Isabel Maria Gonçalves Teixeira Dias

APRENDENDO COM A DOENÇA

O contributo da educação emocional na promoção do bem-estar das crianças hospitalizadas

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação

Especialização em Educação Social

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Isabel Freitas

e co-orientação Professor Doutor Nuno Cravo Barata

Porto

Junho 2015

DECLARAÇÃO

Nome:_____

Nº. do BI/CC: _____ Tel/Telem.: _____ e-mail: _____

Curso de Doutoramento/Mestrado em _____

Ano de conclusão: _____/___/___

Título da tese / dissertação

_____

Orientador (es):

_____

_____

Declaro, para os devidos efeitos, que concedo, gratuitamente, à Universidade Portucalense Infante D. Henrique, para além da livre utilização do título e do resumo por mim disponibilizados, autorização, para esta arquivar nos respectivos ficheiros e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu repositório institucional, o trabalho supra-identificado, nas condições abaixo indicadas:

[Assinalar as opções aplicáveis em 1 e 2]

1. <u>Tipo de Divulgação</u>:

□ **Total**.

□ **Parcial**.

2. <u>Âmbito de Divulgação</u>:

□ **Mundial** (**Internet aberta)**

□ **Intranet da Universidade Portucalense.**

□ **Internet, apenas a partir de □ 1 ano □ 2 anos □ 3 anos – até lá, apenas Intranet da UPT**

<u>Advertência</u>: O direito de autor da obra pertence ao criador intelectual, pelo que a subscrição desta declaração não implica a renúncia de propriedade dos respectivos direitos de autor ou o direito de a usar em trabalhos futuros, os quais são pertença do subscritor desta declaração.

Assinatura: _____

Porto, ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Estou profundamente grata ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, presidido por Dr. Nuno Morujão.

Ao Dr. Lopes dos Santos, Director do Departamento da Mulher, Criança e Jovem, como impulsionador na realização deste trabalho acreditando e confiando em mim. Agradeço também à Comissão de Ética aprovação dos questionários.

À auxiliar Ana Monteiro, que partilhou comigo todos os momentos de variadas emoções.

Às crianças e acompanhantes que estiveram sempre disponíveis para colaborarem.

O meu muito obrigado colectivo, a todos os dinamizadores que realizaram as actividades pedagógicas no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano. Parabéns pelo vosso empenhamento e trabalho desenvolvido.

Ao Rui Silva, pelo apoio que me deu na pesquisa da documentação.

Estou particularmente grata ao meu colega, Dr. Afonso Magalhães pela partilha de documentos pedagógicos e científicos e como colaborador externo do Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano.

Este desafio desenrolou-se e concretizou-se com a orientação da minha orientadora, Professora Doutora Isabel Freitas e co-orientador Professor Doutor Nuno Cravo Barata.

Agradeço aos meus filhos a compreensão e o carinho dedicado.

Muito obrigada a todos.

RESUMO

Num sistema de saúde a educação é fundamental para dar resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e emocionais das crianças internadas. A actuação pedagógica de um educador permitiu-nos concretizar o desenvolvimento de um projecto educativo "Aprendendo com a doença", baseado num programa de educação emocional, cujo objectivo principal pretendemos que fosse o estudo das aprendizagens de reconhecimento das emoções das crianças doentes hospitalizadas e da forma de as integrar positivamente nos seus percursos de vida e na sua personalidade. Desta forma, criamos oportunidades para que o doente pediátrico possa exprimir, clarificar e regular as suas próprias emoções, através de momentos de diálogo e de actividades lúdicas, nomeadamente o relaxamento, a massagem, sessões de riso, da expressão musical, assim como outras, que serão analisadas em publicações posteriores.

Seleccionámos as emoções, alegria, carinho, vergonha, tristeza, ansiedade e medo por verificarmos, através de observação directa dos comportamentos das crianças e por exteriorização de relatos, que eram as emoções básicas mais sentidas e permanentes. As crianças registaram diariamente estas emoções de acordo com as suas rotinas quotidianas. Assim, entendemos oportuno definir cada uma das emoções citadas, de acordo com a opinião de diversos autores, criando também uma definição contextualizada em função das experiências hospitalares.

As emoções negativas foram estudadas com maior pormenor, principalmente o medo, pela relevância que assumem na experiência das crianças hospitalizadas e respectivas famílias e também porque é nosso intuito fundamental desenvolver estratégias que propiciem às crianças o maior bem-estar possível durante o tempo que estão no hospital, minorando ao máximo a dor e o incómodo que estas situações de internamento sempre têm associadas à doença que o motivou.

Esta investigação enquadra-se no âmbito da pedagogia hospitalar, ramo da pedagogia que se dedica ao acompanhamento e promoção do desenvolvimento de crianças que, estando hospitalizadas, não deixam de crescer e aprender a viver com circunstâncias da sua vida que devem ser reflectidas e inseridas positivamente na sua experiência vital e na sua personalidade. Os objectivos que nos propomos e estratégias que utilizamos continuam expostos num painel da nossa sala de encontro denominada "Pátio da Ideias".

PALAVRAS CHAVE: Hospital, Internamento, Pediatria, Criança, Acompanhante, Pedagogia, Emoções**.**

SUMMARY

Education is an essential instrument to deal with the physical, psychological, social and emotional needs of hospitalized children. We have developed a project on emotional education, that we called “Learning with disease”, which aims to understand how hospitalized children feel and discover their emotions and to help them to use this experience positively in the development of their personality. We, therefore, created opportunities for the paediatric patient to express, clarify and regulate his/her own emotions, using dialog and pleasant activities, like relaxation, massage, laughing sessions, musical expression and others to be analysed in later publications.

We have selected Joy, Affection, Shame, Sadness, Anxiety and Fear, since they were the most frequently experienced and most lasting emotions, as verified by direct observation of behaviour and verbal communication of patients. We have characterized each of these emotions in conformity to various accepted descriptions and created our own working definitions adapted to the hospital context, based on our experience.

Children were asked and taught to make a record of these emotions in connection with their usual daily routines.

Negative emotions, namely Fear, were studied in greater detail for their major relevance in the experience of hospitalized children and their families and also because it is our main purpose to develop strategies to provide the maximum possible comfort to the patients during their hospital stay, with maximum relief of pain and distress related both to the underlying disease and to the necessary clinical procedures.

This investigation was developed within the framework of Hospital Pedagogy which is a branch of Pedagogy devoted to observe and promote child´s development in a hospital setting where, in spite of being hospitalized, patients keep on growing as human beings and have a unique opportunity to learn to cope with new and inevitable facts of life, integrating them positively in their experience and in the development of their personality. Our objectives and strategies are currently exposed on a board in our meeting room, which we have called “Pátio das Ideas” (Courtyard of Ideas).

KEYWORDS: Hospital, Internement, Pediatric, Children, Children`s Companion Pedagogy, Emotions.

“A descoberta consiste em ver o que já toda gente viu
e pensar o que ninguém pensou.”

Albert Von Szent-Gyorgyi

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 17

PARTE I 19
ENQUADRAMENTO TEÓRICO 19

1. A EDUCAÇÃO EMOCIONAL 21
1.1. EMOÇÕES EM CONTEXTO HOSPITALAR 27
1.1.1. ALEGRIA 46
1.1.2. AFECTO 49
1.1.3. VERGONHA 53
1.1.4. TRISTEZA 56
1.1.5. ANSIEDADE 59
1.1.6. MEDO 65

2. O CONTRIBUTO DAS ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS PARA EDUCAÇÃO EMOCIONAL 78
2.1. EXPRESSÃO PLÁSTICA 83
2.2. EXPRESSÃO DRAMÁTICA 89
2.3. EXPRESSÃO MUSICAL 96
2.4. RELAXAMENTO ATRAVÉS DA MASSAGEM 103
2.4.1. VANTAGENS DA MASSAGEM 107
2.5. RELAXAMENTO ATRAVÉS DA VISUALIZAÇÃO INTERIOR DE IMAGENS 108
2.6. O RISO 112
2.7. O JOGO 119

PARTE II 125
INVESTIGAÇÃO PRÁTICA 125

1. PERGUNTA DE PARTIDA, OBJECTO DE ESTUDO, OBJECTIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESES 127

2. METODOLOGIA APLICADA AO ESTUDO DAS EMOÇÕES DAS CRIANÇAS DURANTE O PROCESSO DE INTERNAMENTO 129
2.1. PARTICIPANTES 134
2.2. MATERIAL 135
2.3. PROCEDIMENTO 135

3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 138

4. DADOS ESTATÍSTICOS DAS EMOÇÕES SENTIDAS PELAS CRIANÇAS DURANTE AS SUAS ROTINAS DIÁRIAS. 139
4.1. LEVANTAMENTO DOS DADOS REFERENTES À ALEGRIA 139
4.2. LEVANTAMENTO DOS DADOS REFERENTES AO CARINHO 146
4.3. LEVANTAMENTO DOS DADOS REFERENTES À VERGONHA 152
4.4. LEVANTAMENTO DOS DADOS REFERENTES À TRISTEZA 159
4.5. LEVANTAMENTO DOS DADOS REFERENTES À ANSIEDADE 166
4.6. LEVANTAMENTO DOS DADOS REFERENTES AO MEDO 173

5. MENSAGENS DOS DOENTES E ACOMPANHANTES 181
5.1. ANÁLISE DAS MENSAGENS 191

CONCLUSÃO 192

BIBLIOGRAFIA 201
ANEXOS 205

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Processo de decisão emocional adaptado a partir de Lazarus (1991, p.101). 29

Figura 2: Modelo oncológico de Bronfrenbrenner. 32

Figura 3: Modelo ecológico de Bronfenbrenner aplicado no paciente oncológico. 32

Figura 4: Microssistemas que influenciam o doente oncológico. 33

Figura 5: Variáveis implicadas nos diferentes contextos que formam o microssistema do doente oncológico. 34

Figura 6: Relações que se estabelecem num mesossistema. 36

Figura 7: Exossistema que rodeia o doente. 38

Figura 8: Macrossistema onde está inserido o doente oncológico. 40

Figura 9: Factores que podem influenciar o doente e acompanhantes. 42

Figura 10: Síntese da Teoria da ecologia do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner (1992, p. 30). 45

Figura 11: Horizonte existencial. 78

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Tipos de tristeza traduzidos a partir de Hunter (2007, p.149). 57

Tabela 2: Etapas do medo e respectivas propostas de intervenção, segundo Hunter (2007, p.97). 68

Tabela 3: Traduzida a partir de Hunter (2007,p.98). 69

Tabela 4: Retirada de Juliana Dellinger-Bavolek, formadora de massagem infantil e instrutora da I.A.I.M. nos E.U.A. 106

Tabela 5: Retirada de Montoya, Costa, Benavides & Calvo (1998). 123

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 140

Gráfico 2 140

Gráfico 3 141

Gráfico 4 141

Gráfico 5 142

Gráfico 6 142

Gráfico 7 143

Gráfico 8 143

Gráfico 9 144

Gráfico 10 144

Gráfico 11 147

Gráfico 12 148

Gráfico 13 148

Gráfico 14 149

Gráfico 15 149

Gráfico 16 150

Gráfico 17 150

Gráfico 18 153

Gráfico 19 153
Gráfico 20 154
Gráfico 21 154
Gráfico 22 155
Gráfico 23 155
Gráfico 24 156
Gráfico 25 156
Gráfico 26 157
Gráfico 27 157
Gráfico 28 158
Gráfico 29 158
Gráfico 30 160
Gráfico 31 160
Gráfico 32 161
Gráfico 33 161
Gráfico 34 162
Gráfico 35 162
Gráfico 36 163
Gráfico 37 163
Gráfico 38 164
Gráfico 39 164
Gráfico 40 165
Gráfico 41 165
Gráfico 42 167
Gráfico 43 167
Gráfico 44 168
Gráfico 45 168
Gráfico 46 169
Gráfico 47 169

Gráfico 48 170
Gráfico 49 170
Gráfico 50 171
Gráfico 51 171
Gráfico 52 172
Gráfico 53 174
Gráfico 54 174
Gráfico 55 175
Gráfico 56 175
Gráfico 57 176
Gráfico 58 176
Gráfico 59 177
Gráfico 60 177
Gráfico 61 178
Gráfico 62 178
Gráfico 63 179
Gráfico 64 190
Gráfico 65 190

INTRODUÇÃO

A Pedagogia Hospitalar, em Portugal, ao nível da investigação encontra-se pouco desenvolvida, divulgada e reconhecida, razão pela qual elaborei este trabalho. Pela constatação prática das experiências hospitalares das crianças verifiquei que a componente emocional era um factor marcante e determinante para suportar as dificuldades inerentes à hospitalização. A partir da referida experiência de trabalho surgiram-me questões que induziram à constituição deste trabalho abrindo alguma curiosidade que encontrasse respostas para:

- a mais adequada pedagogia a utilizar dentro deste âmbito
- que metodologia de trabalho a usar com as crianças hospitalizadas
- que estratégias de acção

Com o levantamento destas questões gostaria de dar o meu contributo para que as crianças se sintam bem e melhorem a sua qualidade de vida enquanto hospitalizadas. As perguntas estruturais levaram-me a pesquisar alguma literatura específica dentro da pedagogia hospitalar.

Pretendi ligar a pedagogia geral com as necessidades educativas das crianças criando estratégias de intervenção adaptadas ao contexto hospitalar, surgindo deste modo a pedagogia hospitalar com um programa específico de trabalho. Comecei por ler alguma documentação da Fundação Hoppe (Hospital Organisation of Pedagogues in Europe), fundada em 1921 em Bruxelas, do SPARADRAP (Associação para Crianças Doentes e Hospitalizadas), literatura Espanhola, Brasileira e outras, o que me levou a dar resposta às questões anteriores.

Deste modo, a presente dissertação tem como objectivo dar a conhecer uma realidade hospitalar com características tão próprias e aliciantes de trabalho. A referida dissertação divide-se em duas partes, uma de fundamentação teórica e a outra de carácter prático e conclusivo.

Na primeira parte deste trabalho irei abordar a importância da educação, consciência e regulação emocional, para além das habilidades de carácter sócio-emocionais e de vida. Pretendi também desenvolver com especificidade, o conceito de algumas emoções, nomeadamente a alegria, o afecto, a vergonha, a tristeza, ansiedade e o medo, segundo a opinião de vários autores. Sabemos

que há uma mescla de emoções sentidas principalmente quando vivenciamos momentos de fragilidade. No entanto, optei por seleccionar estas emoções porque me pareceram mais concretas e reais em contexto de internamento.

Sabendo que as crianças e acompanhantes têm apenas alguma informação acerca do funcionamento de uma instituição hospitalar, preocupei-me na selecção de emoções inibidoras do desenvolvimento porque se verifica, no momento do acolhimento, que os estados emocionais menos agradáveis, principalmente a ansiedade e o medo, predominam, acontecendo o contrário no momento da alta. Temos consciência que outras emoções serão sentidas pelos doentes, mas em qualquer circunstância da vida de um indivíduo, existem sempre emoções positivas e negativas, com as quais aprendemos. De qualquer forma, os momentos de descontentamento requisitam maior cuidado, razão pela qual foram seleccionadas mais emoções com expressão de desagrado, para que possamos normalizar a vida da criança doente e hospitalizada tanto quanto possível.

No segundo capítulo, de carácter prático, tentei verificar quais as emoções sentidas pelas crianças durante as rotinas diárias do internamento e de que forma a expressão das mesmas pode contribuir positivamente para a melhoria da saúde dos doentes.

O estudo revela aspectos muito interessantes da vida das crianças enquanto doentes e hospitalizadas.

No entanto, não posso deixar de referir que na Unidade Educativa e Terapêutica do Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano está criado um projecto educativo “Aprendendo com a doença” baseado na educação emocional, onde se desenvolvem actividades pedagógicas, entre outras, que contribuem para as aprendizagens emocionais das crianças.

Informo que a presente dissertação não está redigida segundo o novo acordo ortográfico.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A EDUCAÇÃO EMOCIONAL

Existe uma grande variedade de emoções confundindo-se por vezes o significado de cada uma. No entanto passamos a descrever o significado deste conceito segundo diversos autores.

Goleman,D. (1996, p.441), define emoção como um termo que se refere a um sentimento e aos pensamentos, estados biológicos, estados psicológicos e ao tipo de tendências para a acção que lhes correspondem.

Damásio A. (2000, p.71) decompõe as emoções em primárias ou universais, tais como: alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa ou aversão; secundárias ou sociais, tais como a vergonha, o ciúme, a culpa, ou o orgulho e as emoções de fundo, tais como bem-estar, ou mal-estar, a calma ou a tensão.

Este autor define emoções como:

> "conjuntos complicados de respostas químicas e neurais que formam um padrão; todas as emoções desempenham um papel regulador que conduz, de uma forma ou outra à criação de circunstâncias vantajosas para o organismo que manifesta o fenómeno; as emoções dizem respeito à vida de um organismo, mais precisamente ao seu corpo; a finalidade das emoções é ajudar o organismo a manter a vida."

A emoção precede o sentimento. Damásio A. (2003, p.131) afirma, relativamente ao sentimento que, para que este exista, são necessárias três premissas. A primeira, diz respeito à "necessidade que é preciso satisfazer para que exista sentimento - a presença do sistema nervoso."

Em segundo lugar, é preciso que o sistema nervoso consiga relacionar as disposições corporais com os seus variados estados, assim como seja igualmente capaz de alterar os padrões neurais da referida relação em modelos mentais, ou seja imagens. Mesmo sem ter criado imagens o sistema nervoso pode relacionar as alterações corporais que são a base dos sentimentos sem criar o estado mental chamado sentimento.

