, H. M. (2010). *Resposta humana ao humor: humor como resposta humana*. Loures: Lusociência.
- Junqueira, M. F. (Abril de 2003). A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. *Estudos de Psicologia*, 8(1), pp. 193-197. doi:10.1590/S1413-294X2003000100022
- Kagan, S. (2006). Pedagogia. Em S. Feinstein (coord.), *A aprendizagem e o cérebro* (pp. 435-446). Lisboa: Instituto Piaget.

- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e Psiquiatria Clínica* (7ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaufeldt, M. (2006). Ambiente físico. Em S. Feinstein (coord.), *A aprendizagem e o cérebro* (pp. 31-36). Lisboa: Instituto Piaget.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3ª ed.). New York: The Guilford Press.
- Kohlsdorf, M., & Costa, A. L. (september de 2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia*, 25(3), pp. 417-429. doi:10.1590/S0103-166X2008000300010
- Koller, D., & Gryski, C. (2008). The Life Threatened Child and the Life Enhancing Clown: Towards a Model of Therapeutic Clowning. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 5(1), pp. 17-25. doi:10.1093/ecam/nem033
- Kumamoto, L. M., Barros, R. N., Carvalho, T. T., Gadelha, E. M., & Costa, R. R. (12 a 15 de setembro de 2004). Apoio à Criança Hospitalizada: Proposta de Intervenção Lúdica. *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária*. Belo Horizonte. Obtido em 13 de outubro de 2014, de <https://www.ufmg.br/congrent/Saude/Saude23.pdf>
- Lacy, M. L. (1996). *O poder das cores no equilíbrio dos ambientes*. (C. Fischer, Trad.) São Paulo: Editora Pensamento.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. d. (1992). *Metodologia do trabalho científico* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Lampraia, N. (Maio de 2008). Das incompetências e inabilidades para decidir. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 29, pp. 18-23.
- Landy, R. J. (2006). The future of drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 33, pp. 135–142.
- Langdon, D., & Gryski, C. (2009). Forward. Em K. Ridd, *There ought to be clowns - Child life therapy through the medium of a clown*. Winnipeg, Manitoba, Canada: The Canadian Association of Therapeutic Clowns. Obtido em 23 de novembro de 2015, de www.therapeuticclowns.ca
- Laranjeira, C. A. (julho/setembro de 2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33(3), pp. 327-337. doi:10.1590/S0102-37722007000300012
- Laros, J. A. (2012). O Uso da Análise Fatorial: Algumas Diretrizes para Pesquisadores. Em L. Pasquali, *Análise fatorial para pesquisadores* (pp. 141-160). Brasília: LabPAM Saber e Tecnologia.
- Lasmar, M. O., & Ronzani, T. M. (julho/setembro de 2009). Qualidade de vida e resiliência: uma interface com a promoção da saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 12(3), pp. 339-350.

- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, pp. 1-22. Obtido em 9 de Maio de 2015, de <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Leal, J. C. (2013). Da difícil conjugação do verbo rir em história da arte. Em N. Crespo (coord.), *Prontuário do Riso* (pp. 93-103). Lisboa: Edições Tinta da China.
- Lima, R. A., Azevedo, E. F., Nascimento, L. C., & Rocha, S. M. (2009). A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), pp. 186-193. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100024>
- Linge, L. (8 de March de 2011). Joy without demands: Hospital clowns in the world of ailing children. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being (online)*, 6(1). doi: 10.3402/qhw.v6i1.5899
- Linge, L. (2012). Magical attachment: Children in magical relations with hospital clowns. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7. doi:10.3402/qhw.v7i0.11862
- Linge, L. (2013). Joyful and serious intentions in the work of hospital clowns: A meta-analysis based on a 7-year research project conducted in three parts. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8(1). doi:<http://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.18907>
- Longras, A. (2015). *O poder analgésico do riso: o impacto do "Doutor Palhaço" na intensidade da dor em crianças e idosos hospitalizados*. Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra.
- Lopes, J. C. (2012). Relação enfermeiro-instituição. Em M. P. Neves, & S. Pacheco (coords.), *Para uma ética de enfermagem* (pp. 109-125). Coimbra: G.C. - Gráfica de Coimbra 2 - Publicações. Lda.
- Lopez, C., & Guarnizo, L. (6 de agosto de 2002). *Historia de los payasos*. Obtido em 21 de outubro de 2015, de Monografias.com (Arte y Cultura): <http://www.monografias.com/trabajos11/hispay/hispay.shtml>
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (Abril de 2017). Factor Analysis. Tarragona: Departament de Psicologia Universitat Rovira i Virgili. Obtido de psico.fcep.urv.es/utilitats/factor/Download.html
- Loveland-Cherry, C. (1999). Riscos de saúde familiar. Em M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem Comunitária - Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (pp. 520-542). Lisboa: Lusociência.
- Machado, W. L., & Bandeira, D. R. (Outubro/Dezembro de 2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia*, 29(4), pp. 587-595.

- Magalhães, S. C. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Malagris, L. E., & Fiorito, A. C. (outubro/dezembro de 2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área da saúde. *Estudos de Psicologia, 23(4)*, pp. 391-398. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400007>
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2002). *Técnicas de pesquisa* (5ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Martins, R. C. (2013). Algumas desconsiderações sobre o humor. Em N. Crespo (coord.), & Fundação EDP (Ed.), *Prontuário do Riso* (pp. 227-230). Lisboa: Edições Tinta da China.
- Masetti, M. (Março/Agosto de 2005). Doutores da ética da alegria. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 9(17)*, pp. 453-458. Obtido em 07 de Março de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a26.pdf>
- Masetti, M. (2011). *Ética da alegria no contexto hospitalar*. Rio de Janeiro: MMD.
- Masetti, M. (outubro de 2013). Por uma ética do encontro: a influência da atuação de palhaços profissionais na ação dos profissionais de saúde. *Indagatio Didactica, 5(2)*, pp. 912-925.
- Masetti, M. (17-18 de October de 2014). Porquê pesquisar palhaços? *Palestra proferida no First International Conference on Pediatric Hospital Clown : reflections on research and training*. Meyer University Children's Hospital , Florence .
- Masetti, M., Caires, S., Brandão, D., & Vieira, D. A. (9 de June de 2016). Confirmatory factor analysis of the Questionnaire on the Health Staff 's Perceptions regarding Doutores da Alegria 's interventions. *Journal of Health Psychology*, pp. 1-9. doi:10.1177/1359105316650274
- Matraca, M. V., Wimmer, G., & Araújo-Jorge, T. C. (outubro de 2011). Dialogia do riso: um novo conceito que introduz alegria para a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria. *Ciência & Saúde Coletiva, 16(10)*, pp. 4127-4138. Obtido em 23 de janeiro de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019858037>
- Maxwell, A. (2006). Emoção. Em S. Feinstein (coord.), *A aprendizagem e o cérebro* (pp. 207-211). Lisboa: Instituto Piaget.
- McCann, M. E., & Kain, Z. N. (2001). The management of preoperative anxiety in children: an update. *Anesth Analg*, pp. 98-105.
- McConnell, J. L., & Reimond, L. (2006). Arte. Em S. Feinstein (coord.), *A aprendizagem e o cérebro* (pp. 58-61). Lisboa: Instituto Piaget.

- Megias, C. (2011). Programa con artistas emergentes. *Arte, Individuo y Sociedad*, 23, Núm. Especial, pp. 55-67. doi:10.5209/rev_ARIS.2011.v23.36743
- Meisel, V., Chellew, K., Ponsell, E., Ferreira, A., Bordas, L., & García-Banda, G. (2009). El efecto de los «payasos de hospital» en el malestar psicológico y las conductas desadaptativas de niños y niñas sometidos a cirugía menor. *Psicothema*, 21(4), pp. 604-609. Obtido em 30 de Abril de 2014, de www.psychothema.com
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (A. I. Meleis, Ed.) New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (september de 2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), pp. 12-28.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (november/december de 1994). Facilitating Transitions: Rdefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*, 42, pp. 255-259. doi:10.1016/0029-6554(94)90045-0
- Melo, A. J. (março-maio de 2007). A terapêutica artística promovendo saúde na instituição hospitalar. *Ibérica: Revista interdisciplinar de estudos ibéricos e ibero-americanos*, 1(3), pp. 159-189.
- Melo, A. S. (2017). *A potência do encontro: O impacto da intervenção dos Palhaços de Hospital em crianças e adolescentes submetidos a tratamento de quimioterapia*. Tese de doutoramento, Universidade do Minho, Instituto de Educação, Braga.
- Melo, E. M., Ferreira, L. P., Lima, R. A., & Mello, D. F. (maio-junho de 2014). Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), pp. 432-439. doi:DOI: 10.1590/0104-1169.3308.2434
- Meltzer, L. J., Davis, K., & Mindell, J. A. (june de 2012). Patient and parent sleep in a children's Hospital. *Pediatric nursing*, 38(2), pp. 64-71.
- Méndez, F. X., Ortigosa, J. M., & Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*, 4(2), pp. 193-209.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar - o corpo, âmbito da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.
- Mezzomo, A. A. (2012). Fundamentos da humanização hospitalar – uma visão holística. *Revista BioEthikos*, 6(2), pp. 217-221. Obtido em 28 de Setembro de 2014, de <http://www.saocamilos-p.br/pdf/bioethikos/94/a12.pdf>.
- Ministério da Educação e Ciência. (2014). *Programa de Apoio à Promoção e Educação Para a Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido em 13 de fevereiro de 2016, de https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes_doc.pdf