Finalmente e em terceiro lugar, para que haja sentimento é necessário que o seu teor seja conhecido pelo corpo, sendo a consciência indispensavelmente elementar para a ocorrência do sentimento no seu verdadeiro sentido, ou seja estamos aptos para sentir se estivermos conscientes.

Damásio A. explica ainda como se desencadeia uma emoção afirmando que esta se inicia através de um estímulo interno ou externo, provocando

reacções físicas, tais como: suores, batimento cardíaco mais acelerado, etc. Estas reacções, irracionais, são enviadas ao cérebro e quando o indivíduo encontra a solução para uma determinada situação a racionalidade surge e altera a emoção vivenciada. As emoções são reacções rápidas, intuitivas, impulsivas que vivenciamos, onde o raciocínio não está presente. Têm surgido, cada vez mais, estudos feitos sobre o reconhecimento das emoções e sentimentos proporcionando aos indivíduos maior número de conhecimentos sobre si mesmo.

Moreira P.(2003, pp.18-19), diz que as consequências do desconhecimento emocional podem resultar no analfabetismo emocional que se caracteriza de três formas distintas: ignorância da diversidade de emoções e sentimentos sendo o indivíduo apenas capaz de reconhecer se está bem ou mal. Incapacidade de identificar as suas emoções e a dos outros. Não conseguir compreender, lidar, expressar e gerir as suas emoções.

Fomos ensinados a reprimir muitos dos nossos estados emocionais, principalmente os negativos, o que nos dificulta o equilíbrio emocional. O conhecimento emocional permite melhorar a qualidade de vida de cada indivíduo, valorizando-o, razão pela qual a acção educativa deve contribuir para que as crianças descubram e percebam quais os seus estados emocionais sentindo prazer de viver, independentemente do seu estado de saúde. Um conflito interno por resolver, pode criar ou aumentar uma tensão muito forte, sendo por isso necessário termos aptidões pessoais, tal como cita Travis Bradberry e Jean Greaves (2008, p.42). Estas são constituídas pela auto-consciência, ou seja, entendermos com exactidão as nossas emoções no momento em que ocorrem e realizar a sua auto-gestão de forma a sermos capazes de utilizar a consciência das emoções orientando o nosso comportamento de uma forma assertiva. Para além destas duas competências parece-nos igualmente importante frisar as aptidões sociais que o mesmo autor refere, tais como: a consciência social, ou seja, a capacidade de verificar com clarividência as emoções existentes nos outros indivíduos, e a gestão relacional face aos outros, de forma a termos uma percepção de como nos encontramos perante as outras pessoas.

Travis Bradberry e Jean Greaves (2008, p.43), afirmam que a inteligência emocional é o produto das referidas aptidões, ou seja a nossa capacidade de

reconhecer e compreender as nossas emoções assim como medirmos a nossa capacidade de gerirmos os nossos procedimentos e relacionamentos.

Desta forma, adquirimos habilidades de carácter social e emocional de acordo com a nossa experiência e filosofia de vida, os nossos padrões de pensamento, crenças, ideias, valores, que fazem sentido para cada um de nós e que apoiam a nossa evolução consciente.

De acordo com o autor, as quatro competências complementam-se permitindo-nos obter aprendizagens globais, onde o indivíduo possa sentir-se bem, com energia, saúde física, mental e emocional.

Relativamente às crianças e adolescentes julgamos pertinente aplicabilidade da educação emocional em todos os contextos vivenciais, com metodologias diversificadas e adaptadas às diferentes realidades.

Para que este programa de educação traga benefícios favoráveis é necessário criarmos objectivos específicos para a sua concretização.

Rafael Bisquerra (2003, p. 14), refere os seguintes objectivos entre os três e os seis anos:

- engrandecer o desenvolvimento global das crianças e adolescentes;
- favorecer a capacidade de compreender e regular as próprias emoções;
- propiciar planos para o desenvolvimento de competências favorecendo o equilíbrio pessoal e auto-estima e a motivação;
- proporcionar momentos de sociabilização onde possam ser trabalhados os valores;
- proporcionar bons ambientes relacionais de grupo favorecendo a qualidade e quantidade de interacções;
- desenvolver competências emocionais face aos contactos sociais;
- desenvolver habilidades de empatia de forma a compreender melhor os outros nas relações interpessoais;
- aumentar a orientação da impulsividade.

Entre os seis e os doze anos, Agnès Renom Plana (2003, p. 16), frisa os seguintes objectivos:

- ter um maior informação das emoções;
- beneficiar o desenvolvimento das crianças;

- desenvolver habilidades de compreensão e ajustar as suas emoções;
- criar formas de desenvolver as competências básicas para o equilíbrio pessoal aumentando a auto-estima;
- desenvolver posturas de respeito e tolerância;
- nas relações sociais incrementar uma maior competência emocional;
- desenvolver aptidões de controlo;
- engrandecer o bem-estar.

Entre os doze aos dezasseis anos, Manuel Guel e Barceló Munõz Redon (2003, pp. 11-12), diz que os objectivos principais do programa da educação emocional promovem o desenvolvimento global, engrandecem a aptidão de compreender e ordenar as próprias emoções, garantem plano de desenvolvimento de competências básicas para a estabilidade individual e a potenciação da auto-estima. Potenciam igualmente posturas de respeito e condescendência e melhoram as relações interpessoais. Conhecer e aperfeiçoar as habilidades comunicativas, potenciar a capacidade de esforço e a motivação antes do trabalho, desenrolar a tolerância à frustração, são também alguns objectivos delineados pelo autor.

Durante a fase da adolescência, Álvarez González (2001, p.47), descreve os objectivos gerais e específicos do programa da educação emocional. Dos gerais destacam-se:

- conhecer melhor as suas emoções;
- reconhecer as emoções das outras pessoas;
- desenvolver capacidades de orientar as próprias emoções;
- prevenir as consequências nocivas das emoções negativas;
- expandir competências para criar emoções positivas;
- aumentar habilidades para a motivação pessoal;
- render a desabrochar.

Os autores citados têm alguns objectivos comuns, indiferentemente das faixas etárias abordadas, nomeadamente a potenciação de aptidões de empenho e motivação antes do trabalho, desenvolvimento de competências para aprender a ser tolerante à frustração e a adopção de uma atitude positiva perante a vida.

Dos objectivos específicos, Álvarez González (2001, p.47), contempla a capacidade de controlar o stress, a ansiedade e situações deprimentes. Perceber e ter consciência do significado do bem-estar subjectivo, desenvolver o sentido de boa disposição e a capacidade para ser feliz. Desenvolver competências para aprender a ser tolerante à frustração e ser capaz de adiar recompensas do imediato por outras mais consistentes e adquiridas por um período tempo prolongado.

Este autor considera ainda que a educação emocional pode proporcionar efeitos benéficos tais como:

- engrandece as aptidões sociais e as relações interpessoais positivas;
- reduz os pensamentos negativos e aumenta a auto-estima;
- reduz o índice de violência e auto-estima;
- melhora os comportamentos sociais;
- reduz o consumo de drogas;
- favorece a adaptação escolar, social e familiar;
- reduz os estados de espírito negativos;
- reduz a desconcerto relacionado com a comida.

Manuel Alvarez Gonzalez (2001, p.47), afirma ainda que os programas de educação emocional têm como finalidade o desenvolvimento humano que se adquire através do bem estar pessoal e social. Pretende-se prevenir os efeitos prejudiciais das emoções negativas em favor das positivas para o benefício da saúde mental e física de cada indivíduo. Como conclusão verificamos que os diferentes autores têm objectivos comuns independentemente das faixas etárias a trabalharem.

Relativamente aos conteúdos da educação emocional podemos caracterizá-los de acordo com Rafaela Bisquerra (2003, pp. 14,15,16), Manuel Alvarez Gonzalez (2001, pp.50-51), Agnès Renom Plana (2003, pp. 16,17,18) e Manuel Guel e Barceló Munõz Redon (2003, pp. 11-12), em conjuntos temáticos, tais como:

- consciência emocional - diz respeito à capacidade de cada um para se observar, tomando consciência das suas próprias emoções, identificando-as, reconhecendo-as, caracterizando-as, expressando-as, assim as dos outros. Como tal deve dominar o vocabulário

emocional. A linguagem usada pode ser verbal ou não verbal e serve como meio de comunicação.

- regulação emocional - capacidade de um indivíduo ajustar as suas emoções, de uma forma assertiva, com estratégias de controlo emocional, prevenindo-se de efeitos negativos, nomeadamente tolerância à frustração.

Para ajustarmos as nossas emoções será necessário possuirmos um auto-conceito positivo, ou seja uma imagem positiva de si mesmo e naturalmente um bom nível de auto-estima, tendo presente a importância da nossa identidade, segurança, capacidades e limitações.

As estratégias de regulação emocional podem ser realizadas através do diálogo, de actividades de relaxamento, de atitudes assertivas, da reorganização cognitiva, entre outras.

- habilidades sócio-emocionais - capacidade de ser capaz de reconhecer as emoções dos outros com uma atitude empática criando boas relações interpessoais, com um clima de cooperação, resolução de problemas e com uma boa capacidade de comunicação.
- as habilidades inter-relacionais podem ser a expressividade, a comunicação, cooperação e colaboração social.
- habilidades de vida - possuir habilidades de organização quotidiana quer seja com a família, na escola, no hospital, ou noutros momentos vivenciais com uma atitude positiva face à vida, fruindo de um bem-estar pessoal e subjectivo.

Pensamos que estes conteúdos temáticos, adequam-se à nossa actuação pedagógica em contexto hospitalar, pretendendo que esta seja globalizada, activa, ajustada a cada criança permitindo estabelecer uma relação de proximidade com a mesma e propiciadora de novos conhecimentos, competências e aprendizagens de carácter emocional. Esta metodologia de acção permite desenvolver a auto-estima, autonomia, capacidade de inovar e de resolução de problemas, estabelecendo boas relações interpessoais e de empatia.

Bradberry T., Greaves J. (2003, p. 55), afirmam que as emoções compreendidas permitem ao sujeito mover-se com eficácia para novos desafios podendo-o ajudar a activar-se no restabelecimento de uma doença. Confirmam

ainda que os indivíduos com habilidades emocionais recuperam mais depressa, durante o próprio tratamento, nomeadamente em doenças cardíacas e cancerosas. Para além disso, em doenças fatais, diminui a taxa de recorrência e de morte.

Estes autores, afirmam ainda, que quem possui maior número de competências de inteligência emocional fortifica o cérebro para trabalhar com crises emocionais, ganhando resistência, permitindo manter o sistema imunitário forte e auxilia a preservar o indivíduo das doenças.

Resumidamente pensamos que para dominarmos o código linguístico emocional precisamos de conhecer os seus símbolos tal como se inicia a leitura e a escrita. É necessário aprender a ler as emoções compreendendo-as, reconhecendo-as, diferenciando-as quer através da expressão verbal ou não verbal.

Os objectivos da educação emocional, a consciência e regulação emocionais assim como as habilidades sócio-emocionais e habilidades de vida referidas pelos autores fazem parte de um programa direccionado para as escolas. Julgamos que as finalidades destes blocos temáticos também se podem aplicar às crianças hospitalizadas.

1.1. EMOÇÕES EM CONTEXTO HOSPITALAR

Ao iniciar esta temática apresentamos dois esquemas referentes às emoções sentidas em contexto hospitalar. É de salientar que de acordo com a nossa experiência, através da observação das reacções e comportamentos das crianças, existem emoções predominantes, tais como o medo, a ansiedade, associados aos procedimentos terapêuticos e a alegria, em diversos momentos do dia. Por esta razão, iremos desenvolver com maior pormenor as referidas emoções. Não queremos com isto dizer que as restantes emoções não sejam importantes.

A criança tem no seu imaginário, tal como constatamos, uma ideia pré-concebida sobre o mundo hospitalar associada a um conceito social negativo e relacionado com o medo. Quando internada vai juntar os seus conhecimentos

existentes até à data, com a sua real experiência de internamento, formando uma nova representação do hospital.

Relativamente ansiedade, esta atribui-se ao desconhecimento de uma nova vivência, criando na criança novas formas de expressão negativas, sofrendo por antecipação ou desencadeando uma percepção de um perigo iminente.

Relativamente à alegria, pensamos que esta está associada ao bom relacionamento com as pessoas envolvidas na recuperação da criança, assim como à identificação de situações parecidas com os contextos sociais vividos anteriormente, nomeadamente com a escola, quando desenvolve actividades pedagógicas.

As restantes emoções, carinho, vergonha e tristeza foram seleccionadas por diversas razões. O carinho por se relacionar com o impacto que os vínculos afectivos poderão interferir no bem-estar da criança, a vergonha pela culpabilidade que esta poderá sentir face à doença e aos seus comportamentos habituais e finalmente a tristeza pelo facto de não se adaptar e aceitar uma nova experiência na sua história de vida.

Foram seleccionadas propositadamente emoções que contribuíram ou inibiram o bem estar das crianças hospitalizadas, para podermos verificar se os estados emocionais inibidores do desenvolvimento regulam a vida da criança e predominam durante o processo de internamento. Esta foi a nossa grande preocupação.

Partimos de pressupostos que iremos investigar, através de questionários realizados às crianças, para nos certificarmos destas afirmações. Os esquemas que se apresentam seguidamente abordam as avaliações emocionais das crianças hospitalizadas e a relação que estabelecem com aqueles que as rodeiam e o mundo exterior.

O esquema que é apresentado a seguir foi adaptado da interpretação de Lazarus (1991, p.101) sobre o processo de decisão emocional a partir da discriminação do valor atribuído a um facto determinado que afecta o sujeito, alterando o respectivo estado actual e o prosseguimento das expectativas relativas ao seu posicionamento perante circunstâncias próximas futuras. Para o tornar mais compreensível e adaptado ao contexto em que nos situamos, apresentamo-lo da forma que se segue:

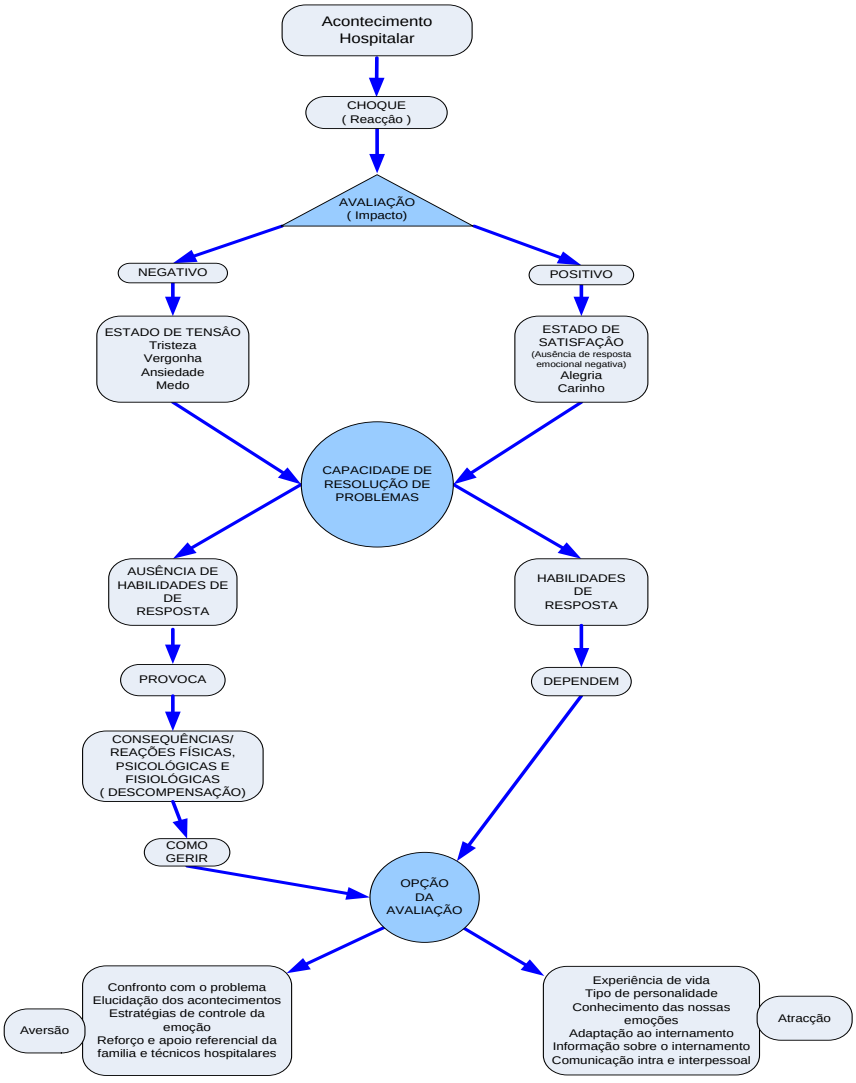


Figura 1: Processo de decisão emocional adaptado a partir de Lazarus (1991, p.101).

As crianças têm comportamentos diferentes de acordo com as suas vivências actuais e modelos de conduta já experimentados anteriormente. Os diversos contextos sociais originam a activação de padrões de relações e papéis sociais. Dependendo dos significados que atribuem às situações vividas, as crianças reagem de acordo com a sua percepção e avaliação circunstancial. Nesta medida, ela atribui significados aos estímulos em concordância com a sua experiência de vida, expectativas, sentimentos e intenções do momento.

Entra aqui a influência dos acompanhantes na construção de significados para as situações desconhecidas do contexto hospitalar e a preparação de respostas emocionais aos estímulos que chegam à criança, em todas as circunstâncias novas pelas quais passa no decurso da sua permanência hospitalar. A falta de experiências anteriores que poderiam servir de referência

à sua interpretação e possível reacção atempada é suprida pelas orientações explícitas ou implícitas que o adulto da sua confiança lhe vai fornecendo nas situações difíceis em que se encontra. Apesar de não ser a pessoa mais credenciada para o fazer, é aquela que conta com o vínculo mais forte à criança e que mais capacidade tem para influenciar as suas emoções e sentimentos, orientando-a neste meio desconhecido. Este vínculo de intimidade e empatia torna o acompanhante na pessoa que maior índice de protecção proporciona à criança, fazendo-a oscilar de acordo com a forma se sente, captando-a de uma forma intuitiva, nos sinais mais diversos.

Esta interpretação dos vínculos afectivos levou-nos a crer que, se influenciássemos o comportamento emocional dos adultos, no sentido de substituir os sentimentos negativos por outros de sentido contrário, estaríamos a melhorar a situação emocional da criança e a contribuir para uma acrescida resiliência perante os tratamentos e situações dolorosas que podem afligir e alterar o bem-estar da criança ao longo da sua hospitalização.

Julgamos, por observação, que a criança internada vive dentro de uma rede social restrita e relativamente desconhecida. Qualquer acontecimento que se situe para além daquilo que domina, pensamos que pode provocar um choque que, após uma rápida avaliação, prepara o sujeito para reagir de uma determinada forma, valendo-se das estratégias conhecidas que anteriormente aprendeu. Se a avaliação dos factos for positiva, julgamos que origina um estado de satisfação cujas emoções são agradáveis. Se, pelo contrário, a avaliação dos factos for negativa, cria um estado de tensão que pode originar um descontentamento e um mal-estar físico, psicológico, social e emocional.

Dependendo da capacidade de resolução dos problemas, a criança mobiliza habilidades de respostas cujas consequências podem ser favoráveis ou desfavoráveis (descompensando). A avaliação que realiza vai determinar a sua opção. Ou é capaz de gerir as consequências negativas, ou já possui competências e capacidades para resolver os seus problemas. Naturalmente que a faixa etária, a patologia e o apoio familiar (educação) são determinantes para a opção final.

Deste modo, é importante que a criança e acompanhantes (como mediadores) ao serem acolhidos, sejam informados sobre o processo de internamento, contribuindo para reduzir possíveis estados emocionais negativos.

O universo da criança e de quem a acompanha e as vivencias dos mesmos alteram-se completamente face à realidade a que estão habituados. O meio envolvente mudou, passando este a ter um novo significado onde os envolvidos terão que se adaptar ao mesmo.

Dada a importância que meio envolvente pode ter sob os doentes e de quem dele cuida, entendemos oportuno abordar o modelo ecológico de Bronfrebrenner.

Na Universidade de Huelva (2002, vol. 18, nº 1 junho, 45-49) desenvolveu-se o modelo ecológico de Bronfrenbenner como marco teórico da psicologia oncológica que passamos a descrever.

Existem diversos factores, tais como: a família, os amigos, as condições de trabalho, a organização hospitalar, como elementos facilitadores ou disruptivos da vida dos doentes oncológicos. As circunstâncias que envolvem os doentes têm múltiplas variáveis e para dar resposta de uma forma correcta às suas reacções psicológicas, devem ser contemplados factores internos e externos que se interligam.

Deste modo, foi aplicado o modelo ecológico Bronfrenbenner na investigação da área da psicologia da saúde e na psicopatologia para abordar a problemática de doentes cancerosos.

Kurt Lewin, 1936 e Barker Y Wright, 1954 abordam marcos teóricos que definem uma visão global, sistémica e naturalista do desenvolvimento psicológico entendido como um processo complexo, que responde a influência de uma multiplicidade de factores extremamente ligados ao ambiente envolvente que se associa ao modelo ecológico de Bronfrenbenner.

O referido ambiente foi focado numa situação clínica, ao contrário do postulado básico de Bronfenbrenner cujos ambientes são naturais e constituem a principal fonte de influência sobre a conduta humana. Deste modo, o doente irá adaptar-se ao ambiente que o rodeia e à sua vida quotidiana (família, amigos, hospital/trabalho, etc) e vice-versa ou seja aqueles que estão à sua volta podem transformar-se em função das novas circunstâncias pessoais do sujeito quando adoece e fica internado.

Para além disso existem outros contextos, igualmente significativos, embora mais alargados tais como: a ideologia, cultura, politicas, etc , poderão influenciar o doente.

Dentro desta filosofia aplicou-se o postulado de Bronfrenbrenner na psicooncologia.

- **MICROSSISTEMA**

O mesmo autor denomina “ambiente ecológico” como um conjunto de estruturas ordenadas, onde cada uma se encaixa dentro da seguinte (figura 2).

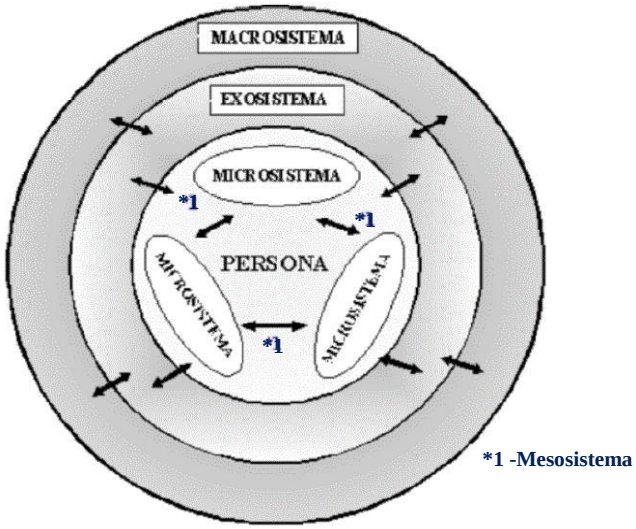


Figura 2: Modelo oncológico de Bronfrenbrenner.

Dentro desta perspectiva o contexto em que vive e se desenvolve o doente inclui factores situados em diferentes níveis e que exercem influências: directa ou indirectas (figura 3).

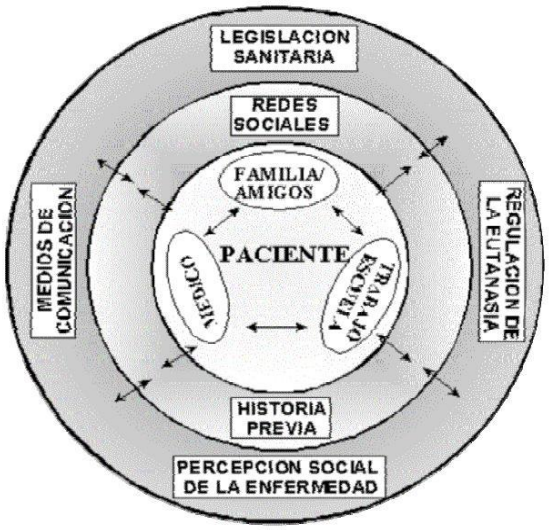


Figura 3: Modelo ecológico de Bronfenbrenner aplicado no paciente oncológico.

No caso dos doentes oncológicos avaliou-se e considerou-se o presente estado psicológico:

1- O ambiente perto do doente vê-se geralmente incrementado por meios que chegam a converter-se no seu dia-a-dia, tais como: consulta/hospital, outros colegas em contexto hospitalar, associações que apoiem (figura 4), etc. Este conjunto de pessoas e de vivências formam microssistema. Toda a envolvência do doente vai aumentando em número de pessoas em situações diversificadas e na sua dinâmica de funcionamento. Assim cada um dos elos torna-se cada vez mais complexo.

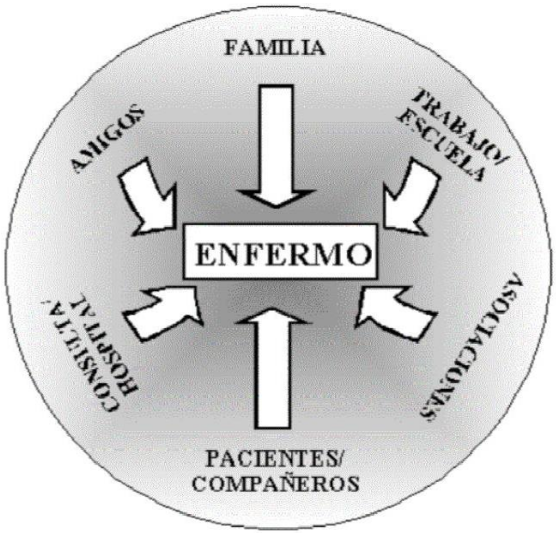


Figura 4: Microssistemas que influenciam o doente oncológico.

2- Cada um dos meios citados (família, amigos, trabalho e outros), em cada um dos elos, desmembram-se em múltiplos variáveis e factores que interagem e influenciam o sujeito directamente, podendo afectar positivamente ou negativamente as condutas de cada um.

   Na figura 5, pode observar-se a variabilidade de aspectos contemplados na avaliação e no tratamento do doente oncológico dado que fazem parte dos ambientes mais próximos, assim como os que se desenvolvem habitualmente e que tem um peso mais decisivo na recuperação do doente e na sua adaptação à evolução da doença.

Figura 5: Variáveis implicadas nos diferentes contextos que formam o microssistema do doente oncológico.

3- O doente converte-se no ponto de partida da análise de múltiplas variáveis individuais e relacionais, algumas muito próprias, outras pertencem a diferentes pessoas ou ambientes, no qual não impedirá que a sua relevância para o doente seja tal, que lhe pode chegar afectar tanto ou mais que as suas próprias características pessoais.

4- A avaliação e posterior intervenção não poderão consistir apenas ao doente mas terá que abarcar parte do microssistema que está determinado nas atitudes que o próprio doente mantém. As atitudes de quem o rodeiam dependerão das que o doente mantém.

5- A relação que o doente estabelece com outros pacientes pode ser decisiva no ajustamento e adaptação que tenha antes do diagnóstico e no tratamento. As interacções podem ser positivas ou negativas, no

entanto é fundamental neutralizar as informações para não tenham um impacto desadequado para o doente.

6- A relação que o doente mantém com os profissionais de saúde principalmente com o seu médico e a capacidade de ambos estabelecerem uma adequada relação onde a informação e a comunicação sejam fluidas facilita a possibilidade de o doente se exprimir esclarecendo as suas dúvidas, medos e adquirindo um conhecimento real e objectivo da sua doença, sabendo as possibilidades de tratamento existentes a possível cura. Fornecer estes dados ajuda o doente a manter o controlo da sua situação diminuindo os níveis de emoções negativas tais como: ansiedade e angústia para além de diminuir o risco de transtornos psicológicos melhorando adaptação dos doentes.

7- Se o paciente tem experimentado uma mudança significativa no seu desempenho pessoal, laboral e se este lhe está afectar negativamente

O papel do doente muda de acordo com o que se passa à sua volta. A este facto Bronfenbrenner chama de transição ecológica que "se produz quando a posição de uma pessoa no ambiente ecológico se modifica como consequência de uma alteração de papéis, de contexto, o de ambos simultaneamente. A vida adulta caracteriza-se, entre outras coisas por: encontrar trabalho, mudar de trabalho, perder o emprego, casar, ter um filho, adoecer, ir ao hospital, sarar, voltar ao trabalho, reformar-se e a última mudança: morrer. Toda transição ecológica é, simultaneamente, consequência e provocadora dos processos de desenvolvimento". (Bronfenbrenner, 1979, pp 46).

Este autor afirma que uma pessoa quando muda de papel, produz quase de forma imediata uma mudança sobre ela mesma alterando a forma de actuar de pensar sentindo uma transformação.

As modificações de papéis são facilmente observáveis no mundo hospitalar em que a pessoa catalogada de "doente" é tratada de uma forma "paternalista". A família, por vezes, decide desconhecer a doença, que informação do seu prognostico e se vai morrer ou não. Por sua vez a equipa hospitalar aceita a postura da família. Neste sentido é necessário conhecer qual a transformação da sua conduta, das

emoções sentidas em função do novo papel assumido. Devemos valorizar tanto as novas percepções e reacções psicológicas do doente como o ambiente que o rodeia. A família passa a ter um papel activo na vida do doente e não o pode demitir de novas aprendizagens.

8- O apoio social recebido por todos os ambientes em que está imerso o doente. Os familiares e amigos que apoiam o doente mantendo as suas relações sociais activas, beneficiam o doente, diminuindo o nível de stress.

9- A reacção emocional da família antes do diagnóstico e prognóstico do doente. Para a família o importante é estar vivo, porque as dificuldades ou desejos não são valorizados face ao facto de estar vivo.

- **MESOSSISTEMA**

Segundo Bronfenbrenner, as inter-relações abrangem dois ou mais contextos nos quais a pessoa em desenvolvimento participa activamente (família, trabalho e vida social). É portanto um sistema de microssistemas. Este é formado ou ampliado quando a pessoa entra num novo contexto de vida" (Bronfenbrenner, 1979, pp 44). Nesta perspectiva há que clarificar se o sistema representa as interações entre os diferentes ambientes ou os que estão imersos no sujeito. Nos doentes oncológicos a influencia das relações existentes entre os microssistemas que o rodeiam, os mais significativos, e as interconexões que podem estabelecer-se entre diferentes elos (figura 6).

Figura 6: Relações que se estabelecem num mesossistema.

Neste nível são avaliados 3 níveis de inter-relações, as vinculativas e o fluxo de informação, as relações com potenciação de condutas saudáveis e as associadas com o apoio social. As que merecem mais atenção destacam-se:

1. Fluxo de informação
   1.1. O grau e o tipo de informação entre a equipa técnica e a família. É importante que a família tenha conhecimento do estado de saúde física, psíquica do doente para que possa objectivar melhor a sua realidade ajudando-o. Assim evita-se que as suas necessidades e desejos sejam “ignorados”, razão pela qual a valorização das inter-relações estabelecidas entre os diferentes ambientes é importante.
   1.2. O grau e o tipo de comunicação e informação entre a equipa de saúde e amigos são idênticos ao estabelecido anteriormente.
   1.3. O grau e o tipo de comunicação e informação entre os doentes do hospital e consulta que são companheiros do doente, família e amigos. As informações recebidas têm que ser de esperança sendo importante que a família perceba qual a importância das informações dos restantes doentes de modo a não influenciar o seu ente querido.
2. Potenciação de condutas saudáveis
   2.1. Adequação entre as instruções da equipa de saúde e as práticas saudáveis potenciadas em casa pela família. Esta terá que seguir com rigor as indicações do médico porque desta responsabilização depende o desenvolvimento da doença.
   2.2. Adequação entre as instruções do médico e as práticas saudáveis potenciadas pelos amigos. As redes sociais do paciente podem chegar a ter um papel relevante na sua recuperação. Se os amigos conhecem e aceitam as indicações realizadas pela equipa de saúde podem ajudar o doente em momentos mais constrangedores, de acordo com a evolução da doença.
3. O apoio social que o hospital disponibiliza e ou associações à família do doente
   3.1. A família do doente também se sente igualmente afectada e como tal deve ser apoiada para fazer frente às necessidades dos doentes

3.2. Apoio que os amigos oferecem a família do doente. Neste caso o apoio que se espera é do tipo emocional. É necessário que os familiares se sintam compreendidos pelos outros para que possam expressar as suas dúvidas, inseguranças e medos.

3.3. Facilidade/impossibilidade de oferta de horários do sistema de saúde adequando-os aos horários laborais do doente e vice-versa. Para que o doente possa ter uma vida tão "normalizada" quanto possível é necessário que se facilitem as relações sociais entre as diferentes instituições com políticas flexíveis de horários.

- **EXOSSISTEMA**

Refere-se a um ou mais ambientes que não incluem a pessoa em crescimento como participante ativo, mas nos quais se produzem factos que influenciam o ambiente em que a pessoa em desenvolvimento se insere, ou que afetam o que ocorre nesse contexto (lugar de trabalho do companheiro/a, grupos de amigos, situação do casal, etc…), (citado por Bronfrenbrenner, 1979, pp 44).

O doente com cancro pode também sentir-se afectado por papéis características e relações de contextos ou situações alheias a ele ou para que nem sequer está fisicamente preparado. Conhecer cada microssistema que rodeia o doente ou em que ele está imerso no seu próprio microssistemas (família, amigos, trabalho, etc.) ajuda-o a compreender a realidade, porque podendo-o influenciar (figura 7).

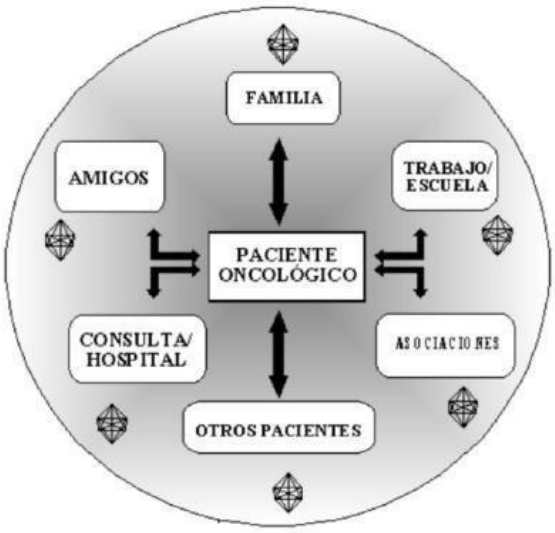


Figura 7: Exossistema que rodeia o doente.