- Mitre, R. M., & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *9(1)*, pp. 147-154.
- Montessori, M. (1969). *A criança* (4^a ed.). Lisboa: Portugal Editora.
- Morais, T. C., & Wunsch, D. S. (janeiro-junho de 2013). Os desafios para efetivação da humanização hospitalar: a percepção dos usuários e profissionais de uma unidade de internação pediátrica. *Textos & Contextos*, *12(1)*, pp. 100-113.
- Moreira, C. F. (2015). *Percepções dos profissionais dos serviços de pediatria do Hospital de Braga relativamente ao trabalho dos Doutores Palhaços*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Moreno, M. C., Abad, M. J., & López, L. (2011). Talleres de arte de reciclaje con materiales hospitalarios. *Arte, Individuo y Sociedad*, *23, Núm. Especial*, pp. 135-152. doi:10.5209/rev_ARIS.2011.v23.36751
- Moro, E. T., & Módolo, N. S. (Setembro/Outubro de 2004). Ansiedade, a Criança e os Pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *54(5)*, pp. 728-738. doi:10.1590/S0034-70942004000500015
- Mortamet, G., Merckx, A., Roumeliotis, N., Simonds, C., Renolleau, S., & Hubert, P. (10 de Janeiro de 2017). Parental perceptions of clown care in paediatric intensive care units. *Journal of Paediatrics and Child Health*. doi:10.1111/jpc.13448
- Mortamet, G., Roumeliotis, N., Vinit, F., Simonds, C., Dupic, L., & Hubert, P. (8 de February de 2017). Is there a role for clowns in paediatric intensive care units? *Arch Dis Child*, *0*, pp. 1-4. doi:10.1136/archdischild-2016-311583
- Mota, G. M., Mota, D. M., Machado, M. T., Arrais, R. H., Oliveira, C. P., Salgado, M. S., . . . William, L. H. (junho de 2012). A percepção dos estudantes de graduação sobre a atuação do "doutor palhaço" em um hospital universitário. *Revista brasileira em promoção da saúde*, *25(2 Supl)*, pp. 25-32. Obtido em 13 de maio de 2015, de http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2012.2sup_artigo04.pdf
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. (2004). Brincar no hospital: estratégias de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, *9(1)*, pp. 19-28. doi:10.1590/S1413-73722004000100004
- Naar-King, S., Ellis, D. A., & Frey, M. A. (2004). *Assessing children's well-being - A hand book of measures*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Neiva, E. R., Abbad, G., & Tróccoli, B. T. (2008). Roteiro para análise fatorial de dados. *Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações*. (Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia, Ed.) Brasília.
- Neto, A. M. (Abril de 2010). O contributo da Logoterapia para uma resposta ética ao pedido de eutanásia. *Revista Portuguesa de Bioética*, *10*, pp. 93-107.

- Neto, L. M., & Marujo, H. Á. (2007). Propostas estratégicas da Psicologia Positiva para a prevenção e regulação do stress. *Análise Psicológica*, 4 (XXV), pp. 585-593.
- Neves, M. P. (2012). Ética, Moral, Deontologia e Bioética: conceitos que pensam a acção. Em M. C. Neves, & S. Pacheco (coord.), *Para uma ética de enfermagem* (pp. 145-157). Coimbra: G.C. - Gráfica de Coimbra 2 - Publicações. Lda.
- Nightingale, F. (1871). *Una and the Lion*. Cambridge: Riverside Press.
- O'Brien, T. B., & DeLongis, A. (January de 1997). The interactional context of problem-, emotion-, and relationship-focused coping: The role of the big five personality. *Journal of Personality*, 64(4), pp. 775-813. doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00944.x
- Ochoa, M. R. (Diciembre de 2009). Humor terapéutico. El Humor Risa y Sonrisa (HRS) y su aplicación en las urgencias, emergencias y cuidados críticos. *Revista Páginasenferurg.com*, 1(4). Obtido em 23 de 03 de 2015, de www.enferurg.com
- O'Connor, B. P. (2000). SPSS and BAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 32 (3), pp. 396-402. Obtido em 23 de maio de 2016, de <https://link.springer.com/content/pdf/10.3758%2FBF03200807.pdf>
- Ofir, S., Tener, D., Lev-Wiesel, R., On, A., & Lang-Franco, N. (2016). The Therapy Beneath the Fun: Medical Clowning During Invasive Examinations on Children. *Clinical Pediatrics*, 55(1), pp. 56–65. doi:10.1177/0009922815598143
- Ogilvie, L. (1990). Hospitalization of children for surgery: the parents' view. *Child Health Care*, 19(1), pp. 49-56. doi: 10.1207/s15326888chc1901_7
- Oliveira, B. R., Collet, N., & Viera, C. S. (março-abril de 2006). A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), pp. 277-284. Obtido em 3 de novembro de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>
- Oliveira, C. C. (2004). *Auto-organização, Educação e Saúde*. Coimbra: Ariadne Editora.
- Oliveira, C. C. (2012). Educação para a saúde versus promoção da saúde : mudança concetual inocente? Em P. C. Remoaldo, & H. G. Nogueira, *Desigualdades Socioterritoriais e comportamentos em Saúde* (pp. 47-73). Lisboa: Edições Colibri.
- Oliveira, C. C. & Costa, A. L. (2012). Viver o estado terminal de um familiar: leitura salutogénica de resultados de um estudo de caso. *Saúde e Sociedade*, 21(3), 698-709. Obtido em 3 de novembro de 2015, de <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300015>.

- Oliveira, D. K., & Oliveira, F. M. (janeiro/março de 2013). Benefícios da brinquedoteca à criança hospitalizada: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano 11, n° 35, jan/mar 2013, 11(35)*, pp. 37-44. doi:10.13037/rbcs.vol11n35.1775.
- Oliveira, H. (julho/setembro de 1993). A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. *Cadernos de Saúde Pública, 9(3)*, pp. 326-332.
- Oliveira, J. H. (2010). *Psicologia Positiva: Uma Nova Psicologia*. Porto: Legis Editora.
- Oliveira, R. R., & Oliveira, I. S. (Junho de 2008). Os Doutores da Alegria na unidade de internação pediátrica: Experiências da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery, 12(2)*, pp. 230-236. doi:10.1590/S1414-81452008000200005
- Operação Nariz Vermelho. (2017). *Relatório Anual 2016*. Obtido em 23 de maio de 2017, de https://www.narizvermelho.pt/WebRoot/Store/Shops/1290-080722/MediaGallery/Ficheiros_PDF/Relatorios/Relatorio_Anual/ONV_Relatorio_de_Gestao_2016.pdf
- Operação Nariz Vermelho. (s.d. a). *Os Doutores Palhaços*. Obtido em 13 de novembro de 2014, de www.narizvermelho.pt
- Operação Nariz Vermelho. (s.d. b). *Sobre Nós*. Obtido em 13 de novembro de 2014, de www.narizvermelho.pt
- Operação Nariz Vermelho. (s.d. c). *Código de Ética*. Obtido em 13 de novembro de 2014, de www.narizvermelho.pt
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (Setembro de 2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Série I, Número 3, Volume 1*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011a). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Série I, número 3, Volume 3*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011b). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Série I, número 3, volume 2*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (22 de outubro de 2011c). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.) Obtido em 13 de março de 2015, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (OE). (setembro de 2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Série 1, número 6*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (30 de Dezembro de 2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos da Ordem, Série 1, número 8*. Ordem dos Enfermeiros.
- Organização das Nações Unidas (ONU). (20 de novembro de 1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Obtido em 23 de junho de 2015, de https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Lisboa: Comissão Nacional da UNESCO.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). (6 de novembro de 1994). Primeiro Congresso Mundial de Transdisciplinaridade. Convento da Arrábida, Portugal.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (6-12 de setembro de 1978). Declaração de Alma-Ata: Recomendações. Alma-Ata. URSS.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (21 de novembro de 1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. *Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde*. Ottawa. Canadá.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2004). Standards for Health Promotion in Hospitals. Barcelona, Spain: WHO European Office for Integrated Health Care Services. Obtido de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99762/e82490.pdf
- Ortiz, J. S. (Noviembre de 2002). El humor como valor terapéutico. *Medicina Clínica, 119(19)*, pp. 734-737. Obtido em 21 de Junho de 2013, de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-el-humor-como-valor-terapeutico-13040569>
- Osterrieth, P. (1975). *A criança e a família*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Ourives, A. (2012). Confidencialidade e Privacidade. Em M. P. Neves, & S. Pacheco (coord.), *Para uma ética de enfermagem* (pp. 249-262). Coimbra: G.C. - Gráfica de Coimbra 2 - Publicações. Lda.
- Paixão, A. B., Damasceno, T. A., & Silva, J. C. (jul.-dez. de 2016). Importância das Atividades Lúdicas na Terapia Oncológica Infantil. *CuidArte Enfermagem, 10(2)*, pp. 209-216.
- Parcianello, A. T., & Felin, R. B. (janeiro/junho de 2008). E agora doutor, onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil. *Barbarói, 28*, pp. 147-166.
- Parente, P. (2012). Veracidade e Fidelidade. Em M. C. Neves, & S. Pacheco (coord.), *Para uma ética da Enfermagem* (pp. 263-276). Coimbra: G.C. - Gráfica de Coimbra 2 - Publicações. Lda.

- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica, 31(1)*, pp. 11-19.
- Parlamento Europeu. (16 de junho de 1986). Resolução sobre uma Carta Europeia das Crianças Hospitalizadas. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias, N° C 148*, 37-38.
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43(Spe)*, pp. 992-999. Obtido em 23 de outubro de 2015, de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a02v43ns.pdf
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). Modelos para o exercício de enfermagem. Lisboa: ACEPS.
- Pedro, J. G. (Abril de 2010). Resiliência e educação. *Revista Portuguesa de Bioética, 10*, pp. 17-34.
- Penzik, S., & Raviv, A. (September de 2011). Therapeutic clowning and drama therapy: A family resemblance. *The Arts in Psychotherapy, 38(4)*, pp. 267-275. Obtido em 21 de Junho de 2015, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197455611000724?np=y>
- Pereira, E. P. (2011). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - relevância da definição dos cuidados prestados*. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido em 16 de abril de 2014, de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/62191>
- Pessanha, M. (2008). *Vulnerabilidade e resiliência no desenvolvimento dos indivíduos: Influência da qualidade dos contextos de socialização no desenvolvimento das crianças*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS (6ª ed.)*. (M. Robalo, Ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Piaget, J. (1990). *A Formação do Símbolo na criança (3ª ed.)*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record, 51*, pp. 223-235.
- Pittman, K. J. (June de 1991). *Promoting Youth Development: Strengthening the Role of Youth Service and Community Organizations*. School K-12. Paper 42. Obtido em 13 de Fevereiro de 2015, de <http://digitalcommons.unomaha.edu/slcek12/42>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem (7ª ed.)*. (D. R. Sales, Trad.) Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem (3ª ed.)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ponciano, L. M. (Outubro de 2010). Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem. Rio de Janeiro: Universidade Salgado de Oliveira.

- Pretis, M. (2010). Fomentar a resiliência nas crianças em contextos de vulnerabilidade de saúde mental por parte dos pais. Kids Strengths - Projecto financiado com o apoio da Comissão Europeia. Obtido em 7 de Março de 2015, de http://www.strong-kids.eu/rpool/resources/restricted/KS_Module_4_Fostering_Resilience_por.pdf
- Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico* (2ª ed.). Novo Hamburgo-Rio Grande do Sul, Brasil: Universidade Feevale. Obtido em 10 de Outubro de 2014, de <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>
- Puccini, P. T., & Cecilio, L. C. (setembro/outubro de 2004). A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), pp. 1342-1353. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500029>
- Pulicci, C., Lopes, E., Cury, J., & Conway, S. (2003). *Palhaços em Hospital-Brasil*. Masetti, Morgana (coord.), Arte, Formação e Desenvolvimento. São Paulo: Doutores da Alegria.
- Queraltó, J. M. (2000). El papel del psicólogo: Formación y asesoramiento a profesionales y colectivos hospitalarios. Em J. M. Quiles, & F. X. Carrillo (coords.), *Hospitalización infantil : repercusiones psicológicas, teoría y práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Quiles, J. M., & Carrillo, F. X. (2000a). La hospitalización infantil. Em J. M. Quiles, & F. X. Carrillo (coords.), *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas : teoría y práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Quiles, J. M., & Carrillo, F. X. (2000b). Preparación psicológica basada en el audiovisual. Em J. M. Quiles, & F. X. Carrillo (coords.), *Hospitalización infantil : repercusiones psicológicas, teoría y práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Quiles, J. O., Marín, R. A., Soto, Á. H., Piñera, S., & Fuentes, A. M. (2014). ¿Qué opinan los niños sobre los payasos de hospital? Un estudio piloto realizado en niños hospitalizados. *Acta Pediátrica Esp*, 72(9), pp. e304-e310. Obtido em 21 de Janeiro de 2015, de <http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/originales/1030-que-opinan-los-ninos-sobre-los-payasos-de-hospital-un-estudio-piloto-realizado-en-ninos-hospitalizados#.WHan6xuLRPY>
- Redondeiro, M. E. (2003). *O Quotidiano Hospitalar da Criança: Constrangimentos e Possibilidades de Desenvolvimento*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança, Instituto de Ciências Sociais, Braga
- Rego, S., Gomes, A. P., & Siqueira-Batista, R. (2008). Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(4), pp. 482-491.
- Reis, G. M. (2007). *Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

- Reppold, C. T., Gurgel, L. G., & Schiavon, C. C. (maio/agosto de 2015). Research in Positive Psychology: a systematic literature review. *Psico-USF*, 20(2), pp. 275-285. doi:10.1590/1413-82712015200208
- Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Lisboa: Placebo Editora, LDA.
- Ribeiro, L., Gomes, A. R., & Silva, M. C. (4 a 6 de fevereiro de 2010). Stresse ocupacional em profissionais de saúde : um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1494-1508. Universidade do Minho, Braga.
- Ribeiro, S., Masetti, M., & Caires, S. (2014). International Survey of Hospital Clown Organizations: Preliminary results. *Comunicação efetuada no First International Conference on Pediatric Hospital Clown*. Firenze, Itália.
- Richards, R. G. (2006). Desafio e enriquecimento. Em S. Feinstein (coord.), *A aprendizagem e o cérebro* (pp. 161-168). Lisboa: Instituto Piaget.
- Ridd, K. (1987). *There ought to be clowns - Child life therapy through the medium of a clown*. Winnipeg, Manitoba, Canada: The Canadian Association of Therapeutic Clowns. Obtido em 23 de novembro de 2015, de www.therapeuticclowns.ca
- Rindstedt, C. (Abril de 2013). Children 's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping. *Child Care Health and Development*, 40(4). doi:10.1111/cch.12064
- Rivero, C., & Marujo, H. Á. (2011). *Positivamente* (2ª ed.). Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Rocha, M. d., & Maia, L. C. (2015). Cuidando com Arte: a importância do fazer artístico no ambiente hospitalar. Em U. F. Pernambuco (Ed.), *XV ENEXT/ I ENExC - Encontro de Extensão e Cultura: História, Memória e Perspectivas*. Recife.
- Rodrigues, A. F., & Filho, W. N. (janeiro-junho de 2013). A utilização do palhaço no ambiente hospitalar. *ouvirOUver*, 9(1), pp. 72-81. Obtido em 13 de maio de 2015, de <http://www.seer.ufu.br/index.php/ouvirouver/article/view/28127/15504>
- Rodrigues, J. F. (2015). *"Rir-se comigo e Rir-se de mim": O Arquétipo do Clown e as implicações do olhar do outro no Autoconhecimento*. Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Psicologia Clínica e da Saúde, Lisboa. Obtido em 21 de Julho de 2016, de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/4485>
- Rollins, J. A. (2009). What a hospital should be. *Creativity and the child: Interdisciplinary*, 201-211. (W. C. Turgeon, Ed.) Oxford: Inter-Disciplinary Press. Obtido em 23 de setembro de 2015, de <https://pt.scribd.com/document/376676275/Wendy-C-Turgeon-ed-Creativity-and-the-Child-Inter-Disciplinary-Press-pdf>

- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), pp. 1-28.
- Rudolph, K. D., Dennig, M. D., & Weisz, J. R. (December de 1995). Determinants and Consequences of Children's Coping in the Medical Setting: Conceptualization, Review, and Critique. *Psychological Bulletin*, 118(3), pp. 328-357. doi:10.1037/0033-2909.118.3.328
- Rutter, M. (December de 2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, pp. 1-12. doi:10.1196/annals.1376.002
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (11^a ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Saliba, F. G., Adiwardana, N. S., Uehara, E. U., Silvestre, R. N., Leite, V. V., Faleiros, F. T., . . . De Gobbi, J. I. (March de 2016). Salivary cortisol levels: The importance of clown doctors to reduce stress. *Pediatric Reports*, 8(6188), pp. 12-14. doi:10.4081/pr.2016.6188
- Sampaio, D. (1993). *Vozes e ruídos: Diálogos com adolescentes*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (Abril de 2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Mental, Especial 1*, pp. 103-108.
- Santos, A. I. (2011). *De nariz vermelho no hospital : a actividade lúdica dos Doutores Palhaços com crianças hospitalizadas*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Instituto de Educação, Braga.
- Santos, K. T., Góes, I. C., Simões, P. R., & Lyra, É. V. (2017). Acordes que curam: relato de experiências musicais em um hospital universitário. *Extramuros*, 5(1), pp. 143-150. Obtido em 21 de dezembro de 2017, de <http://www.periodicos2.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/view/995/816>
- Santos, M. I. (fevereiro de 2000). A relação de ajuda na prática do cuidar em Enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos das Coronárias. *Investigação em Enfermagem*, pp. 51-60.
- Santos, O. M. (Outubro de 2011). *Necessidades dos Pais das Crianças Hospitalizadas- Perspectiva dos pais*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Enfermagem de Viseu, Unidade de Enfermagem da Criança e do Adolescente. Obtido de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1571>
- Schwebke "Shobi Dobi", S. (s.d.). *Open Heart Clowning*. Obtido em 9 de Outubro de 2014, de Association for Applied and Therapeutic Humor: <http://www.aath.org/open-heart-clowning>
- Scorsolini-Comin, F., Fontaine, A. G., Koller, S. H., & Santos, M. A. (October/December de 2013). From authentic happiness to well-being: the flourishing of Positive Psychology. *Psicologia: Reflexão e Crítica*,

26(4), pp. 663-670. Obtido em 16 de Março de 2015, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000400006>

Sebastián, M. J., & Palacio, S. P. (2000a). Evaluación psicológica en la hospitalización infantil. Em J. M. Quiles, & F. X. Carrillo (coord.), *Hospitalización infantil : repercusiones psicológicas, teoría y práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Sebastián, M. J., & Palacio, S. P. (2000b). El papel de los padres en la preparación psicológica a la hospitalización infantil. Em J. M. Quiles, & F. X. Carrillo(coord.), *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas, teoría y práctica*. Madrid: Biblioteca.