Este terceiro nível distancia-nos do doente oncológico tendo determinados factores de incidência indirecta na sua vida. Será também mais difícil de avaliar e mais complicado definir sobre como intervir. Passamos a descrever alguns exemplos que poderiam ilustrar esta ideia:

1. Redes sociais: A reacção dos membros da rede social de apoio de determinados membros do microssistema familiar desconhecido para o paciente. Deste modo um familiar pode ocultar a doença por medo, ou pelo contrário fazer comentários reagindo com optimismo, sem derrotismo porque um colega de trabalho pode ter passado pelas mesmas circunstancias podendo animar e apoiar o doente.
2. História prévia: a morte de algum familiar ou até mesmo de um desconhecido com a mesma doença.
3. Satisfação com as reacções que o médico tem com outros membros da equipa de saúde. Trabalhar num serviço onde existem recursos técnicos e humanos necessários para encarar a doença facilita qualquer profissional no seu desempenho o que repercutirá positivamente a favor do tratamento do doente.
4. Facilidades ou dificuldades que a instituição ou empresa em que trabalham os familiares dão para se ausentarem com o objectivo de ajudar o doente.

- **MACROSSISTEMA**

Este nível de sistema situa-se num plano mais distante onde os factores ligados às características da cultura, a momentos históricos e sociais.

Bronfrenbrenner afirma: Numa sociedade ou grupo social particular, a estrutura e a substância do micro, meso e exossistema tendem a ser similares, como se estivessem construídos a partir do mesmo modelo base, e funcionam da maneira idêntica. Ao contrário, entre grupos sociais diferentes, os sistemas construtivos podem apresentar diferenças notáveis. Por isso, analisando e comparando os micro, meso e exossistemas que caraterizam as diversas classes sociais, grupos étnicos e religiosos ou sociedades inteiras, é possível descrever sistematicamente e distinguir as propriedades ecológicas destes contextos sociais"(Bonfrenbrenner, 1979, pp 27-28).

De acordo com este estudo estes conceitos aplicaram-se na psicologia oncológica onde podem ressaltar alguns elementos influenciam directamente o doente oncológico (figura 8).

Figura 8: Macrossistema onde está inserido o doente oncológico.

Ao analisar detalhadamente alguns destes factores podemos concluir:

1. A necessidade de avaliar as práticas institucionais no que se refere à frequência de visitas ao doente hospitalizado, direito ou obrigação de ser informado, horários em que se aplicam os tratamentos, direito a escolher o momento da sua própria morte, etc.
2. As atitudes que o sujeito percebe nos seus ambientes quotidianos estão em boa parte, em função da imagem mais geral que a sociedade tem da doença, sustentada em grande medida por um tratamento dado pelos meios de comunicação.
3. As políticas governamentais e autónomas determinam que áreas de saúde que se estabelecem como prioritárias, assim como a qualidade da atenção médica e psicológica que o doente recebe estão em função destas variáveis.
4. A imigração pode também ser um factor a contemplar neste nível de análise, no macrossistema. Tal como Bronfrenbrenner afirma a cultura, a religião e etnia de uma pessoa vão influenciar os restantes níveis, micro, meso e macrossistema do seu ambiente ecológico. A diversidade de culturas, raças, religiões etnias com características e peculiaridades

muito próprias requerem uma atenção específica na vida diária de cada pessoa que poderá ser favorável na adaptação mental e emocional do doente como na evolução adequada da sua doença.

O modelo de Bronfrenbrenner tem considerações metodológicas na sua aplicação. O conceito de "validade ecológica" refere-se " à medida em que o ambiente dos sujeitos vivenciam numa investigação científica tenha as propriedades que o investigador pensa ou supõe que tem" (Bronfrenbrenner, 1979, pp 49). Segundo o autor o que temos realmente de considerar é a forma como a pessoa percebe o ambiente e como está inserido.

O modelo ecológico de Bronfrenbrenner aborda as interconexões ambientais e o impacto que estas podem ter sobre a pessoa e o seu desenvolvimento psicológico. As vantagens deste modelo de acordo com Esperanza Torrico linares, Carmen santín Vilariño Montserrat Andrés Villas, Susana Menéndez Álvarez-dardet y Maria José López López, (2202,pp. 45-59) são as seguintes:

1. Considerar o doente como uma pessoa em progressiva acomodação nos seus ambientes próximos: família, amigos, hospital, etc., e influenciadas pelas relações que se estabelecem entre estes contextos e outros mais alargados, (sociedade, cultura, ideologia, etc). Ter em consideração estes aspectos ajuda-nos a discernir quais as reacções próprias do doente e quais as que são provocadas pelos ambientes mais próximos (micro e mesossistema) ou mais distantes (exo-macrossistema) e que nos facilitará delinear intervenções mais adequadas que não sejam centradas apenas no doente.
2. A consideração das possíveis necessidades, não só do doente mas dos seus ambientes mais próximos e da intervenção directa sobre estes, favorecerá o ajuste do doente à sua doença.
3. Há que considerar como o doente percebe o ambiente, mas como pode existir as realidade objectiva e/ou pressuponha o observador, evitará a infra ou a supervalorização de determinadas reacções psicológicas. Por outro lado a maior desvantagem deste método é a complexidade que imprime o desenho de uma investigação, ao exigir o controlo de um maior numero de variáveis e respeitar, na medida do possível, que se desenvolvam em ambientes naturais, e não clínicos ou controlados

mediante técnicas menos restritivas como são os questionários e/ou inventários psicológicos, dando preferência à observação.

Relativamente à realidade de um serviço pediátrico o modelo de Bronfrenbenner também se aplica com os devidos ajustes.

Existem diversos factores: físicos, psicológicos e sociais que podem influenciar o doente e acompanhantes. Estes diferenciam-se de acordo com o tipo de internamento em causa. Se for programado, há tempo para preparar e mentalizar a criança para uma nova situação de vida. Em simultâneo, os técnicos informam, ensinam e orientam os acompanhantes, para o processo de hospitalização. Se o internamento não for programado, as reacções, comportamentos e atitudes são naturais e espontâneas face às emoções sentidas no momento, ou seja tudo é imprevisível. No entanto, existem factores comuns num processo de internamento, nomeadamente: a história de vida de cada um, que pode influenciar positiva ou negativamente a tomada de decisões e o modo como agir. A percepção que cada um tem sobre doença/internamento, possíveis internamentos anteriores, a rede social de apoio, a forma como se comunica de modo a estabelecer uma relação de proximidade, empatia e confiança favorecendo adaptação das crianças e acompanhantes são igualmente fatores relevantes.

Figura 9: Factores que podem influenciar o doente e acompanhantes.

Quando é hospitalizada, a criança adapta-se a um novo modelo de vida, num micro universo, com dinamismo próprio, desenvolvendo-se, criando identidade face à sua nova realidade local, podendo expandir-se com as outras pessoas que a rodeiam e com o mundo exterior. Entendemos como micro universo o espaço pediátrico e todas as pessoas envolvidas no mesmo, cujas relações estabelecidas são vivenciadas por vezes em circunstâncias inesperadas.

A personalidade, o estilo educativo aplicado pelos progenitores, os valores adquiridos, experiências anteriores de hospitalização, a percepção e conceito sobre a doença/saúde, competências e conhecimentos adquiridos, são variáveis individuais, que definem a forma de agir da criança durante o internamento.

O nível de comunicação, o conhecimento da própria doença, o grau de vinculação e o tipo de relações estabelecidas, quer da família, amigos, colegas de escola assim como outros indivíduos, são também variáveis determinantes no contexto vivencial da criança.

Nas rotinas hospitalares proporcionam-se ocasiões para se criar uma cultura de de valores e de relações interpessoais muito fortes e próprias, que se relacionam muitas vezes com as dificuldades sentidas, dúvidas, desconhecimento, dos acompanhantes e crianças.

As relações estabelecidas com as visitas, profissionais de saúde e a forma como são mantidas é determinante para definir o estado de bem-estar dos doentes. Um contributo positivo pode ajudar a reduzir estados emocionais desagradáveis e melhorar a capacidade de adaptação às circunstâncias vivenciadas. Quando se verifica uma mudança repentina de atitude do doente, Bronfenbrenner considera uma transição ecológica, afirmando que é devida alteração da pessoa num outro ambiente ou com outro papel a desempenhar.

Neste micro universo, o doente é o centro de todas as atenções, cujas múltiplas variáveis citadas podem estar sujeitas a reformulações pessoais e relacionais. Pretendemos que este seja um processo de aprendizagem significativa e construtiva e como tal devemos estar atentos a todas as reações e necessidades do doente para que possamos ajustar a prestação de cuidados gerais.

Durante o processo de hospitalização a criança e acompanhantes, em circunstâncias pontuais, também contactam com profissionais de outros

serviços, como por exemplo psicólogos, terapeutas, técnicos de radiologia, etc. Podem estabelecer novas relações sociais noutro modelo de acção, num ambiente igualmente hospitalar, nomeadamente na radiologia, quando se deslocam para efectuar RX, ecografias, ressonâncias magnéticas. A criança sente-se envolvida em múltiplos acontecimentos sendo por isso necessário clarificar-lhe ideias, duvidas transmitindo-lhes expetativas positivas face à doença.

Nesta circunstancias o fluxo de informação, conhecimentos e aprendizagens variam. Estes contactos consideramos que fazem parte do mesouniverso da criança.

O grau e o tipo de informação e comunicação variam de acordo com as diferentes pessoas envolvidas, com a idade de cada criança e patologia.

Após a alta a criança pode ser capaz de apoiar, compreender e ser útil aos seus amigos, vizinhos, familiares ou outras pessoas, na passagem de informação sobre o conceito de hospitalização. A sua dimensão já não é somente pessoal, passando a ser local, social, espacial e temporal com um papel activo na escola, na igreja, com os vizinhos, outros indivíduos e instituições, dentro de uma determinada região, num determinado tempo. As aprendizagens hospitalares deixam de ser restritas e passam a fazer parte do mundo global, solidário e sustentável.

Por sua vez, expandida a informação, esta ganha forma e impacte social podendo ser positivamente determinante para o desenvolvimento das crianças.

Embora o doente seja o centro das atenções, este interage directa ou indirectamente com o meio exterior, afirmando-se, sendo este um processo recíproco. Existe um dinamismo mútuo, nem sempre directo e visível, reestruturando-se, recriando-se e redimensionando-se naturalmente. A esta acção com o exterior, nomeamos o seu macrouniverso, como um conjunto vasto de interacções e transmissão de saberes e conhecimentos mútuos.

Nestes diferentes universos (micro, meso e macro) que se interligam a criança tem sempre uma participação activa nas relações que estabelece.

Esta fundamentação foi baseada na teoria da ecologia do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner (1992, p. 30), cuja teoria se sintetiza no esquema que se segue:

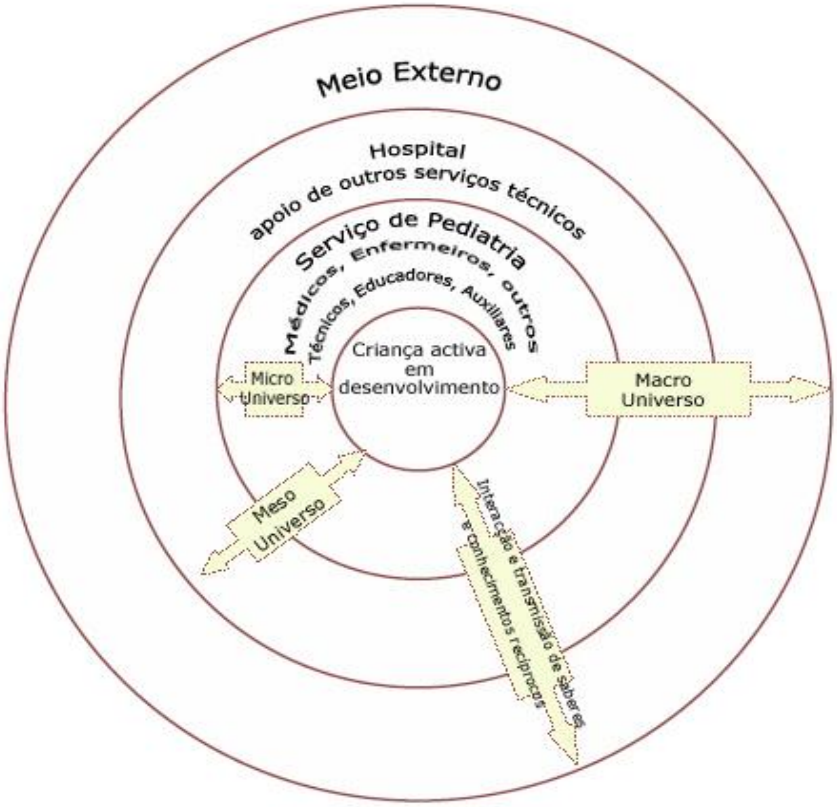


Figura 10: Síntese da Teoria da ecologia do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner (1992, p. 30).

O autor diz que o sujeito não é moldado pelo meio envolvente, mas está em constante desenvolvimento reorganizando aquilo que o rodeia. Existe uma reciprocidade de saberes entre o indivíduo e o ambiente, englobando este inter-relações entre vários contextos Bronfenbrenner U. (1992, p.30).

Ibidem cria o ambiente ecológico como um agrupado de sistemas concêntricos em que cada um está contido noutro.

Os diversos níveis estruturais que constituem o ambiente ecológico são: microssistema, o mesossistema e o exossistema. O microssistema relaciona-se com o "complexo das actividades, papeis, e relações existentes entre o sujeito e o seu ambiente, experienciados ou vivenciados num contexto imediato." Bronfenbrenner U. (1992, p.35).Relativamente ao mesossistema, este relaciona-se com as inter-relações entre contextos em que o sujeito coopera de uma forma activa.

O "exossistema diz respeito a um ou mais contextos que não implicam participação activa do sujeito mas, onde ocorrem situações que afectam ou são afectadas pelo que ocorre no contexto imediato em que o sujeito se movimenta."

Bronfenbrenner U. (1992, p.36). Foi de acordo com esta teoria que elaboramos o esquema, exposto na página anterior, sobre o processo contínuo de aprendizagens mútuas relativas ao universo da criança hospitalizada. Neste, não podemos deixar de frisar a importância do modelo educativo de cada criança, embora não seja do conhecimento e domínio dos profissionais de saúde. Julgamos apenas, que este pode ser fundamental no processo de hospitalização.

Para analisarmos as emoções em contexto hospitalar tivemos que definir as que nos pareceram mais importantes e mais constantes por observação directa das crianças internadas. Assim seleccionamos alegria, o afecto (carinho), a vergonha, a tristeza, a ansiedade e o medo.

1.1.1. ALEGRIA

De acordo com Moreira P.(2003, p.73), alegria "é um sentimento resultante da percepção de termos conseguido algo, de as nossas expectativas e desejos se terem concretizado. A alegria é acompanhada por uma melhoria de humor e a sua manifestação depende de vários factores, nomeadamente das características da pessoa e do contexto. A intensidade da alegria tende a ser proporcional à percepção e à avaliação que fazemos do que conseguimos".

Por sua vez Hunter (2007, p. 43) cita:

> La alegria es la emoción que muchas personas is resulta más fácil exprimentar. Es un deleite que nos inunda, una energia que expressa una honda gratitud y nos mantiene en el presente. No podemos forzar la alegria, pêro podemos crear situciones que produzcan satisfacçion. Difrutar consiste en llevar esa alegía con nosotros. Veremos como la energia de la alegria puede empujaernos a la acción y como podemos aceptar el flujo y reflujo de esta cambiante emoción.

Este autor diz ainda que a alegria gera um clima de satisfação e contentamento contínuo, chamando-lhe mesmo "El continuo de la alegria" cujos sentimentos abrangem uma alargada escala de emoções tais como: tolerância, curiosidade, complacência, excitação, agradecimento, satisfação, felicidade, deslumbramento, amabilidade e alegria. Em vários momentos da vida podemos

experimentar uma sensação de alegria, que pode ser partilhada ou sentida individualmente. Quando recebemos uma boa notícia, quando o nosso clube desportivo ganha, quando nasce um familiar, etc.

Diz-nos ainda Hunter (2007, p.125) que a alegria entra nas nossas vidas de três formas: por si mesma, como consequência do ambiente emocional que temos preparado, ou como resultado do que decidimos praticar e cultivar.

A alegria, parte de nós mesmos, por intuição. Para além disso preparamos aquilo que nos rodeia para o sentido da paz, de acordo com o nosso modelo de vida. Estarmos encantados, de coração aberto, satisfeitos por alcançarmos os nossos objectivos faz-nos sentirmo-nos felizes. Se criarmos condições para reconhecermos a nossa sinceridade e integridade praticamos a gratidão. Podemos decidir com prazer face às circunstâncias da nossa vida.

Marina (1999, p.125), diz-nos que a alegria é um cumprimento das nossas expectativas, desejos e projectos provocando-nos um sentimento positivo, ou seja induz-nos a uma sensação de desenvoltura e de amplitude de alento.

Golmen(1995, p.442), por sua vez, diz que as emoções exprimem-se de diferentes formas. A alegria, por exemplo, exprime-se através da felicidade, do entusiasmo, da euforia, do gozo, do contentamento, da satisfação, do prazer e da euforia.

Segundo Marina (1999, cit. por Silvia Palou Vicens, 2004, p.125), a alegria é "como emoción natural, se produce como reacción de nuestro organismo ante un acontecimiento interno o externo que la provoca y comporta un bienestar físico o psicológico."

A forma mais clara de expressar ou exteriorizar a alegria é através do sorriso ou do riso.

Vallès y Vallès, (2000, cit. por Silvia Palou Vicens, 2004, p.125), diz que "está comprobada la aportación de serotonina en las conexiones sinápicas neurales, aumentando el optimismo como sentimiento más duradero da alegria repentina."

A alegria pode ser duradoura havendo uma predisposição do próprio individuo em expressar com agilidade esta emoção. No entanto também pode ser expressa através de uma grande excitabilidade. De acordo com Marina (1999, cit. por Silvia Palou Vicens, 2004, p.125) a alegria exprime-se através da serenidade, do bem-estar, da satisfação por uma situação, por uma pessoa ou

por si mesmo. Diz ainda, que a alegria é menos activa, considerando a felicidade mais intensa e forte, porque consegue ser mais generosa, autentica, coerente implicando mais esforço.

Na nossa opinião, a alegria pode ser um motor gerador de felicidade. Pode produzir uma energia capaz de renovar forças interiores motivadoras de novas emoções que provocam bem estar. A nossa satisfação pessoal e convicção move-nos e proporciona-nos um bem-estar geral dando-nos uma grande estabilidade emocional.

Bisquerra Alzina R. (2000, pp.105-106), refere que a alegria é uma emoção que gera um êxito benéfico. Diz ainda que existem outras interpretações da mesma espécie como alvoroço, regozijo, gozo, prazer, hilariante, exultação, satisfação, etc. As razões fundamentais da alegria relacionam-se com a ligação que mantêm com os amigos, as satisfações básicas, e experiências excitáveis. Acontecimentos positivos são fontes de satisfação intensas. A mesma autora descreve as características de uma pessoa feliz baseando-se em investigações empíricas. Um indivíduo feliz tem muita energia, é afectivo, determinado, flexível, criativo, e sociável. Em muitos momentos sorri e ri-se, aceita as decepções e ultrapassa-as pelo lado positivo. É optimista e possui sanidade mental e física, sendo expressivo e espontâneo, procurando um equilíbrio pessoal, tornando-se feliz. A felicidade dispõe as pessoas ajudar os outros.

Maslow, (1974, cit.por Bisquerra Alzina R.,(2000, p. 183), diz “ Es el dominado “ afecto sentirse bien, hacer el bien”, que motiva a realizar más actos altruístas como forma da autorrealización” . Para Myers (1993, cit. por Alzira Bisquerra R., 2000, p. 183) “ los rasgos de la persona feliz son: autoestima, optimismo, extroversión, y control personal.

Por observação, constatamos que o sentimento de alegria pode resultar do facto da criança sentir que não existem factores exteriores afectar o seu estado actual de vida. Pode sentir prazer, no exercício das suas capacidades que se exprimem nas diversas actividades que vai realizando durante a sua permanência no hospital. Apesar dos momentos de dor, a maioria dos tempos vividos no hospital é gratificante e ocasiona-lhe satisfação pessoal.

1.1.2. AFECTO

Paulo Moreira (2003, p.74), define carinho como um “sentimento ou afecto por alguém ou por um animal. Este é um sentimento que por norma não é repentino. Tende a construir-se através de interacções positivas, de prazer ou de preocupação que a interacção com outra pessoa/animal proporciona.”

Desta forma entendemos que os seres humanos são sociais por necessidade e aqueles que se relacionam connosco nos primeiros anos de vida são determinantes para estabelecerem vínculos afectivos fortes, que garantam a nossa sobrevivência. Estes vínculos constroem-se através de uma afinidade entre duas pessoas, dos papéis que desenvolvem, das interacções criadas e das características de cada um. Entre dois indivíduos, membros da mesma espécie, traça-se uma relação única e insubstituível. Vejamos a importância da figura parental para um bebé, cujos mecanismos de interacção são naturais e têm um processo evolutivo que garante a continuidade da relação a que chamamos vínculo afectivo.

Os contactos com várias pessoas constituem uma rede social ou seja um eixo de nos vincularmos uns aos outros, constituindo uma entidade conjunta, facilitando o desenvolvimento do ser humano. Por outro lado, os vínculos afectivos externos são um modo de conhecermos as pessoas podendo vir a considerá-las referências importantes.

Necessitamos de aprender adaptarmo-nos ao meio em que vivemos e como tal precisamos de criar, assumir regras e normas sociais dentro de um determinado sistema que configura o significado do mundo e do próprio significado da vida de cada pessoa.

Os vínculos afectivos são referências porque garantem os cuidados de segurança da criança e transmitem diferentes significados. Quando os vínculos afectivos são excessivamente fortes e dependentes, a segurança e a autonomia da criança torna-se débil e não referencial. É também de salientar que as figuras parentais desempenham papéis diferentes e complementares, que garantem de igual forma o desenvolvimento da criança, transmitindo-lhe segurança. No entanto, os vínculos afectivos não vêm garantidos pelos vínculos biológicos, mas pelas figuras referenciais, razão pela qual devemos distinguir os pais biológicos e as figuras parentais.

Quando uma criança está internada, habitualmente as pessoas que a acompanham são os pais, mas podem não ser as figuras de protecção, segurança e referência.

Se observarmos as diferentes estruturas familiares das crianças internadas e os seus modelos de educação podemos constatar, através dos comportamentos das crianças, da comunicação estabelecida entre elas e os acompanhantes, se os adultos que as acompanham são protectores, ou se pelo contrário, não oferecem qualquer estabilidade emocional à criança.

Relativamente aos bebés, estes sabem escolher as suas preferências ordenando o seu mundo. Através dos sentidos conseguem explorar o que os rodeia, sendo a vista, o ouvido e tacto canais de comunicação. Considera-se mesmo o tacto o sentido mais primário e o primeiro a funcionar. O toque permite-lhes estarem confortáveis, seguros e mais relaxados. Através do olfacto a criança detecta o leite materno garantindo a sua sobrevivência. A voz, associada ao útero materno e o rosto são meios de identificar as pessoas.

Verificamos que existem um conjunto de sinais que levam os bebés a distinguir os pais das restantes pessoas, assim como existem determinadas condutas intencionais e sinalizadoras do bebé que permitem aos pais ficar a conhecer os seus filhos.

Num internamento o conjunto de pessoas que cuida da criança é tão variável que o vínculo afectivo deverá ser reforçado para que a criança não se sinta desprotegida. O modelo de relação afectiva, entre a criança e os acompanhantes, deverá ser consistente porque repentinamente a criança confronta-se com um ambiente desconhecido, que não domina. Ela não consegue recorrer a uma situação idêntica, passada anteriormente na sua vida, ou seja não tem um modelo alternativo de actuação, reagindo emocionalmente e por isso os acompanhantes são figuras referenciais muito fortes para a sua estabilidade.

Por vezes, quando pensamos que o vínculo afectivo está devidamente estruturado e a criança já é capaz de agir sozinha, na ausência dos pais desencadeiam-se uma série de reacções emocionais desconfortáveis. Para minimizar ou evitar estas situações, um serviço pediátrico deve ter um paradigma de organização e funcionamento claro, explicito e com objectivos bem definidos, para as crianças e acompanhantes. Desta forma, sempre que a família se

ausentar, evitamos condutas desordenadas das crianças porque conseguiram estabelecer, naturalmente, vínculos referenciais com alguns elementos da equipa de pediatria. Dizemos alguns, porque nem sempre a interacção criada com as todas as pessoas permite-nos vincularmo-nos, ou seja, nós seleccionamos as nossas vinculações. Damos e recebemos afecto de uma forma incondicional, comprometendo-nos.

Os pais tornam-se assim mediadores das relações das crianças com as restantes pessoas que cuidam da sua saúde. Se a criança já tem desenvolvido capacidades sócio-emocionais, ou já foi internada mais do que uma vez, consegue naturalmente estabelecer relações de convivência tornando-se autónoma e independente.

Alzira Bisquerra R.(2000, p.67) define afecto como:

> "cualidad de las emociones, que puede ser positiva (afecto positivo) o negativo(afecto positivo), si bien la palabra afecto tiene una connotación positiva, a menos que se especifique lo contrario. Por eso, en sentido restrictivo el afecto puede considerarse como una emoción de la família del amor."

A mesma autora salienta a importância da medicina baseada na afectividade (MBA – Master in Bussines Aministration) dizendo que a prática clínica não se baseia somente na área técnica e farmacológica. Considera a questão emocional benéfica para o tratamento e recuperação do doente. Este precisa de apoio afectivo e desde a implementação do MBA a melhor tecnologia é relação comunicacional estabelecida entre o doente e o médico.

As investigações na área da psiconeuroimunologia têm verificado que as emoções criam um impacto muito forte na saúde, tendo também analisado que os pacientes com retaguarda familiar e social, têm menos constipações e em algumas situações o apoio emocional pode ser um caso de sobrevivência.

Goleman (1995, p.442), afirma que as expressões do afecto são: amor, carinho, ternura, simpatia, aceitação, cordialidade, confiança, veneração, enamoramento, gratidão, compaixão.

Barón Ortiz J., Yaben Yárnoz S. (1993, p.16), dizem que a relação específica que a criança mantém com um pequeno número de pessoas chamada apego é um laço afectivo que se estabelece entre a criança e os outros. É uma relação de proximidade que se cria durante muito tempo.

O psiquiatra norte-americano William Glasser desenvolveu uma teoria, próxima da de Maslow, sobre as necessidades humanas fundamentais a que deu o nome de “Choice theory”. Procura explicar como os humanos realizam as suas escolhas vitais, tendendo para 5 tipos de necessidades internas fundamentais: “To survive; to be loving and connected to others; to achieve a sense of competence and personal power; to experience joy and fun; and to act with a degree of freedom and autonomy. The Basic Needs provide the foundation for all motivation. (…) What drive our behavior are internal developed notions of what is more important and satisfying to us. Our “Quality World Pictures”, these internally created notions of how we would like things to be, are related to certains Basic Needs built into the genetic structure of every human being” (http://www.choicetheory.com/ct.htm em 2007.06.05). Esta teoria encontra-se desenvolvida no livro de Glasser, W (1999) - Choice Theory: a new psychology of human freedom, Ed. Harper Collins, New York e procura explicar não só o efeito das motivações humanas sobre o comportamento, mas também a interacção entre as acções humanas, os pensamentos, as emoções e a fisiologia no conjunto do comportamento humano.

Este autor introduz alguns factores novos na explicação do comportamento humano, quando se trata de cada um se situar e agir no concreto contexto em que situa: 1º Todos nós criamos uma representação interna de um mundo ideal por referência ao qual realizamos as nossas avaliações emocionais e opções comportamentais. Esse “mundo ideal” é diferente de pessoa para pessoa e explica a diferenciação nas formas de encaramos a realidade e de nela nos situarmos; 2º A experiência da beleza e da alegria constitui uma das necessidades básicas que concorrem para a realização do ser humano e uma força motivadora dos seus comportamentos; 3º Alcançar um sentimento de competência e poder pessoal constitui outra meta que todo o ser humano procura garantir para se situar com segurança perante os factores do seu contexto vital.

Se é certo que não podemos estender a noção de “afecto” a todas estas vertentes do comportamento humano, não é menos verdade que elas designam as diversas formas de relação que cada um de nós estabelece com os elementos do meio em que a sua vida se desenvolve, sendo certo que a sua presença

afecta o “tónus” emocional de cada um, mobilizando-nos para a tomada de decisões orientadas para a concretização do nosso “Quality World”.

Tomada no seu sentido etimológico, a noção de afecto abrange todas as realidades em relação às quais nós desenvolvemos uma ligação emocionalmente significativa e valorada de acordo com as nossas expectativas de satisfação pessoal, por seu intermédio.

A decoração dos espaços da pediatria adquire sentido e insere-se nesta concepção da valorização das emoções estéticas como factores que favorecem a valorização emocional da vida, contribuindo para a construção do “Quality World” que cada uma das crianças internadas transporta consigo. Aliás, as emoções estéticas constituem uma das fontes mais universais de bem-estar e felicidade, que atingem mais profunda e discretamente o íntimo do ser humano.

Os afectos exprimem-se, com mais clareza, nas vivências de comunicação com os outros, especialmente com aqueles com quem os vínculos emocionais são mais fortes e significativos. Apesar da presença dos acompanhantes junto das crianças, procuramos que os laços afectivos com os adultos e pares que permaneceram no contexto habitacional das crianças se não esmoreçam e continuem a ser vitalizados de modo a manter íntegra a rede social de apoio que constitui um dos factores de resiliência perante a doença e a hospitalização.

1.1.3. VERGONHA

Segundo Hunter (2007, p. 167), a vergonha está muitas vezes associada à culpa. A culpa deriva do facto de termos consciência e de nos sentirmos eticamente mal face a uma determinada acção. Por vezes equivocamo-nos com as nossas atitudes e comportamentos, mas quando admitimos a culpa e pedimos desculpa libertamo-nos dum mal-estar, desvinculando-nos de uma falha passada.

Hunter (2007, p. 168), diz que “la energía de la culpa y ansiedad se disipan, y todo está claro limpio y fresco.”

Por sua vez, a vergonha, sem inconveniência, não é objectiva nem desaparece com facilidade.

De acordo com o autor, refere (pp.168-169) o “continuo de la culpa” é expresso através do incómodo que causa, da confusão, do controlador, do ressentido, da vingança, da humildade, da satisfação e da mudança. Relativamente ao “continuo de la verguenza” é expresso por contestação, pela projecção, provoca incomodidade, culpabilização, racionalização assim como pela mentira, acredita ser invulnerável, mudança de opinião, da satisfeito, da rigidez, do incómodo, de se sentir confuso, sufocado, vulnerável, embaraçado, desamparado, deprimido e paralisado.

Hunter (2007, P.169), descreve vergonha como” es resultado de sentirse responsable por algo que no hemos hecho. Por eso es tan paralizante.”

O mesmo autor refere, que se usa uma grande quantidade de energia para experimentar a vergonha. Esta energia direcciona-se para os outros, quando temos os nossos problemas, ou seja quando não somos capazes de arcar com os nossos deveres e actos culpabilizamos os outros, descarregando a nossa energia. Despejamos o nosso incómodo para alguém. Se os outros não souberem defender-se estabelecesse uma injustiça, sendo aquele que envergonha emocionalmente irresponsável.

A vergonha faz parte do crescimento e das aprendizagens das crianças sendo normalmente transmitida pelos adultos. Quando uma criança não é capaz de executar uma tarefa com êxito, ou faz algo errado pode surgir um sentimento de culpa e de vergonha pelo insucesso.

Surge também como forma de timidez quando não conhecemos alguém e não temos uma grande capacidade de comunicação para ultrapassar esse obstáculo. Verificamos algumas vezes esta circunstância quando repentinamente uma criança hospitalizada é obrigada a conhecer uma série de pessoas e a saber lidar com todas ao mesmo tempo. Averiguamos que em momentos de intimidade, como a higiene, algumas crianças e adolescentes não se sentem à vontade por vergonha.

É necessário criar um espaço e um clima afável permitindo à criança momentos de afirmação, de expressão dos seus pensamentos e sentimentos evitando a penalização de actos cometidos que possam envergonhá-la.

Explicar a especificidade dos comportamentos, ajuda a criança a compreender melhor as suas atitudes de modo a modificá-los. Desta forma evita-se a descarga de energia para os outros, por vergonha, orientando para

descobrir a sua origem. A criança aprende a controlar e a regular melhor as suas emoções e atitudes consciencializando-se sobre o que se passa consigo.
No entanto, a vergonha também se relaciona muitas vezes com crenças religiosas ou regras sociais o que pode provocar falta de confiança. Um exemplo deste facto, é ouvirmos muitas vezes os adultos a dizerem às crianças que os "homens não choram e tu já és um homem". Esta expressão pode provocar um sentimento de vergonha à criança porque entra em contradição com aquilo que socialmente lhe é imposto pela sociedade. São juízos de valores que se questionam de acordo com a experiência de vida de cada educador. A aceitação de cada um, a tolerância e compreensão podem ajudar a ultrapassar momentos de vergonha criando estabilidade e equilíbrio emocional.

A criança não nasce envergonhada. Os outros que a rodeiam é que criam condições para que ela se sinta envergonhada. A forma como são transmitidas as mensagens, o seu conteúdo e objectivo é que podem despoletar a vergonha.

Segundo Paulo Moreira (2003, p.80) a vergonha é um "sentimento negativo acompanhado pelo desejo de se esconder perante a possibilidade (ou o facto) de os outros notarem alguma falha ou deficiência, défice, defeito, incapacidade ou má acção nossa ou de algo que é percebido como não sendo socialmente aceite e que deveria permanecer oculto. Pode ser consequência de o indivíduo não ter conseguido atingir as expectativas dos outros, de ter tido algum comportamento ou de ter alguma característica/condição que não é valorizada (ou que é condenada) socialmente."

Alzira Bisquerra R. (2000, p.104), refere que vergonha "es un sentimiento penoso de perdida de dignidad, por alguna falta cometida por uno mismo." Este sentimento pode despoletar humilhação ou insulto provocando vergonha àquele que é culpado.

A vergonha é um sentimento que pode ser desagradável. Dentro da família deste sentimento a autora associa a culpabilidade, timidez, insegurança, vergonha alheia, embaraço, pudor, rubor. A vergonha deve ser ultrapassada, superando sentimentos de culpabilização, inferioridade e timidez.

Golmean (1995, p.442), expressa vergonha como culpa, remorso, timidez, humilhação e arrependimento.