Seidl, E. M., Tróccoli, B. T., & Costa, Z. C. (september/december de 2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Prática*, 17(3), pp. 225-234. doi:10.1590/S0102-37722001000300004

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica*. Coimbra: Quarteto.

Severino, A. J. (2000). *Metodologia do Trabalho Científico* (21^a ed.). São Paulo: Cortez Editora.

Severino, A. J. (2007). *Metodologia do trabalho científico* (23^a ed.). São Paulo: Cortez Editora.

Shields, L., Kristensson-Hallström, I., & O'Callaghan, M. (june de 2003). An examination of the needs of parents of hospitalized children: comparing parents' and staff's perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), pp. 176-184. doi:10.1046/j.1471-6712.2003.00215.x

Siegrist, J., Shackelton, R., Link, C., Marceau, L., Knesebeck, O., & McKinlay, J. (July de 2010). Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. *Social Science&Medicine*, 71(2), pp. 298-304. doi:10.1016/j.socscimed.2010.03.043

Silva, A. N. (2010). *Jogos, brinquedos e brincadeiras - Trajectos intergeracionais*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Instituto de Educação, Braga.

Silva, M. C., & Gomes, A. R. (setembro-dezembro de 2009). Stres ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), pp. 239-248.

Silveira, A. O., Angelo, M., & Martins, S. R. (abril/junho de 2008). Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. *Revista e Enfermagem UERJ*, 16(2), pp. 212-217. Obtido em 13 de fevereiro de 2014, de <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a12.pdf>

Simões, A. L., Maruxo, H. B., Yamamoto, L. R., Silva, L. C., & Silva, P. A. (abril de 2010). Satisfação de clientes hospitalizados em relação às atividades lúdicas desenvolvidas por estudantes universitários. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1), pp. 107-112. doi:<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i1.9528>

- Simões, A. L., Rodrigues, F. R., Tavares, D. M., & Rodrigues, L. R. (Julho-Setembro de 2007). Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(3), pp. 439-444.
- Snowberg, R. (9 de Outubro de 2014). *The Ten Keys for Therapeutic Clowns*. Obtido de Association for Applied and Therapeutic Humor:
<https://aath.memberclicks.net/assets/docs/HumorResources/TherapeuticClown/ten%20keys%20for%20therapeutic%20clowns.pdf>
- Soares, A. L. (2007). *Palhaço de Hospital: Proposta Metodológica de Formação*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Letras e Artes, Rio de Janeiro. Obtido em 23 de junho de 2015, de <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp061294.pdf>
- Soares, H. M. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Sousa, A. B. (2003). *Educação pela arte e artes na educação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Sousa, L. M., & José, H. M. (Junho de 2016). Benefícios do humor na saúde: Revisão Sistemática da Literatura. *Enformação*, pp. 22-32. Obtido em 10 de Setembro de 2016, de <https://www.researchgate.net/publication/304037897>
- Sousa, P. M. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Spitzer, P. (december de 2006). Essay Hospital clowns—modern-day court jesters at work. *Lancet*, 368, pp. S34-S35. Obtido em 16 de março de 2015, de www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673606699194.pdf
- Sridharan, K., & Sivaramakrishnan, G. (october de 2016). Therapeutic clowns in pediatrics: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Pediatrics*, 175(10), pp. 1353-1360. doi:10.1007/s00431-016-2764-0
- Stanhope, M. (1999). Teorias e desenvolvimento familiar. Em M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem Comunitária - Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (pp. 491-517). Lisboa: Lusociência.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência.
- Stenbak, E. (1986). *Care Of Children In Hospital: a study*. (World Health Organization, Ed.) Copenhagen, Denmark.

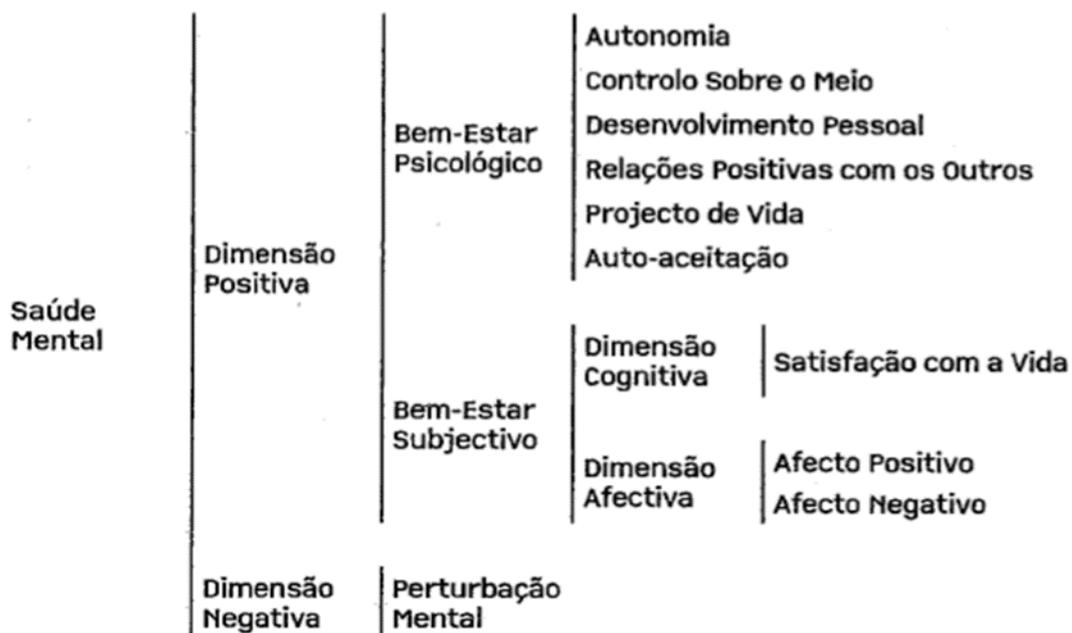
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1995). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Takahagui, F. M., Moraes, É. N., Beraldi, G. H., Akamine, G. K., Basile, M. A., & Scivoletto, S. (2014). MadAlegria — Estudantes de Medicina atuando como Doutores-Palhaços: Estratégia útil para humanização do ensino médico? *Revista Brasileira de Educação Médica*, *38*(1), pp. 120-126.
- Tan, A. K., Jr (2014). *A Qualitative Phenomenographical Study of the Experience of Parents with Children in Clown Care Services*. Master of Health Care, Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Helsinki.
- Tanneau, K., & Duhon, F. (s.d.). Dossier d`information Le clown. *Scène nationale Equinoxe*. Académie Orléans-Tours. Obtido em 15 de outubro de 2016, de <http://www.equinoxe-lagrandescene.com/dossiers-du-service-educatif-dequinoxe.html?file=files/editeur/Saison%2015-16/Service%20educatif/Dossier%20d%E2%80%99information%20clown.pdf>.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, *2*, pp. 53-55. doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- Tavares, P. P. (2011). *Acolher brincando*. Loures: Lusociência.
- Thompson-Richards, J. (2006). Joy in the Midst of Suffering: Clowning as Care of the Spirit in Palliative Care. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, *18*(2-3), pp. 137-152. doi:10.1300/J496v18n02_11
- Tiago, M. T. (2013). *Ação dos Dr. Palhaços em contexto hospitalar com crianças em risco de desenvolvimento*. Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Educação, Lisboa.
- Tileston, D. W. (2006). Autoeficácia. Em 2. (Bergen, *A aprendizagem e o cérebro* (pp. 65-67). Lisboa: Instituto Piaget.
- Tiny, H. C. (2010). *Privacidade no Internamento de Pediatria: Ética e Humanização*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto.
- Towsen, J. (1976). *Clowns*. New York: Hawthorn Books.
- Tuckman, B. W. (2005). *Manual de Investigação em educação* (3ª ed.). (A. Rodrigues-Lopes, Trad.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ullán, A. M., & Belver, M. H. (2008). *Cuando los pacientes son niños - Humanización y calidad en la hospitalización pediátrica*. Madrid: Editorial Eneida.
- Ullán, A. M., Belver, M. H., Fernández, E., Serrano, I., Delgado, J., & Herrero, C. (2012). Hospital Designs for Patients of Different Ages: Preferences of Hospitalized Adolescents, Nonhospitalized Adolescents, Parents, and Clinical Staff. *Environment and Behavior*, *44*(5), pp. 668–694. doi:10.1177/0013916511403802

- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Lisboa: Comissão Nacional da UNESCO.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). (6 de novembro de 1994). Primeiro Congresso Mundial de Transdisciplinaridade. Convento da Arrábida, Portugal.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (s.d.). *Declaração dos Direitos da Criança*. Obtido em 26 de março de 2015, de https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- University of Wisconsin-Extension. (2004). Enter the Clowns. *Wisconsin 4-H Publications - Arts & Communication*. Wisconsin: University of Wisconsin. Obtido em 15 de outubro de 2016, de <http://fyi.uwex.edu/wi4hpublications/enter-the-clowns/>
- Vagnoli, L., Caprilli, S., & Messeri, A. (2010). Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option? *Pediatric Anesthesia*, *20*, pp. 937–943 . doi:10.1111/j.1460-9592.2010.03403.x
- Vagnoli, L., Caprilli, S., Robiglio, A., & Messeri, A. (October de 2005). Clown Doctors as a Treatment for Preoperative Anxiety in Children: A Randomized, Prospective Study. *Pediatrics*, *116*(4), pp. e563-e567. doi:10.1542/peds.2005-0466
- Valladares, A. C., & Carvalho, A. M. (2006). A arteterapia e o desenvolvimento do comportamento no contexto da hospitalização. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (online)*, *40*(3), pp. 350-355. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000300006>.
- Vaz Serra, A. (1988). Um estudo sobre coping: o Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, *9*(4), pp. 301-316.
- Verwey, M. K. (2006). *Managing guidelines to support parents with the hospitalisation of their child in a private paediatric unit*. Magister degree, University of Johannesburg, Faculty of Health Sciences. Obtido em 23 de março de 2014, de <http://hdl.handle.net/10210/767>
- Victoria, F. (2015). Definição e Alcance de Objetivos e Emoções Positivas: Intersecções. *Revista Científica Brasileira de Coaching*, *2*(2), pp. 11-19.
- Vidal, C. A. (2014). *Benefícios Terapêuticos do Humor*. Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde, Covilhã.
- Villamil, M. M., Quintero, Á., Henao, E., & Cardona, J. L. (2013). Terapia de la risa en un grupo de mujeres adultas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *31*(2), pp. 202-208. Obtido em 13 de fevereiro de 2015, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n2/v31n2a06.pdf>
- Volpato, G. (dezembro de 2002). Jogo e brinquedo: reflexões a partir da teoria crítica. *Educação & Sociedade*, *23*(81), pp. 217-226. Obtido em 13 de julho de 2015, de <http://www.cedes.unicamp.br>

- Vygotsky, L. S. (1991). *A formação social da mente* (4ª ed.). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
- Waldow, V. R., & Borges, R. F. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), pp. 414-418. Obtido em 3 de novembro de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>
- Warren, B. (2001). Knowing Laughter: What Do Clown-Doctors Know and How Do They Learn To Do What They Do? *New Approaches to Lifelong Learning Working Paper#43-2001*. Toronto, Canadá: Ontario Institute for Studies in Education of the University of Toronto. Obtido em 21 de Janeiro de 2015, de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED462545.pdf>
- Warren, B. (2004). Treating Wellness: How Clown Doctors Help to Humanize Health Care and Promote Health. Em P. L. Twohig, & V. Kalitzkus (Eds.), *Making Sense of Health, Illness and Disease* (pp. 201-216). Amsterdam-New York: Rodopi.
- Warren, B., & Spitzer, P. (2014). *Smiles Are Everywhere: Integrating Clown-Play into healthcare practice*. New York: Routledge (Bookshelf Online).
- Weaver, K., Prudhoe, G., Battrick, C., & Glasper, E. A. (December de 2007). Sick children's perceptions of clown doctor humour. *Journal of Children's and Young People's Nursing*, 1(8), pp. 359-365.
- WHOQOL Group. (April de 1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2), pp. 153-159.
- Wiezzel, A. C., & Villela, F. C. (outubro de 2008). A brinquedoteca e o brincar no hospital: diálogo entre o lúdico e o terapêutico. *Nucleus*, 5(2), pp. 39-50. doi:10.3738/1982.2278.129
- Wilkins, J., & Eisenbraun, A. J. (November/December de 2009). Humor Theories and the Physiological Benefits of Laughter. *Holist Nursing Practice*, 23(6), pp. 349-354. doi:10.1097/HNP.0b013e3181bf37ad
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora, Ltda.
- Winnicott, D. W. (1982). *A criança e o seu mundo* (6ª ed.). (Á. Cabral, Trad.) Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, SA.
- World Health Organization. (10-14 de June de 2013). 8th Global Conference on Health Promotion. Helsinki. Obtido em 10 de Dezembro de 2014, de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/
- World Health Organization. (2004). *Standards for health promotion in hospitals*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Obtido em 30 de março de 2014, de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99762/e82490.pdf

- World Health Organization. (7-11 de August de 2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. *Sixth Conference on Health Promotion*. Bangkok, Thailand.
- World Health Organization, Direção-Geral da Saúde.(2002). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Climepsi Editores. Obtido em 05 de fevereiro de 2019, de https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.
- Wuo, A. E. (1999). *O clown visitador no tratamento de crianças hospitalizadas*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física, Campinas.
- Wuo, A. E. (Jan/Fev/Mar de 2009). A linguagem secreta do clown. *Integração*, 56, pp. 57-62. Obtido em 9 de Novembro de 2015, de <http://www.teatronacomunidade.com.br/wp-content/uploads/2014/02/A-linguagem-secreta-do-clown.pdf>
- Yogman, M., Garner, A., Hutchinson, J., Hirsh-Pasek, K., Golinkoff, R. M., CPACFH, & Council on Communications and Media. (3 de September de 2018). The Power of Play: A Pediatric Role in Enhancing Development in Young Children. *Pediatrics*, 142(3). Obtido em 23 de novembro de 2018, de www.aappublications.org/new
- Zapatero, D., & Agudín, V. (2011). Tuning: personalización de objetos o creación de objetos. *Arte, Individuo y Sociedad*, 23, Núm. Especial, pp. 89-97. doi:5209/rev_ARIS.2011.v23.36746
- Zink, R. (2013). O riso nasce do medo. Em N. Crespo (coord.), & Fundação EDP (Ed.), *Prontuário do Riso* (pp. 231-242). Lisboa: Edições Tinta da China.
- Zúñiga R., S. (abril de 2005). (Buen) humor y pediatría. *Revista chilena de pediatría*, 76(2), 129-131. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062005000200001>, 76(2)(SciELO Comisión Nacional de Investigación Científica Y Tecnológica (CONICYT)), pp. 129-131. doi:10.4067/S0370-41062005000200001

**ANEXO I – REPRESENTAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO CONCEITO DE
BEM-ESTAR SUBJETIVO**



Fonte: I.C. Galinha (2008, p. 28)

Figura 1 – Representação e enquadramento do conceito de Bem-estar Subjectivo

ANEXO II – CARTA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Carta da Criança Hospitalizada

ESTA CARTA FOI PREPARADA POR VÁRIAS ASSOCIAÇÕES EUROPEIAS EM 1988, EM LEIDEN



1 A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.

2 Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.

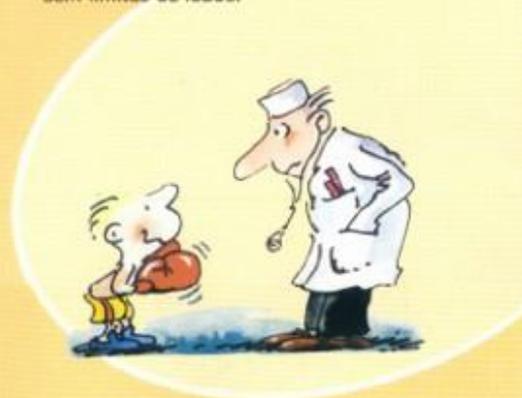
3 Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário.
Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho.