A vergonha, pode expressar a situação de debilidade da criança doente que sente o seu âmbito privado invadido por tanta gente estranha que, por

desconhecer o que lhe irão fazer e o tipo de sofrimento que lhe poderão causar, sente-se incapaz de preservar a sua integridade pessoal e intimidade. A equipa de pediatria, pode ainda não possuir, com a criança, um vínculo emocional que dê suporte à sua confiança e abertura pessoal. Assim sendo a vergonha pode induzir a momentos desagradáveis.

A presença e ajuda dos acompanhantes tornam-se extremamente importantes para desbloquear as reservas de confiança da criança face às diferentes situações vivenciais.

1.1.4. TRISTEZA

Paulo Moreira (2003, p.80), define tristeza como " um sentimento de mal-estar caracterizado por uma postura de negativismo. Em geral surge como consequência de algum acontecimento desagradável e que ameaça o bem-estar e o equilíbrio da pessoa ou de alguém querido (a perda de alguém querido, uma contrariedade ou uma desgraça). É acompanhado por um desejo de isolamento, passividade e desânimo."

Golmean (1995, p. 442) exprime a tristeza através das seguintes emoções: depressão, frustração, decepção, aflição, pena, dor, pesar, desconsolo e melancolia.

As nossas convicções, paixões, pensamentos, ideias e formas de ser e agir, por vezes confrontam-se com perdas e desilusões. A construção da nossa própria vida está sujeita a ganhos e perdas num espaço e num tempo. Decidir, conhecendo o passado, vivendo o presente e perspectivando o futuro é uma realidade diária sujeita a mudanças permanentes. A perda, por exemplo, é um motivo de uma grande tristeza podendo esta ser de carácter emocional, social, espiritual, intelectual, cultural ou económica.

A personalidade de cada um, é um factor determinante para nos predispormos com maior ou menor propensão a este tipo de emoção, que nos afecta profundamente, cujo processo de recuperação depende das nossas vivências, das nossas expectativas, dos nossos anseios e do apoio daqueles que nos rodeiam.

Hunter (2007, p.146) fala da energia da tristeza e da forma como podemos libertarmo-nos de alguns dos sentimentos que a acompanham. Aborda “El continuo de la tristeza” cuja expressões, cita-as como desiludido, deprimido, magoado, angustiado, dorido, choroso, desolado, com pena, desesperado. O autor diz ainda que a tristeza pode ser antiga ou recente de curta ou longa duração. A sua energia pode ser pesada e acumular-se. Chorar por vezes é uma forma de libertar o que sentimos, aliviando-nos.

Segundo o autor existem vários tipos de tristeza, tal como quadro seguinte nos indica:

Desiludido	Nós não conseguimos alcançar as nossas esperanças ou os nossos sonhos. Como tal sentimo-nos derrotados, desiludidos e arruinados.
Deprimido	Se não tratarmos da nossa tristeza, a experiência pode ser penosa, podendo sentirmo-nos desanimados, rejeitados e desalentos.
Magoado	Esta forma de tristeza relaciona-se com as feridas físicas e emocionais, como nos sentimos ofendidos ou magoados.
Angustiado	Quando nos falta comunidade ou seja as necessidades básicas da nossa vida, emocional e espiritual, sentimo-nos tristes de uma forma contínua.
Dorido	Quando somos maltratados seja emocionalmente ou não, podemos sofrer dor física ou emocional.
Choroso	Quando perdemos algo que amamos, sentimo-nos chorosos e parecemos infelizes, taciturnos e sombrios.
Desolado	Decepções acumuladas – como perdidas emocionais, físicas, sociais e culturais.

Tabela 1: Tipos de tristeza traduzidos a partir de Hunter (2007, p.149).

De acordo com Amparo Catret (2001, p.134), a tristeza faz parte de um série de sentimentos que destroem a maturidade e o desenvolvimento das crianças.

Francisco Altarejos, do Departamento de Educação de da Universidade de Navarra distingue diversas formas de tristeza.

- A inveja - quando o bem alheio é visto como mal próprio;
- A angustia - quando se percebe um mal como impossível de vencer;
- A ansiedade - quando se vê o bem que se deseja como algo inalcançável;
- A condescender - indiferença às coisas valiosas e formosas, a estados patológicos como o stress e a depressão.
- A apatia - falta de vontade. (tradução do autor, 2001, p.134).

Marina (1999, cit. por Sílvia Palou Vicens, 2004, p.120), define tristeza como “una perdida, una desgracia, una contrariedad que hacen imposible la realización de misdeseos o proyectos provocando un sentimiento negativo, acompañado del deseo de alejarse, aislarse y pasividad.”

A desmotivação e a inactividade reduzem a actividade, reduzindo a sensação de prazer, apelando para a atenção reforçada dos demais. O apoio social é imprescindível para minimizar este efeito pessimista.

Sílvia Palou Vicens (2004, p.121), refere que fisiologicamente o nosso organismo sofre mudanças, tais como arritmias, aparecimento de falsas doenças, cansaço físico, insónias, etc.

A tristeza nas crianças pode ser provocada por falta de afecto, cujos motivos podem ser separação dos pais, hospitalização do próprio ou de alguém da família, o início da entrada para a escola ou por outras razões. A privatização do afecto provoca tristeza à criança e uma ruptura nos vínculos afectivos, sendo por isso necessário restabelecê-los com o auxílio de quem a rodeia. A perda de uma figura importante no crescimento da criança é também um factor muito penoso. Durante toda a história de vida da criança, esta vai ter que aprender a lidar com a perda, provocando-lhe desilusões e sofrimento, refazendo novas vivências restabelecedoras de energia e sentimentos positivos.

Socialmente, por vezes, incumbimos a tristeza e esta pode privar-nos de produzirmos melhor desempenho na nossa vida diária e nas relações que mantemos com os outros. Como tal, torna-se necessário protegermo-nos para que outras emoções não agudizem este estado depressivo. Falar com alguém, chorar, compartilhar a expressão de tristeza, são formas de nos salvaguardarmos e alterarmos o estado em que nos sentimos.

Para as pessoas que nos rodeiam a melancolia, a inactividade a tristeza, como sentimentos permanentes tornam-se cansativos, correndo o risco de deixarmos de ter algum apoio. A tristeza, como outras emoções negativas fazem parte de um processo de aprendizagem, aceitando-as, reconhecendo-as, cujas estratégias para as suprimir, dizem respeito à forma de ser e às vivências de cada um.

Para Alzira Bisquerra R.(2000, p. 13), a " tristeza suele desencadenarse por la perdida irrevocable de algo que se valora como importante: un ser querido, salud, bienes, etc". A tristeza relaciona-se com um acontecimento passado que ninguém tem culpa, perdendo o interesse por tudo, a esperança, que num estado extremo pode terminar no suicídio ou na depressão. Sucessivas experiências negativas, podem causar um baixo nível de resiliência.

A referida autora tal como Sílvia Palou Vicens consideram que a tristeza actua como uma chamada de atenção.

Se observarmos a realidade social, económica e política, verificamos que vivemos numa sociedade de incertezas, de injustiças, de pobreza o que não beneficia aqueles que têm mais propensão para estados emocionais destrutivos e conduz outros a tornarem-se pessimistas e descrentes. Face a esta situação, consideramos o desafio às aprendizagens não formais uma base sólida para o equilíbrio emocional, ajudando-nos nos restantes saberes.

1.1.5. ANSIEDADE

Alzira Bisquerra R. (2000, p. 102-103), diz que o desassossego está na origem da ansiedade. A preocupação é a busca de algo que não está bem e que devemos acautelar-nos. Enquanto o medo é uma emoção que se desenvolve antes de um risco verídico, a ansiedade é a adiantamento ao risco vindouro, que não se descreve, é inesperada, cujos desencadeamentos são vagos. A necessidade urgente de obter a solução antes da ansiedade ser sentida, a autora cataloga como que "media", enquanto que, antes do medo impõem-se uma resposta rápida. Para a autora a falta de um estímulo desencadeante e específico é o que distingue a ansiedade, razão pela qual definiu medo sem objecto.

A ansiedade propicia e aumenta as informações acumuladas, sendo por isso necessário mudar e reestruturar os pensamentos pessimistas em pensamentos mais práticos, reais, positivos e optimistas.

Existem muitos factores, sociais, pessoais, psicológicos, económicos e políticos, relacionados com a ansiedade. Uma estratégia de evitar este estado é identificar as situações que originam preocupações, é por exemplo, praticar exercício físico ou técnicas de relaxamento.

Algumas características da ansiedade descritas por Alzira Bisquerra R. são idênticas às de Pierluigi Graziani. Na prática, a ansiedade, por vezes, é acompanhada por pressões físicas e psicológicas quando se avizinha um perigo ou uma ameaça.

Graziani (2005, p.15), define ansiedade como “estado emocional que possui a qualidade subjectiva sentida do medo ou de uma emoção muito próxima. É desagradável, negativa, dirigida ao futuro, por vezes exagerada relativamente à ameaça, e implica sintomas corporais subjectivos e manifestos.”

É uma emoção assinalada como ambígua ou eventual. Lazarus (s.d., cit. por Pierluigi Graziani, 2005, p.16) “ é desencadeada pela percepção de um perigo relativo às estruturas identitárias do sujeito ou de crise existencial profunda.”

Spielberger (1966, cit. por Pierluigi Graziani, 2005, p.16), distingue ansiedade-estado de ansiedade-traço. A primeira é emoção transitória caracterizada por um alerta fisiológico e a percepção de sentimentos de apreensão, de temor e de tensão. A ansiedade-traço, em contrapartida, é uma predisposição para responder de uma forma ansiosa e, mais precisamente, a tendência a responder pelo medo a estímulos stressantes.” Ibidem (1966, cit. por Pierluigi Graziani, 2005, p.16), distingue ansiedade-estado de ansiedade-traço.

Beck e Col. (1985, cit. por Pierluigi Graziani, 2005, p.17), diz que a ansiedade depende da percepção que o indivíduo tem quando se depara com o stress e o género de julgamento que faz desse confronto. Pode considerá-lo um «desafio» ou um «dano» cujas reacções são diferentes e como tal o modelo de esclarecimento emocional é importante para o tratamento. A ansiedade pode ser uma ameaça ou um perigo dependendo da forma como lê e conceitua a informação.

A ansiedade é uma emoção que se diferencia do medo ou pânico que se vivenciam numa situação presente e directa com o perigo.

Rachman (1998, cit. por Pierluigi Graziani, 2005, p.18), aborda as semelhanças e dissemelhanças entre a ansiedade e o medo. Como semelhanças considera as seguintes: “antecipação do perigo ou desconforto, alerta elevado, afectos negativos, nervosismo, tensão, orientados para o futuro e acompanhados de sensações corporais.”

Relativamente às dissemelhanças o autor caracteriza o medo como uma centralização particular no perigo, embora exista uma evidente ligação entre o perigo e o medo. Este aparece num determinado momento, com determinadas características, sendo provocado por marcas de perigo restritas. O medo é racional e possui determinadas impressões físicas.

No que diz respeito à ansiedade, esta é oriunda do perigo, havendo uma união eventual entre a ansiedade e a ameaça. A ameaça pode ser prolongada, provocar alguma tensão ou nervosismo por vezes sem uma razão específica. As causas que levam a esta emoção são indeterminadas, persistentes e nem sempre se conhece a forma como abrandam, provocando agitação e dúvida.

Por sua vez, Lazarus (1991a, cit. por Pierluigi Graziani, 2005, p. 21), usa a palavra terror, pânico juntamente com o medo e a ansiedade. Entende que o terror é um estado emocional que advém do resultado de perigos reais e repentino de um dano físico. Tal como a ansiedade o terror desencadeia incertezas mantendo sempre o perigo presente. A diferença entre ambos é o tempo limitado de reflexão entre ambos perante o perigo.

O indivíduo ansioso pode tomar decisões com incertezas sobre aquilo que se vai passar consigo, sendo intimidado por um sentimento de inferioridade ou de insuficiência.

O próprio autor revê a teoria de Spielberger (1970), dizendo que quem sofre de ansiedade patológica coloca a sua auto-estima ameaçada.

Lazarus (1991, cit. por Pierluigi Graziani, 2005, p.21), coloca a ansiedade nas emoções provocadas pela ideia de uma incoerência em relação à meta que o individuo estipulou para si. As restantes emoções são a raiva, o medo, a culpabilidade a vergonha, a tristeza, a inveja o ciúme o desgosto. As emoções surgem quando um individuo se depara com uma situação relevante para si.

Lazarus (1991, cit. por Pierluigi Graziani, 2005, p. 21), diz que uma emoção é negativa se os objectivos de um individuo não estão de acordo com as suas expectativas. Diz ainda que a ansiedade pode ser uma emoção entre outras ou é a primordial:

> "• se há um desafio importante para o sujeito, então qualquer emoção é possível, incluindo a ansiedade.
> • se há incongruência, só as emoções negativas são possíveis, incluindo a ansiedade
> • se o que preocupa o sujeito é a protecção da significação ou identidade pessoal contra as ameaças existenciais, então as emoções possíveis reduzem-se à ansiedade."

Kelly (data, cit. por Pierluigi Graziani, 2005, p. 27), considera que a ansiedade se situa no centro do sistema adaptativo da vida de um indivíduo quando interage com o meio ambiente.

A mesma autora (2005, p. 27) diz que a "ansiedade é composta por aspectos de sofrimento, de perplexidade e de ausência de clareza, refere-se à antecipação de uma mudança significativa provocada pela constatação do sistema de construções pessoais para fazer face à situação específica presente." A confrontação com situações pode anular as construções pessoais ordenando uma nova readaptação.

Em contrapartida, o medo que percepcionamos numa situação inesperada coloca em causa as nossas estruturas, incapazes de integrar novas resoluções. Tal como Lazarus, Kelly entende a ansiedade como um ponto de desaparecimento de sentido e de discrepância entre as expectativas do indivíduo e a realidade. Neste sentido Kelly pensa que a ansiedade é o resultado emocional de uma falta de adequação das estruturas cognitivas de um indivíduo com o seu meio ambiente. É a consequência da interacção entre a apreciação de uma ocorrência e a apreciação das capacidades para a julgar e reagir, o que exige algumas dificuldades de adaptação.

Por sua vez, Beck (1984, cit. por Pierluigi Graziani, 2005, p. 28), usa o modelo de Lazarus e a teoría de Kelly, considerando um acontecimento stressante como o efeito de um método activo, com continuidade, onde estão implícitas análises, explicações, e apreciações constantes do meio envolvente, dos riscos e do valor de uma resposta concreta. Dependendo da interpretação

que um indivíduo faz dos estímulos, estes podem ser interpretados como prejudiciais ou não. Para além disso a avaliação efectuada pelo sujeito é indutora para desencadear um determinado comportamento.

O mesmo autor (2005, p. 31) diz que os indivíduos têm um determinado número de «regiões sensíveis» e quando numa dada circunstância, uma das regiões é afectada, o sujeito reage cognitivamente através de um modo desagradável e peremptório de pensamento, próprio de um processo cognitivo primário. É frequente este comportamento quando verificamos que os interesses de um indivíduo são colocados em causa. Dependendo das características de cada indivíduo, da sua forma de pensar, ser e agir, tornam-se gradualmente pouco adaptados, se a disposição comportamental e afectiva que deles resulta for bastante intensa e alongada. Tal como Beck (2005, p.31) diz que pode resultar " sofrimento, transtorno, distorções conceptuais, disfunções cognitivas e, frequentemente, perturbações das funções fisiológicas."

Posteriormente Rachman (1998, pp. 40-41), cria um modelo da ansiedade frisando a atenção selectiva e a hipervigilância. Relativamente à atenção selectiva o autor diz que os ansiosos crêem que ficam mais ansiosos do que na realidade ficam quando se deparam com o que suspeitam. Quando os indivíduos são susceptíveis à ansiedade e se deparam com uma nova situação, desenvolvem uma atenção selectiva à procura de incentivo que aponte a existência de algo ameaçador. A atenção centrada em estímulos negativos leva o sujeito à exaustão, perda de energia, cansaço, stress, podendo ser objecto de falsas avaliações e interpretações, onde o perigo provável da ansiedade pode provocar fuga, evitamento, afrontamento e inibição.

Por sua vez, a hipervigilância normalmente é activada quando o sujeito se depara com uma novidade. Está com uma vigilância reforçada, até que seja verificado um sinal de perigo. Centram-se as atenções sobre a ameaça com uma forte sensibilidade e distorções. Aquilo que é ameaçador torna-se mais evidente e o perigo incita à inibição de determinados comportamentos, substituindo-os por "calma atenta e alerta elevado".

Se a comunicação recepcionada for interpretada como ameaçadora, esta torna-se ausente de segurança, Rachman (1998, p.41), diz que os "esquemas cognitivos relacionados são activados para a avaliar e dar sentido ao confronto".

Afirma ainda que indivíduos que têm características ansiosas demonstram hipervigilância de três formas:

1) propensão para seleccionar os estímulos ameaçadores mais do que os imparciais;
2) dar prioridade com maior atenção ao detectar os estímulos ameaçadores;
3) contracção da atenção quando os estímulos patentes são concertados.

No entanto Pierluigi Graziani (2005, p. 42), frisa a ligação entre a ansiedade e o acontecimento que rodeia o sujeito. Dependendo das capacidades de adaptação e da percepção que cada um faz de uma determinada circunstância, permite-lhe controlar ou não a ansiedade. A este controlo, o autor chama-lhe "controlo percebido", ou seja é a maneira como cada um pensa para controlar e avaliar momentos de stress.