4 As crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito.



5 Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

6 As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade.



7 O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.

8 A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.

9 A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.

10 A intimidade de cada criança deve ser respeitada.
A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias.



Instituto de Apoio à Criança



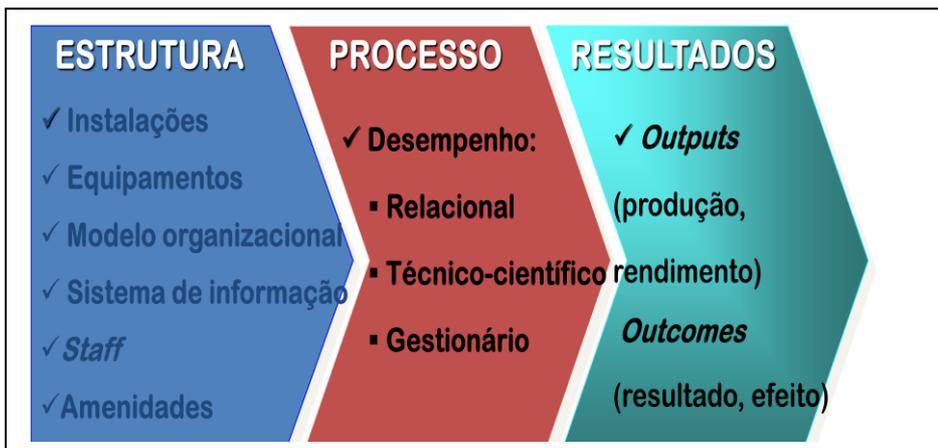
HUMANIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS
DE ATENDIMENTO
À CRIANÇA

Apio:



COMPANHIA DE SEGUROS
bonança

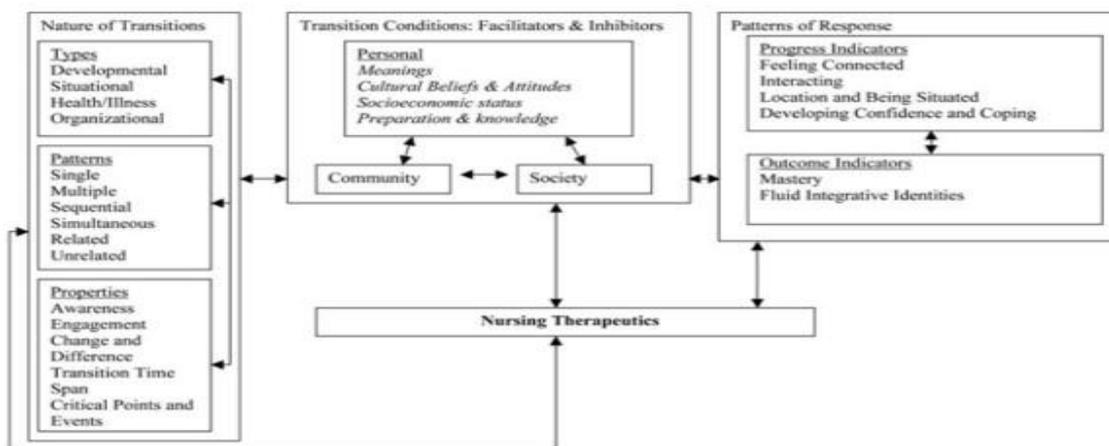
ANEXO III – AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE



Fonte: Donabedian (2003)

Figura 2 – Avaliação dos cuidados de saúde, atendendo a três elementos

ANEXO IV – TEORIA DAS TRANSIÇÕES



Fonte: Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000)

Figura 3 – Teoria das transições

Relativamente à natureza das transições, esta é constituída por:

- Tipo – Desenvolvimental (tem a ver com a evolução ao longo do ciclo vital), Situacional (ligado a eventos/circunstâncias), Saúde/doença (associadas ao estado de saúde/doença), Organizacional (mudanças das condições do ambiente/contexto)
- Padrões – Simples, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado, não relacionado
- Propriedades – consciencialização (perceção e reconhecimento da transição), empenho (envolvimento nos processos de transição), mudança e diferença (a transição resulta de e tem como resultado a mudança, associando-se a novas perspetivas sobre si e sobre o mundo), espaço temporal da transição (fluxo e movimento no tempo, com início, decurso e conclusão, varável e muitas vezes indefinida, implicando reavaliação e redefinição de objetivos), acontecimentos e pontos críticos (eventos/acontecimentos desequilibrantes).

Quanto aos condicionalismos, facilitadores ou inibidores da transição, podem ser:

- Condições pessoais – crenças, atitudes, estatuto socioeconómico, atribuição de significado aos acontecimentos, preparação e conhecimento.
- Condições da comunidade – recursos e apoio da comunidade
- Condições da sociedade – como estereótipos, marginalização ou outros associados à mudança

Em termos de padrão de resposta, existem indicadores

- De processo – que orientam as pessoas no sentido de vulnerabilidade ou transição saudável: sentir-se ligado, isto é, ter uma ligação responsável à mudança e às pessoas que apoiam na mudança; interagir, ou seja, ser agente ativo e ajustar os comportamentos de resposta, no sentido de aprender e evoluir; estar situado, relacionado com a criação de novas perceções e a novos significados, enfrentando os novos desafios; desenvolvimento de confiança e *coping*, pela compreensão dos processos inerentes à mudança, recurso e desenvolvimento de estratégias que permitam enfrentar as situações e a adaptação, num processo de construção contínua.
- De resultado – ou seja, do domínio de novas competências: mestria, que tem a ver com domínio, competências e comportamentos que permitem lidar com novos eventos e situações de vida, no sentido de uma conclusão saudável da transição; integração fluida, que decorre das alterações e desenvolvimento ao longo do tempo, com reformulação da identidade, permitindo maior adaptabilidade às exigências de vida.

**ANEXO V – QUESTIONÁRIO DE PERCEÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE
PEDIATRIA RELATIVAMENTE À INTERVENÇÃO DOS DOUTORES
PALHAÇOS (QPPIDP)**

QUESTIONÁRIO DE PERCEÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE RELATIVAMENTE À INTERVENÇÃO DOS DOUTORES PALHAÇOS

Morgana Masetti, Susana Caires & Daniel Brandão

- O presente questionário foi desenvolvido pela Operação Nariz Vermelho (Portugal) e pelos Doutores da Alegria (Brasil), no âmbito de uma parceria de investigação entre estas duas associações de palhaços de hospital;
- Em Portugal, o estudo encontra-se a cargo do Instituto de Educação da Universidade do Minho e faz parte do projeto de investigação “Rir é o melhor remédio?” (coordenação científica: Doutora Susana Caires);
- O presente estudo tem como principal objetivo proceder à validação do questionário no contexto português e brasileiro;
- Só deve preencher este questionário se conhece o trabalho dos Doutores Palhaços neste hospital há PELO MENOS 6 MESES;
- As suas respostas são CONFIDENCIAIS;
- NÃO é o hospital e NEM os seus profissionais que estão a ser avaliados;
- Procure ser o mais SINCERO/A possível nas suas respostas;
- Se quiser conhecer os resultados deste trabalho por favor informe a equipa de investigação (caires@ie.uminho.pt);
- Qualquer dúvida que tenha pode ser esclarecida junto do(a) investigador(a) que lhe entregou o questionário.
- Se a algumas questões não conseguir responder por não se aplicar à situação ou não conseguir avaliar, por favor deixe em branco

A. DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS:

Género

(1) Masculino

(2) Feminino; Idade: ___ Cargo: _____

Unidade dos serviços de pediatria onde trabalha: _____

B. ATIVIDADES DE ENTRETENIMENTO REALIZADAS NA PEDIATRIA

B1. Além dos Doutores Palhaços da Operação Nariz Vermelho (ONV), existem outros grupos de palhaços que atuam neste serviço/hospital?

(1) SIM

(2) NÃO

(3) NÃO SEI

B2. Atribua, por favor, a cada atividade de entretenimento realizadas na pediatria, uma nota de 0 a 10, em função do seu nível de satisfação relativamente (sendo 0 o menor grau de satisfação e 10 o maior grau). Caso a atividade não exista, por favor deixe em branco.

Atividade	Nível de satisfação
(1) Contadores de histórias	
(2) Grupo coral	
(3) Grupos de fantoches	
(4) Pet terapia/ visitas de animais	
(5) Grupos religiosos	
(6) Doutores Palhaços (ONV)	
(7) Outros grupos de palhaços	
(8) Grupos de música	
(9) Outros: _____	

C. DOUTORES PALHAÇOS

C1. Há quanto tempo convive com o trabalho dos Doutores Palhaços da Operação Nariz Vermelho?

(Pode considerar o contacto que teve com eles noutros hospitais)

(1) Menos de 1 ano

(3) 2 a 3 anos

(5) 5 anos ou mais

(2) 1 a 2 anos

(4) 3 a 4 anos

(6) Não sei

C2. Com que frequência assiste / participa nas intervenções dos Doutores Palhaços?