Acreditar que não é possível controlar uma circunstância provoca antecipação de resultados negativos indutores de ansiedade, ou seja se o controlo não for percebido a ansiedade também não o é, embora saibamos que existem indivíduos mais vulneráveis à ansiedade do que outros. As experiências de vida, todas as informações recebidas, os conhecimentos adquiridos, são determinantes para se compreender os diferentes níveis de ansiedade de cada indivíduo.

Experiências repetidas de falta de controlo podem provocar uma vigilância reforçada uma atenção criteriosa, estados emocionais negativos, idênticos a acontecimentos vividos noutros momentos.

Echburúa (1993, cit por Francesc Palmero, Enrique G. Fernández-Abascal, 1998, p.68) diz que "la ansiedad é una reacción emocional que surge ante la percepción de una amenaza personal personal al bienestar físico o psicológico y que es experimentada universalmente ante diferentes situaciones. Es un mecanismo de vigilancia del organismo que serve para alertar de posibles peligros y desempeña un papel protector en la preservación del individuo y de la especie.

Concluindo a ansiedade antevê um perigo cuja resposta pode ter várias reacções comportamentais de desconforto, enervamento, tensão, sofrimento, exaustão. Uma falsa avaliação e interpretação de um determinado

acontecimento podem também provocar uma fuga à realidade inquietação ou inibição que se pode traduzir numa apatia vigilante.

1.1.6. MEDO

De acordo com Evi Crotti e Alberto Magni (2002, p.15), o medo existe desde a presença da humanidade. É um agente auto protector útil, motivador e socializador para o crescimento da criança, conseguindo estimular reacções que ajudam a proteger de possíveis perigos, adquirindo autonomia. Promove a prudência e a cautela, alertando e mobilizando as capacidades de reacção das crianças.

Desde os primeiros anos de vida as crianças vivenciam alguns medos, racionais ou irracionais e que acompanham o seu crescimento. Os medos dependem de vários factores: familiares, culturais e sociais. A instabilidade familiar, a violência, a agressividade, os insucessos políticos que preocupam os pais, atentados, guerras, catástrofes, pessoas desconhecidas, por exemplo: os médicos, enfermeiras, morte de um ente querido, a noite, ficar sozinho, insucesso escolar, são alguns dos temores conscientes ou inconscientes das crianças.

Este sentimento tem pouca aceitação pela nossa sociedade. É punido porque habitualmente não pensamos nas causas da sua existência, não falamos acerca daquilo que sentimos quando o vivemos e não somos capazes de nos confrontarmos com ele, aceitando-o.

De acordo com Goleman (1995, p.44), as expressões características do medo são: temor, horror, pânico, terror, pavor, desassossego, susto, fobia.

Moreira P.(2003, p.78), define medo como um

> "sentimento de mal-estar acompanhado de vontade de fugir/sair da situação pela avaliação e a percepção de um perigo ou antecipação de uma ameaça. É geralmente, acompanhado de sinais psicofisiológicos, como dor de estômago, batimento cardíaco mais forte, tremer de pernas, suores, etc."

Hunter (2007, p.90), diz que os medos podem ser de várias espécies: grandes, pequenos, imaginários, previstos, e inesperados. Tal como a alegria, este autor fala-nos " El continuo do medo" caracterizando-o através de

expressões tais como: intranquilidade, nervosismo, tensão, excitabilidade, estar inquieto, preocupado, apreensivo, ansioso, alarmante, assustado, sobressaltado, aterrorizado e paralisante.

O medo contínuo não é sempre apático. O autor diz ainda que “nos liberamos del miedo y lo sanamos cuando narramos nuestra historia y tomamos decisiones conscientes par confrontarlo, superarlo o sustituir viejas respuestas con ideias y acciones nuevas.”

Aquilo que é aterrador, medonho ou sinistro para uns, para outros pode ser excitante ou estimulante, razão pela qual os medos são muito subjectivos. Se por um lado existem pessoas com perfis psicológicos capazes de arriscar novas experiências, existem também pessoas que dificilmente o farão. Para superar o medo terá que existir um certo controlo de si e da situação. Este é gerado externamente, e de acordo com a nossa experiência de vida vamos atribuir-lhe um significado. Quando experimentado, certamente que o seu sentido terá outra concepção sendo alterado o seu significado.

Recuperar energias dos nossos medos do passado é certamente uma contradição. Temos que sentir que estamos libertos dos mesmos para voltar a experimentá-los e desembaraçarmo-nos deles. O medo do passado quando é reactivado com energia, faz-nos descobrir e consciencializar de que estamos no meio dele, em vez de estarmos de fora, o que nos pode criar algumas dificuldades.

Ainda segundo Hunter (2007, p.90), existem medos paralisantes, aterrorizadores e são transtornos de ansiedade cuja natureza é genética ou bioquímica.

O medo é desenvolvido por nós ou não, de qualquer forma a reacção do nosso corpo é a mesma. O medo cria um transmissor produzido como resposta ao stress, que se responsabiliza por enviar sangue aos músculos, artérias, e ao cérebro. No momento em que surge o medo, como uma ruptura na vida de um indivíduo, o nosso corpo pode insurgir-se inesperadamente com proezas sobre-humanas, evitando consequências desastrosas.

O mesmo autor diz ainda, que quando o medo se instala por muito tempo podemos ficar em permanente estado de alerta, podendo afectar a saúde de um indivíduo. Os medos crónicos, destroem a nossa sanidade e quando não são

tratados podem chegar a produzir uma elevada pressão arterial, perdas de memória, úlceras e problemas no sistema imunitário.

A adrenalina auxilia a resolução rápida de problemas e quando algo é ameaçador o nosso sistema imunitário entra em estado de colisão.

Hunter (2007, pp. 94-105), explica que o choque da reacção inicial deixa células bioquímicas que podem conservar-se dinâmicas durante muito tempo no nosso organismo. Essas células contêm conhecimento para nosso auxílio, avisando-nos quando é que voltamos a estar numa situação idêntica de risco.

A memória da informação concreta pode activar a instalação de adrenalina podendo seguir um aparecimento de reacções como se estivéssemos a coabitar com o medo numa espécie de caracol preso no tempo.

Quando o acontecimento surge e afecta a sobrevivência avisam os sistemas corporais para que se prepare o combate. Assim, começamos a movermo-nos de acordo com os instintos e os reflexos. Os sentidos sobrecarregam-se de impulsos obtidos à sua volta, enquanto que os medos entregam informações, mensagens e sustentam os sistema corporais em funcionamento, protegidos desde o coração às extremidades. Desta forma, damos conta do que nos sucede à nossa volta activando os sentidos, filtrando as informações para obtermos a solução adequada. Estas informações ficam registadas nos nossos pensamentos, na nossa história de vida, nas nossas crenças e pode servir para próximas situações idênticas a enfrentar.

Para limitar as consequências do medo podemos recorrer a diversas intervenções, de acordo com as diversas etapas do medo.

Etapas do medo	**Intervenção**
Um acontecimento causa o medo	Fazemos o possível para evitar situações perigosas que escapam ao nosso controle
Reagimos com a luta, fugimos ou paralisamos	Demonstramos as reacções que funcionam ou não
Tentamos não lembrarmo-nos ou dominamos o acontecimento, mas repetimos as mesmas reacções ao temer os estímulos relacionados com o medo. Não avançamos.	Após o acontecimento revivemo-lo num ambiente seguro.

Não decidimos que somos débeis, cobardes e reprovamos o facto de não sermos capazes de consertar o problema	Não nos sentenciamos. Decidimos ver o que podemos descobrir de nós mesmos. Decidimos trabalhar num ambiente seguro para encontrar a solução.
Começamos a desconfiar de nós e do mundo e experimentamos algo como o afecto alargando o medo a situações, pessoas e objectos que receamos.	Acreditamos na solução, experimentando diferentes opções, incluindo acções, pensamentos, e crenças concretas que nos ajudem a superar ou minimizem as respostas ao medo.
O nosso mundo começa a estreitar-se e sofremos. Podemos perder relações de trabalho e independência.	Avançamos nos bons resultados qualquer que seja o impulso que lhe aplicarmos. Fazemo-lo pedindo ajuda.
Nosso medo começa a contagiar nossa vida do dia-a-dia e perdemos o contacto com o que podemos recear com razão.	Com a experiência, contemos os nossos medos, libertando-nos deles, confiamos nos nossos instintos, orientamo-nos pela convivência e desfazemo-nos das ligações aos anteriores estímulos.

Tabela 2: Etapas do medo e respectivas propostas de intervenção, segundo Hunter (2007, p.97).

O autor refere também que existem medos novos ou medos crónicos independentemente das nossas respostas. Os medos podem ser físicos, emocionais, sociais ou espirituais, dependendo da forma como o sentimos, interpretamos, ou seja depende do significado que lhe dermos.

O medo físico é real e é produzido por verdades palpáveis. São medos do imaginário desconhecido, de não sabermos o que se passa. Por exemplo depois de uma criança estar informada sobre a sua doença e respectivo tratamento a adrenalina deixa de actuar. O medo está dominado por antecipação e prática, razão pela qual podemos controlá-lo através do relaxamento, da respiração, meditação ou outros exercícios. Isto quer dizer que aos velhos medos, podemos mudar a interpretação que lhes damos através de vivências anteriores, cujas respostas são diferentes.

O medo emocional são consequência dos nossos pensamentos e ideias que nos perturbam de várias formas. Por vezes os medos são claros evidentes e imediatos, outras vezes são disfarçados. Descobrir as proveniências dos medos que permanecem durante muito tempo podem induzir-nos a um maior

entendimento e compaixão de nós e dos outros, para além de ajudar-nos a adaptar-nos à nossas vidas.

Os medos sociais relacionam-se com a imagem que apresentamos aos outros, o nosso aspecto, a inadequação à sociedade, o medo de não conseguirmos concretizar os nossos sonhos, de não obtermos êxito, de parecer mal, ser diferente e julgado, o que nos faz sentir inseguros.

Os medos espirituais relacionam-se com ideia de não termos piedade de Deus, ao qual traçamos o nosso projecto de vida.

Existem muitos pensamentos que vão acompanhando os medos: emocionais, espirituais, sociais, e físicos cujo autor levanta algumas questões relacionadas com os medos actuais, passados e futuros, tal como se apresentam na seguinte tabela:

Tempo	**Medo emocional**	**Medo espiritual**	**Medo social**	**Medo físico**
Actual	Tenho medo de não conseguir reconhecimento	Tenho medo que me repreendam	Tenho medo de ter muita privacidade	Assusta-me que esta pessoa me tenha criado um mal-estar
Passado	Tenho medo de voltar a ser rejeitado	Tenho medo que Deus não me ame	Assusta-me não ter nada para dar	Tenho medo de voltar a ser assaltado
Futuro	E se me dão reconhecimento?	E se vou parar ao inferno?	E se me eu fico só?	E se alguém me quer?

Tabela 3: Traduzida a partir de Hunter (2007,p.98).

Quando sabemos quais os medos que nos dominam, podemos fazer planos para os reduzir através das mais variadas técnicas. Por exemplo: concentrarmo-nos em pensamentos agradáveis, podemos manter a calma, respirar fundo, tentar perceber o que provocou o medo, lembrarmo-nos de alguém de quem gostamos, lembrarmo-nos de momentos bons da vida. Deste modo podemos “dizer” ao medo que conseguimos falar com ele, enfrentando-o. Esta poderá ser uma estratégia para nos aliviarmos, criando novas crenças convicções, renovando e restabelecendo uma energia para vivermos mentalmente e fisicamente em paz. Ao recuperarmos o equilíbrio e evitarmos momentos de pânico estimulamos a nossa auto-confiança e nossa auto-estima.

Béatrice Copper-Royer (2007, pp. 7-8), diz que “o medo pode ser simplesmente uma reacção natural perante um perigo; este é muito útil porque faz com que nos protejamos.”

“O medo é interessante no sentido em que sendo normal – “Todos os homens têm medo. Todos. Aquele que não tem medo não é normal, como escreve Sartre em Le Sursis (s.d. cit. por Béatrice Copper-Royer, 2007, p.8)

Jean Delumeau (s.d., cit. por Béatrice Copper-Royer, 2007, p.11) distingue dois tipos de medo. Os medos “pensados” que são periódicos (por exemplo a fome) e os medos “espontâneos” são aqueles que encontramos em todas as civilizações e ao longo da histórica (por exemplo a noite).

Este simbolismo do escuro está relacionado com o imaginário desconhecido que sempre angustiou muito as crianças e até os adultos. Em contexto hospitalar, questionamos qual será o doente, de qualquer faixa etária, que é totalmente indiferente à obscuridade? Terá esta, alguma influência sobre a recuperação psicológica do doente ou é-lhe indiferente? Relativamente às crianças através dos questionários efectuados iremos posteriormente descrever os resultados obtidos. No que se relaciona com os adultos, e associado à fragilidade inerente à própria doença, pensamos que o sentimento da solidão é reforçado durante a noite.

Ainda segundo Béatrice Copper-Royer (2007, p.14), "a criança ainda não fez bem a distinção entre o seu mundo interior e o externo. A ilusão toma muitas vezes o lugar da realidade…O menor ranger de uma tábua pode tornar-se sinal de que “um monstro enorme que vai ataca ”, mas a autora fala ainda na domesticação do medo. Argumenta que nem todos os medos são prejudiciais, existem alguns que são úteis para as crianças, necessitando de prévias explicações para evitar situações de risco, como as queimaduras ao pôr a mão no fogão.

Segundo D. W. Winnicott, (1998, cit. por Béatrice Copper-Royer, 2007; pp. 21-22), “ as crianças mais pequenas devem ser capazes de o sentir, caso contrário, pode ser um sinal de doença.”

Ania Beaumatin e Laterrase (1998, cit por Béatrice Copper-Royer, 2007, pp. 21-22), “ insistem também elas, na função constitutiva do medo: “Seria errado pensar que todo o medo é nefasto e que as crianças devem ser poupadas de o sentir, porque este constrói mais do que destrói”.

Através das experiências realizadas com as crianças internadas, julgamos que os contos infantis são importantes para a desmistificação dos medos contextualização construtiva dos mesmos. As histórias clássicas, por exemplo, vão passando de geração em geração e não são esquecidas porque abordam problemas sociais e familiares, cujas emoções estão presentes o que permite à criança identificar-se com um personagem, ou momento da história que se assemelha à sua situação de vida real. Bruno Bettelhein (1975; p.77) reforça esta ideia, afirmando que a criança sabe em que ponto da história retira elementos essenciais para encarar o problema. Os diferentes momentos de medo, angústia, alegria, são enfrentados pelas crianças, tentando ultrapassá-los. Quando não são clarificados ou entendidos pelas mesmas pedem para repetir o conto, tantas vezes quantas as necessárias, com o objectivo de resolver um conflito interno. Segundo Bruno Bettelhein (1975, p.118) contar e recontar a mesma história é sinónimo de que não foi ouvida ou passou despercebida alguma particularidade que necessita de ser entendida. Assim, a pouco e pouco a criança vai integrando na sua história de vida os medos, aprendendo lentamente a compreendê-los, regulando-os.

Com os adolescentes o processo é idêntico. Os jovens embora educados numa sociedade consumista e individualista, gostam do Clube das Chaves, do Harry Potter, porque vivem o fantástico, o maravilhoso e identificam-se sempre com um herói que os poderá ajudar. Tal como Béatrice Copper-Royer (2007, p.24), diz " O medo, a solidão, a ambivalência nas relações de amizade por vezes complicadas, a competição, a rivalidade, todos estes sentimentos que são do quotidiano das suas emoções e os fazem sofrer, são vividos por Harry Potter, mas a sua força mágica permite-lhe vencer os mais fortes revezes, contra tudo e contra todos. As crianças também aí, estão no mundo do "tudo é possível"que tanto os fascina. O seu mundo imaginário, mobilizado por uma acção muito rápida, fá-los crer, por um momento, que também eles irão triunfar sobre os seus demónios e deixa-os ter esperança de um dia virem a saber aceder ao universo dos adultos."

Julgamos que os contos são um forte contributo para o desenvolvimento da criança, obrigando-a a passar pelos medos (e outras emoções) aprendendo a clarificá-los e a viver com eles. Bruno Bettelhein (1976, cit. por Béatrice

Copper-Royer,2007, p.23) diz "…Os contos dizem-lhe que as forças mágicas virão ajudá-la…"

Mas se até aqui falamos nas histórias como um efeito terapêutico, os jogos, os desenhos e outras actividades lúdicas podem também ter o mesmo objectivo, porque a criança vivência iguais inquietações medrosas interiores.

Relativamente aos bebés e por empatia a mãe apercebe-se das necessidades do seu filho prestando-lhe todos os cuidados necessários. Os níveis de vinculação e protecção vão-se tornado cada vez mais fortes e quando surge a primeira separação entre a mãe e o filho podem surgir momentos de angústia, medo e sofrimento para a criança.

John Bowlby (1978, cit. por Béatrice Copper-Royer, 2007, pp. 36-37) desenvolve a "teoria do apego angustiado" afirmando que este faz parte "das necessidades primárias da sobrevivência da criança (…) à sua evolução e à sua tranquilidade interior."

A criança começa a alargar a sua rede social de apoio, primeiro àqueles que lhe são mais próximos e depois aos desconhecidos. Bowlby fala ainda do" medo de perder a mãe, ou de ser separado dela". Num estudo efectuado com crianças hospitalizadas, definiu três estados:

- protesto - a criança exprime-se apelando pela mãe através por exemplo do choro;
- apatia - a criança fica desordenada, sentindo-se impotente;
- desapego - a criança sente-se derrotada, abandonada. O constrangimento é muito podendo tornar-se deprimida.