(1) 1 vez por semana

(4) Menos de 1 vez por mês

(2) 1 vez a cada quinze dias

(5) Não sei

(3) 1 vez por mês

C3. Cite, por favor, três palavras que caracterizam o que lhe vem à cabeça quando pensa nos "Doutores Palhaços" da Operação Nariz Vermelho:

(1)
(2)
(3)

D. EM SEGUIDA SÃO APRESENTADAS DIVERSAS AFIRMAÇÕES SOBRE O TRABALHO DOS DOUTORES PALHAÇOS NESTE HOSPITAL. CONSIDERANDO A ESCALA DE 1 A 5 APRESENTADA EM BAIXO, INDIQUE, POR FAVOR, O SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA RELATIVAMENTE A CADA AFIRMAÇÃO

ESCALA

1	Discordo totalmente
2	Discordo
3	Concordo parcialmente
4	Concordo
5	Concordo totalmente

COM A PRESENÇA DOS DOUTORES PALHAÇOS...	Nível de concordância
D1. As crianças/adolescentes parecem colaborar mais com os tratamentos e/ou exames	① ② ③ ④ ⑤
D2. Os pais/acompanhantes participam ativamente nas brincadeiras dos Doutores Palhaços	① ② ③ ④ ⑤
D3. Passo a ver a criança/adolescente como uma “pessoa” mais do que como um doente	① ② ③ ④ ⑤
D4. As crianças/adolescentes aguardam com expectativa uma nova visita dos Doutores Palhaços	① ② ③ ④ ⑤
D5. Os pais/acompanhantes sentem-se incomodados com a presença dos Doutores Palhaços	① ② ③ ④ ⑤
D6. As crianças/adolescentes parecem apresentar maiores e/ou mais rápidas evidências clínicas de melhora	① ② ③ ④ ⑤
D7. Os pais/acompanhantes tornam-se mais pró-ativos em relação aos acontecimentos do hospital e aos tratamentos (por ex: fazem mais perguntas, envolvem-se mais nos cuidados)	① ② ③ ④ ⑤
D8. O meu trabalho torna-se mais difícil devido às interferências dos Doutores Palhaços (ex: confusão, ruído, distração, alteração de rotinas...)	① ② ③ ④ ⑤
D9. As crianças/adolescentes melhoram o seu sono	① ② ③ ④ ⑤
D10. Tornei-me mais cuidadoso/a na relação com os outros (mais atento/a às suas necessidades, mais paciente, mais disponível...)	① ② ③ ④ ⑤
D11. Os pais/acompanhantes parecem esquecer, por alguns momentos, que estão no hospital	① ② ③ ④ ⑤
D12. As crianças/adolescentes recordam e relatam a outros as brincadeiras realizadas com os Doutores Palhaços	① ② ③ ④ ⑤
D13. A presença dos Doutores Palhaços aumenta os riscos de propagação de doenças	① ② ③ ④ ⑤
D14. Os pais/acompanhantes tornam-se mais cooperativos em relação às decisões e intervenções médicas (ex: exames, medicação, tratamentos)	① ② ③ ④ ⑤
D15. A presença dos Doutores Palhaços cria mais espaço na equipa para se conversar sobre situações delicadas que vivemos no hospital	① ② ③ ④ ⑤
D16. As crianças/adolescentes ficam mais ativas (ex: movimentam-se mais, tornam-se mais faladoras, interativas)	① ② ③ ④ ⑤
D17. Passei a usar mais o humor para distrair ou conquistar a colaboração da criança/adolescente	① ② ③ ④ ⑤
D18. As crianças/adolescentes mostram medo e não conseguem interagir com os Doutores Palhaços (por ex: choram, fogem, não deixam entrar no quarto)	① ② ③ ④ ⑤
D19. Os pais/acompanhantes aceitam melhor os tempos de espera (ex: consulta, urgências, internamentos...) aquando da presença dos Doutores Palhaços	① ② ③ ④ ⑤
D20. Os pais/acompanhantes passam a brincar mais com as crianças/adolescentes	① ② ③ ④ ⑤
D21. As crianças/adolescentes recebem os Doutores Palhaços com entusiasmo (ex: riem muito, batem palmas, “entram no jogo”)	① ② ③ ④ ⑤
D22. Os pais/acompanhantes ficam mais confortáveis no ambiente hospitalar (ex: mais à vontade nas interações, mais descontraídos...)	① ② ③ ④ ⑤
D23. As crianças/adolescentes imitam e reproduzem as brincadeiras realizadas com os Doutores Palhaços	① ② ③ ④ ⑤
D24. Passei a compreender melhor as necessidades dos pais/acompanhantes e das crianças/adolescentes através dos Doutores Palhaços	① ② ③ ④ ⑤
D25. As crianças/adolescentes rejeitam a presença dos Doutores Palhaços (ex: choram, não o deixam entrar no quarto, não olham)	① ② ③ ④ ⑤
D26. Passei a exprimir mais as minhas emoções (ex: stresse, sentimentos de perda, culpa...)	① ② ③ ④ ⑤
D27. As crianças/adolescentes parecem conseguir esquecer, por alguns momentos, que estão num hospital	① ② ③ ④ ⑤
D28. Os pais/acompanhantes reproduzem algumas das brincadeiras dos Doutores Palhaços para conquistar a cooperação ou divertir a criança/adolescente	① ② ③ ④ ⑤

ESCALA	
1	Discordo totalmente
2	Discordo
3	Concordo parcialmente
4	Concordo
5	Concordo totalmente

COM A PRESENÇA DOS DOUTORES PALHAÇOS...	Nível de concordância
D29. Reproduzo algumas das brincadeiras dos Doutores Palhaços para me aproximar da criança/adolescente	① ② ③ ④ ⑤
D30. A criança/adolescente pede o regresso dos Doutores Palhaços	① ② ③ ④ ⑤
D31. Os pais/acompanhantes parecem felizes por verem os seus filhos felizes com a presença dos Doutores Palhaços	① ② ③ ④ ⑤
D32. Julgo que o hospital não é um lugar para palhaços	① ② ③ ④ ⑤
D33. As crianças/adolescentes aceitam melhor os tempos de espera (ex: consulta, urgências, internamentos...) aquando da presença dos Doutores Palhaços	① ② ③ ④ ⑤
D34. Comecei a estabelecer outras formas de me aproximar das crianças/adolescentes	① ② ③ ④ ⑤
D35. As crianças/adolescentes alimentam-se melhor	① ② ③ ④ ⑤
D36. Consigo estabelecer uma relação de maior cumplicidade com os pais/acompanhantes	① ② ③ ④ ⑤
D37. As crianças/adolescentes parecem suportar melhor a dor	① ② ③ ④ ⑤
D38. Sinto mais prazer na minha atividade profissional	① ② ③ ④ ⑤
D39. Tornei-me mais flexível no cumprimento das rotinas e procedimentos, em função das necessidades da criança/adolescente e/ou pais/acompanhantes	① ② ③ ④ ⑤
D40. As crianças/adolescentes aceitam melhor a ideia de ter que voltar ao hospital (ex: para internamento, consulta, tratamento em ambulatório...)	① ② ③ ④ ⑤
D41. Os pais/acompanhantes parecem mais confiantes em relação à possibilidade de melhora da criança/adolescente	① ② ③ ④ ⑤
D42. Passei a gerir melhor situações de conflito ou tensão com os pais/acompanhantes	① ② ③ ④ ⑤

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

DADOS A PREENCHER PELO INVESTIGADOR

Hospital _____ **Data:** _____ **Investigador:** _____

Serviço:

(1) Internamento

(2) UCI

(5) Urgências

(3) Neonatologia

(4) Ambulatório/Hospital de dia

(6) Outro

ID: _____

**ANEXO VI – QUESTIONÁRIO DE PERCEÇÕES DOS
PAIS/ACOMPANHANTES RELATIVAMENTE À INTERVENÇÃO DOS
DOUTORES PALHAÇOS (QPPAIDP)**



Universidade do Minho



QUESTIONÁRIO DE PERCEÇÕES DOS PAIS/ACOMPANHANTES EM RELAÇÃO AOS DOUTORES PALHAÇOS

Morgana Masetti, Susana Caires & Daniel Brandão

- Só deve preencher este questionário se teve alguma vez contacto com os Doutores Palhaços, da Operação Nariz Vermelho;
- As suas respostas a este questionário são CONFIDENCIAIS;
- NÃO é o hospital e NEM os seus profissionais que estão a ser avaliados;
- Procure ser o mais SINCERO/A possível nas suas respostas;
- Se quiser conhecer os resultados deste estudo por favor informe o investigador que lhe entregou o questionário;
- Qualquer dúvida que tenha pode ser esclarecida junto desse(a) investigador(a).
- Se a algumas questões não conseguir responder por não se aplicar à situação ou não conseguir avaliar, por favor deixe em branco

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

A. Dados sobre os PAIS/ACOMPANHANTES:

Género: Feminino Masculino; Idade: _____; Escolaridade: _____;

Área Profissional: _____.

Se não é pai ou mãe da criança/adolescente indique, por favor:

Grau de parentesco:

Familiar _____ (tio/a, avô/ó, primo/a...) Responsável legal Outro _____

Mais alguma pessoa costuma ficar aqui no hospital para acompanhar a criança/adolescente?

(1) SIM

(2) NÃO

Se sim, quem costuma também acompanhar a criança/adolescente?

(Pode apresentar mais do que uma resposta)

(1) Pai/Mãe

(2) Tio/a

(3) Primo/a

(4) Avô/Avó

(5) Irmão/Irmã

(6) Outro

Quem costuma ficar mais tempo no hospital a acompanhar a criança/adolescente?

(1) Eu

(2) A pessoa referida na pergunta anterior

(3) Igual

B. Dados sobre a CRIANÇA/ADOLESCENTE:Género: Feminino Masculino; Idade: _____; Ano de escolaridade: _____

Há quanto tempo está internado? _____ Qual o motivo do internamento?: _____

A criança/adolescente já teve outras experiências de contacto com o hospital?(Por exemplo: consulta, outros internamentos...) Sim Não **Se sim, indique, por favor, se nessas experiências a criança/adolescente teve contacto com os Doutores Palhaços, da Operação Nariz Vermelho:** Sim Não Não sei **C. SATISFAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS NOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA DESTE HOSPITAL****C1. De entre as atividades realizadas, pontue, por favor, entre 0 e 10, o seu nível de satisfação.**

0 – menor grau de satisfação | 10 – grau máximo de satisfação

Caso a atividade não exista, por favor, deixe em branco.

Atividade	Nível de satisfação
<input type="checkbox"/> Histórias	
<input type="checkbox"/> Grupo coral	
<input type="checkbox"/> Fantoques	
<input type="checkbox"/> Visitas de animais	
<input type="checkbox"/> Grupos religiosos	
<input type="checkbox"/> Doutores Palhaços, da Operação Nariz Vermelho	
<input type="checkbox"/> Outros palhaços	
<input type="checkbox"/> Música	
<input type="checkbox"/> Outros	

A criança/adolescente tem medo de palhaços? Sim Não**E o/a senhor/a? Tem medo ou antipatia em relação a palhaços?** Sim Não**As perguntas que se seguem referem-se unicamente ao trabalho dos DOUTORES PALHAÇOS da Operação Nariz Vermelho**

Caso existam outros palhaços neste hospital, por favor, NÃO os considere nas suas respostas.

1. Quantas vezes os Doutores Palhaços visitaram a criança/adolescente no atual internamento? 1 vez 2 vezes 3 vezes 4 ou mais vezes Não sei**2. Quantas vezes o senhor/a esteve presente nessas visitas?** 1 vez 2 vezes 3 vezes 4 ou mais vezes Não sei**3. A criança/adolescente já teve internamentos anteriores?** Sim Não (Se não, por favor passe para a questão 4)**3.1. Se sim, já havia sido visitado pelos Doutores Palhaços?** Sim Não (Se não, por favor passe para a questão 4)**Quantas vezes você esteve presente nessas visitas?** 1 vez 2 vezes 3 vezes 4 ou mais vezes Não sei

4. Escreva, por favor, as três primeiras palavras que lhe vêm à cabeça quando pensa em “DOUTORES PALHAÇOS” da Operação Nariz Vermelho.

(1) _____

(2) _____

(3) _____

5. Indique, por favor, em baixo, qual o seu grau de concordância com as afirmações relacionadas com o trabalho dos DOUTORES PALHAÇOS, de acordo com a seguinte escala:

ESCALA	
1	Discordo totalmente
2	Discordo bastante
3	Concordo mais ou menos
4	Concordo bastante
5	Concordo totalmente

NO QUE SE REFERE À REAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE AOS DOUTORES PALHAÇOS....	GRAU DE CONCORDÂNCIA
1. A criança/adolescente recebe os Doutores Palhaços com entusiasmo	1 2 3 4 5
2. A criança/adolescente acha a presença dos Doutores Palhaços uma falta de respeito para com a sua situação	1 2 3 4 5
3. A criança/adolescente pergunta pelos Doutores Palhaços nos dias em que eles não estão	1 2 3 4 5
4. A criança/adolescente brinca com alguns objetos que os Doutores Palhaços usaram na sua visita (exemplo: nariz vermelho, brinquedos...)	1 2 3 4 5
5. Depois da visita dos Doutores Palhaços, a criança/adolescente relaciona-se mais com outras crianças/adolescentes internados	1 2 3 4 5
6. A criança/adolescente tem medo dos Doutores Palhaços	1 2 3 4 5
7. Depois da visita dos Doutores Palhaços a criança/adolescente fala da visita a outras pessoas	1 2 3 4 5
8. Depois da visita dos Doutores Palhaços a criança/adolescente imita algumas das suas brincadeiras	1 2 3 4 5
9. Durante a visita, a criança/adolescente ignora os Doutores Palhaços (por exemplo: não olha, não pára de fazer o que estava a fazer)	1 2 3 4 5
10. Durante a visita dos Doutores Palhaços a criança/adolescente não mostra sinais de diversão	1 2 3 4 5
11. Depois da visita dos Doutores Palhaços a criança/adolescente sente-se mais à vontade no hospital	1 2 3 4 5
12. Depois da visita dos Doutores Palhaços a criança/adolescente colabora mais com os médicos e enfermeiros (por exemplo: nos exames médicos, observações, tratamentos)	1 2 3 4 5
13. Depois da visita dos Doutores Palhaços a criança/adolescente dorme melhor	1 2 3 4 5
14. Depois da visita dos Doutores Palhaços a criança/adolescente fica mais ativo/a, movimenta-se mais	1 2 3 4 5
15. Durante a visita dos Doutores Palhaços a criança/adolescente esquece, por alguns momentos, que está no hospital	1 2 3 4 5
16. Depois da visita dos Doutores Palhaços a criança/adolescente come melhor	1 2 3 4 5
17. Depois da visita dos Doutores Palhaços a criança/adolescente colabora mais com as regras e rotinas do hospital	1 2 3 4 5
18. Depois da visita dos Doutores Palhaços a criança/adolescente aceita melhor a ideia de voltar ao hospital	1 2 3 4 5
19. Durante ou depois da visita dos Doutores Palhaços a criança/adolescente tolera melhor a dor	1 2 3 4 5

ESCALA	
1	Discordo totalmente
2	Discordo bastante
3	Concordo mais ou menos
4	Concordo bastante
5	Concordo totalmente

NO QUE SE REFERE À SUA REAÇÃO AOS DOUTORES PALHAÇOS....	GRAU DE CONCORDÂNCIA
1. Depois da visita dos Doutores Palhaços tendo a conversar mais com a criança/adolescente	1 2 3 4 5
2. Recebo os Doutores Palhaços com entusiasmo	1 2 3 4 5
3. Sinto-me irritado/a ou desconfortável com a presença dos Doutores Palhaços	1 2 3 4 5
4. aguardo com expectativa a visita dos Doutores Palhaços	1 2 3 4 5
5. Quando sei que os Doutores Palhaços estão no hospital vou procurá-los para me ajudarem a lidar com a criança/adolescente (exemplo: nas refeições, exames médicos, etc)	1 2 3 4 5
6. Durante a visita dos Doutores Palhaços sinto-me feliz por ver a criança/adolescente feliz	1 2 3 4 5
7. Gostaria que os Doutores Palhaços visitassem a criança/adolescente mais vezes	1 2 3 4 5
8. Participo nas brincadeiras dos Doutores Palhaços durante as suas visitas	1 2 3 4 5
9. Imito algumas das brincadeiras dos Doutores Palhaços junto da criança/adolescente já depois da sua visita	1 2 3 4 5
10. Não me divirto com a visita dos Doutores Palhaços	1 2 3 4 5
11. Brinco mais com a criança/adolescente depois da visita dos Doutores Palhaços	1 2 3 4 5
12. Durante a visita dos Doutores Palhaços esqueço, por momentos, que estou num hospital	1 2 3 4 5
13. Acho que os Doutores Palhaços são uma parte importante da equipa de cuidados à criança/adolescente	1 2 3 4 5
14. Sinto-me mais calmo/a depois da visita dos Doutores Palhaços	1 2 3 4 5
15. Sinto-me mais à vontade/descontraído/a para falar com médicos e enfermeiros depois da visita dos Doutores Palhaços	1 2 3 4 5
16. Sinto-me mais otimista em relação à recuperação da criança/adolescente depois da visita dos Doutores Palhaços	1 2 3 4 5
17. Considero que o hospital não é lugar para palhaços	1 2 3 4 5
18. Depois da visita dos Doutores Palhaços participo mais ativamente nos cuidados da criança/adolescente (por exemplo: procuro mais informação, estou mais disponível para ajudar nos seus cuidados diários, coopero mais com os profissionais)	1 2 3 4 5
19. Depois da visita dos Doutores Palhaços consigo comunicar melhor com outros pais e acompanhantes	1 2 3 4 5
20. Depois da visita dos Doutores Palhaços sinto-me mais à vontade/"confortável" no hospital	1 2 3 4 5

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

DADOS A PREENCHER PELO INVESTIGADOR

Hospital _____ Data: _____ Investigador: _____

Serviço

(1) Internamento

(2) UCI

(5) Urgências

(3) Neonatologia

(4) Ambulatório/Hospital de dia

(6) Outro

ID: _____

ANEXO VII – CONSENTIMENTOS INFORMADOS



Universidade do Minho
Instituto de Educação



CONSENTIMENTO INFORMADO

Local, ____ de _____ de 201

Eu, _____, profissional do Departamento de Pediatria do Hospital _____, mediante a salvaguarda da confidencialidade dos dados, autorizo, para fins de investigação, a inclusão das minhas respostas ao *Questionário de Perceções dos Profissionais de Pediatria relativamente à intervenção dos Doutores Palhaços* da Operação da Operação Nariz Vermelho no âmbito do estudo nacional promovido pelos investigadores do projeto “Rir é o melhor remédio?”

Assinatura



Universidade do Minho
Instituto de Educação



CONSENTIMENTO INFORMADO

Local, __ de _____ de 201

Eu, _____, pai/mãe/acompanhante de uma criança/adolescente utente do Departamento de Pediatria do Hospital _____, mediante a salvaguarda da confidencialidade dos dados, autorizo, para fins de investigação, a inclusão das minhas respostas ao *Questionário de Perceções dos Pais/acompanhantes relativamente à intervenção dos Doutores Palhaços* da Operação da Operação Nariz Vermelho no âmbito do estudo nacional promovido pelos investigadores do projeto “Rir é o melhor remédio?”

Assinatura