Freud (1978, cit. por Béatrice Copper-Royer, 2007, p.36), acrescenta que as necessidades básicas do bebé relacionam-se com os cuidados de sobrevivência e que se podem manifestar por outros desejos, tal como o gosto de estar com a mãe e de comunicar com ela.

Relativamente à comunicação em meio hospitalar, esta é indispensável e transversal. No entanto, consideramos que a primeira abordagem dos técnicos aos pais é determinante e necessária para evitar as incertezas e a ignorância que causam muitas vezes ansiedade e medo. Os acompanhantes das crianças necessitam de ter certezas sobre aquilo que se passa com o seu filho e podem solicitar a informação que precisarem. A correcta informação é fundamental e apoia os familiares na redução dos medos que, por empatia, pode ser transmitida

ao seu filho. A partilha da informação induz à racionalização das emoções, preveni a conflituosidade entre técnicos e pais, a solidão e a sensação de desprotecção aos acompanhantes, enfrentando a verdade tal como ela é. Deste modo, cria-se um bom ambiente relacional entre a família, ansiando o prazer da presença de todos os membros, o que beneficia a recuperação da criança.

Béatrice Copper-Royer (2007, p.53), aborda também as fobias como “uma perturbação de ansiedade que se caracteriza pelo medo irracional de um objecto ou de uma situação, sem ligação com um perigo real”. Distingue três tipos de fobias: especificas, (por exemplo das seringas), fobias sociais, que se referem ao medo daquilo que os outros acham e pensam acerca de nós e agorafobia, que se caracteriza pelo medo dos grandes áreas e de permanecer longe de um local protector.

Para Evi Crotti- Alberto Magni (2002, p.17), os medos classificam-se de diversas formas, dependendo do seu grau de intensidade:

- Fisiológico, porque é um medo natural vinculado à própria constituição da criança;
- Normal, porque está directamente ligado com o crescimento da criança;
- Vigilância, dado que favorece a capacidade de reacção da criança;
- Paralisante, porque trava a capacidade de reacção da criança;
- Patológico, porque é o medo próprio de autênticos e verdadeiros quadros clínicos.

A forma como nós nos confrontamos com o medo é determinante para aprender a superar ou diminuir a angústia que este nos causa, sendo o seu principal objectivo aprender a defendermo-nos.

Estes autores dizem ainda que as funções principais do medo podem resumir-se através salvaguarda do outro, auxiliando-nos na formação e estruturação da personalidade, aperfeiçoando também os nossos processos de vigilância. Na garantia de sobrevivência, porque em ambientes adversos os medos permitem ao indivíduo criar estratégias de elaboração e adequação. Na preparação para o perigo, funcionam como um tipo de passatempo psicológico, cujas experiências anteriores são referenciais e dão-nos sustentabilidade.

Os medos advertem-nos para a prudência, aumentando o estado de vigia, o que estimula a nossa movimentação e acção. Só ao homem é permitido exercer o seu domínio sobre a natureza, porque só este possui competências para desenvolver capacidades elaboradas. No entanto, é de referir que os medos são específicos para determinadas faixas etárias.

Segundo Evi Crotti- Alberto Magni (2002, pp. 55 - 77), até aos 18 meses, habitualmente a criança não tem medos específicos vinculados às suas emoções. Tem medos vinculados ao instinto inconsciente de sentir. Tem medos dos ruídos violentos e inesperados, da perda da mãe, quando não está presente.

Dos dezoito meses aos três anos, as crianças separam-se emotivamente e gradualmente da família procurando grupos de amigos, manifestando os seus próprios interesses afectivos. Os medos estão relacionados com os ruídos, de algo grande, tal como: camionetas, autocarros.

Quanto mais medos a criança tiver nos primeiros anos de vida, maiores serão as suas inseguranças futuras, tornando-se por isso necessário tentar perceber o contexto dos referidos medos de modo a poder apoiá-la.

De acordo com o mesmo autor, dos três anos aos cinco anos, os medos mais frequentes relacionam-se com a separação da família, com a perda de afecto das pessoas queridas, sobretudo depois dos castigos, dos poderes sobrenaturais atribuídos a homens ou animais e por vezes transmitidos pelos pais, tais como, o fogo, o dentista, o ladrão.

As mães ansiosas, e protectoras têm sempre medo que algo aconteça aos seus filhos (queda, queimadura, não consiga fazer algo), bloqueando as suas aprendizagens, incutindo o temor excessivo e o sentimento de perigo iminente.

Dos cinco anos aos dezoito anos a criança têm mais medos relacionados com escola e a família e menos medos relacionados com a doença. Têm medo, do escuro, dos espaços abertos e fechados, do sobrenatural (bruxas, monstros), de não ser amado, da morte, do abandono dos pais, de chegar tarde à escola e de ser castigado.

Dos oito aos doze anos predominam os medos relacionados com a escola, medo de crescer, que está relacionado com as transformações do seu corpo, separação dos pais, ou que estes fiquem desempregados. Predominam também os medos de carácter social como a guerra, a pobreza, as catástrofes.

Durante o período de hospitalização e até aos cinco anos, Evi Crotti-Alberto Magni (2002, pp.64-70), dizem que as crianças têm medo da separação da família e do abandono num ambiente estranho. Nesta faixa etária a criança vê a hospitalização como um castigo e não com o facto de estar doente.

Em idade escolar, tem medo da anestesia, dor, das operações e da possibilidade de acordar durante a mesma e da mutilação corporal. As crianças são mais independentes começam a preocupar-se com imagem corporal.

Segundo Denholm C. J.(1988, p.120), os aspectos negativos mais frequentes antes dos procedimentos médicos são: os sentimento de ansiedade e depressão, dor/sofrimento, imobilização, da dependência, da falta de actividades, dos regimes alimentares, dos tratamentos médicos, da restrição às visitas e das normas e rotinas diárias.

A capacidade de tratamento depende, da tipologia do medo, da forma como se confronta, com os diferentes medos, da exteriorização emocional, do tempo de existência, da idade da criança, do apoio referencial, nomeadamente familiar, do nível de comunicação da criança e das experiências de vida.

De acordo com Evi Crotti-Alberto Magni (2002, pp.18-19), os medos manifestam-se em momentos íntimos e confidenciais, pela comunicação verbal e através de sinais não verbais. Seguidamente passa-se a descrever alguns desses sinais. Regressão, quando são manifestados comportamentos pouco habituais de actuação, descontrolo dos esfíncteres numa fase de crescimento que não está previsto, desmotivação ou tendência para o isolamento, reacções de rubor e palidez, passividade e indiferença por uma situação, impulsividade, agressividade ou violência sem motivo, tendência de ser fastidioso até chegar a ser embaraçoso, e através de comportamentos pouco habituais tais como, insónias, fixações, caprichos.

Para reduzir os medos da hospitalização podemos informar a criança e familiares das rotinas próprias da vida diária da pediatria e dos procedimentos clínicos mais frequentes, colocando a criança a manejar alguns objectos hospitalares de tratamento, visionando fotografias ou filmes que descrevam os diversos procedimentos do internamento/tratamento e incentivando a criança a brincar ao “faz de conta” sobre aspectos da vida hospitalar.

A capacidade de tratamento depende da tipologia do medo, da forma como se confronta com diferentes medos, da exteriorização emocional, do tempo de

existência, da idade da criança, do apoio referencial, nomeadamente familiar, do nível de comunicação da criança e das suas experiências de vida.

Para ultrapassar os medos, podemos recomendar aos acompanhantes/pais, alguns conselhos úteis. Ouvir o que a criança tem para dizer, estando disponível para ajudá-la a exprimir-se através da comunicação verbal ou não verbal. Ensinar a criança a interpretar as causas do medo, vigiar ou estar presente nas experiências que a criança faz transmitindo-lhe segurança e confiança. Ajudá-la a passar por sensações desagradáveis, para que não se torne passiva e indiferente aos estímulos exteriores e incapaz de actuar. Não podemos esquecer que os medos dos pais recaem sobre os filhos e, por isso, é necessário actuar com calma e serenidade, estando sempre atento aos sinais não verbais.

Existe uma infinidade de medos conscientes ou inconscientes que abrangem todas as idades, sexos, religiões e raças, que naturalmente não irão ser todos desenvolvidos neste trabalho. O que nos parece importante reter é que os medos são essenciais para o desenvolvimento de cada indivíduo, sinalizam a forma como o sujeito está desprotegido perante os acontecimentos que o rodeiam e, partindo da sua determinação, podem as crianças fazer muitas aprendizagens. Estes, funcionam como um sistema de defesa e de prevenção que conduzem o indivíduo a reunir mais energias e a procurar novas ajudas e resoluções para os seus problemas.

Relativamente aos medos sentidos em contexto hospitalar e por observação e contacto com os doentes, verificámos que as crianças recebem muitas informações formatadas dos adultos sobre o conceito de doença e quando as recebem interpretam-nas de acordo com as suas vivências e o mundo imaginário. Este facto induz a criança a falsas interpretações e falsos conceitos. Para que estes conceitos sejam desconstruídos é necessário que, ao internar a criança seja feito um acolhimento informativo e esclarecedor. É necessário apresentar a constituição do serviço de pediatria à criança e acompanhantes explicando-lhe, quais as rotinas diárias. A equipa deve usar uma linguagem e uma comunicação fluida e acessível de modo a criar uma relação de proximidade, confiança, segurança e protecção para com a criança e acompanhantes.

Quando os internamentos são programados a criança e a família devem estar informados dos procedimentos que se irão desenrolar preparando-os psicologicamente para a hospitalização. Este procedimento poderá ser feito pessoalmente ou através de um suporte informático adaptado à criança, CD Rom, a ser entregue, na última consulta antes do internamento. Em casa, podem contextualizar os procedimentos da hospitalização, deixando esta de fazer parte do imaginário da criança.

Desta forma, contribuímos para que a sua nova experiência de vida seja tão positiva quanto possível, ou seja pretende-se também, reduzir o sofrimento inerente ao internamento que pode ser sentido de várias formas. Falta de liberdade, dado que há uma ruptura com os seus hábitos pessoais; obstáculo interior por não conseguir realizar as suas tarefas; incapacidade de agir e pensar por se sentir deprimido, angustiado, stressado sendo por isso necessário estimular a criança com actividades que aumentem a sua auto-estima; sentimento interno de culpa e responsabilidade pelos seus actos; ameaça à integridade pessoal onde todas as suas crenças, valores e atitudes da criança são postos em causa e finalmente a ruptura com futuro e sua própria identidade por sentir que não é capaz.

Associado ao sofrimento, o medo está sempre presente com intensidades variáveis, funcionando como um sistema de alarme que pode alertar a criança para situações desagradáveis. Os medos infantis são inevitáveis, fazem parte do crescimento de qualquer criança e embora não tenha dados mensuráveis verificámos que estes, habitualmente estão relacionados com experiências de vida anteriores à hospitalização, tal como por exemplo, o medo do escuro, de dormir sozinho, de personagens fantasmagóricos.

É habitual ouvirmos os pais dizerem “se não comes ficas doente e apanhas uma pica” ou “ se não comes vais para o hospital” o que desperta e direcciona as atenções da criança para um medo específico que se relaciona com a hospitalização. Nestes medos, do imaginário desconhecido da criança, constam os prestadores de cuidados hospitalares como agentes ameaçadores e dependendo da postura de cada técnico, a criança vai lentamente integrando os referidos agentes no seu horizonte existencial, estabelecendo vínculos afectivos e referenciais positivos, tornando-se assim agentes protectores.

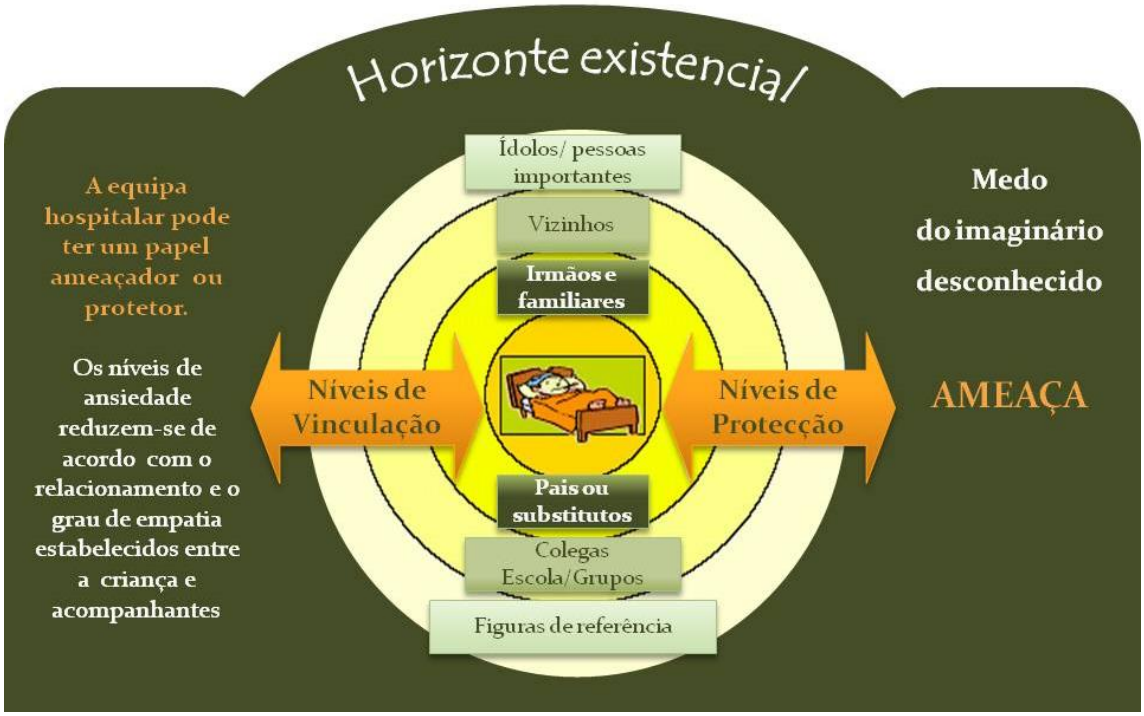


Figura 11: Horizonte existencial.

2. O CONTRIBUTO DAS ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS PARA EDUCAÇÃO EMOCIONAL

Neste capítulo iremos desenvolver os objectivos das actividades pedagógicas de forma a perceber como é que as referidas actividades podem contribuir para as aprendizagens emocionais das crianças.

Seleccionamos algumas actividades que temos desenvolvido, no projecto educativo do Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, nomeadamente: a música, o relaxamento através da visualização interior de imagens e sessões de riso que geraram uma reflexão sobre a importância das mesmas. Estas actividades tiveram uma grande aderência e um impacto muito positivo por parte do público alvo.

Abordamos o contributo e a importância de outras actividades relacionadas com a expressão plástica, dramática, relaxamento através da massagem e o jogo.

A pedagogia hospitalar deve diferenciar-se claramente da animação social. Jaune Trilla (1997, p.26) entende por animação:

> "O conjunto de acções realizadas por indivíduos, grupos ou instituições numa comunidade e dentro do âmbito de um território concreto, com o objectivo principal de promover nos seus membros uma atitude de participação activa no processo do seu próprio desenvolvimento quer social quer cultural".

Ander Egg (1981) define:

> "Animação Sociocultural é um conjunto de práticas sociais que, baseadas numa pedagogia participativa, tem como finalidade actuar em diferentes âmbitos de desenvolvimento da qualidade de vida, com o fim de promover a participação das pessoas no seu próprio desenvolvimento cultural, criando espaços para a comunicação interpessoal".

A UNESCO (1982) descreve:

> "A Animação Sociocultural um conjunto de práticas sociais que têm como finalidade estimular a iniciativa, bem como a participação das comunidades no processo do seu próprio desenvolvimento e na dinâmica global da vida sociopolítica em que estão integrados".

De acordo com os referidos autores podemos definir animação em contexto hospitalar, como uma acção dinamizadora que pretende através de um conjunto de técnicas, despertar e estimular capacidades criadoras, transformando os estados emocionais negativos em positivos dos quais resulte um maior grau de bem-estar individual.

A animação favorece a confiança, a capacidade de integração em novos grupos, o desenvolvimento do espírito crítico e avaliativo, estimulando a mudança através de práticas inovadoras.

Relativamente ao conceito de pedagogia este, surge na antiga Grécia. Eram chamados de pedagogos os escravos que acompanhavam as crianças que iam para a escola. Como escravo, ele era submisso à criança, mas tinha que fazer valer sua autoridade quando necessária. Por esse motivo, esses escravos desenvolveram grande habilidade no trato com as crianças.

O escravo desempenhava o papel de tutor para o crescimento e desenvolvimento das crianças gregas. A sua tarefa continha três elementos importantes:

1º - Acompanhar a criança e o jovem protegendo-os das situações quotidianas inesperadas;

2º - Ensiná-los a interpretar e dar sentido a todas as experiências por que passavam, integrando-as na sua personalidade como aprendizagens significativas;

3º - Treiná-los no uso e desenvolvimento das suas capacidades, tornando-se no seu interlocutor e companheiro privilegiado.

Também Maria Montessori, médica, psicóloga e pedagoga, cuja obra assenta na observação de crianças em situação escolar que constitui o principal suporte da investigação científica em pedagogia, afirma que "[Em cada educando] há uma criança desconhecida, um ser vivo sequestrado, que é necessário libertar. Esta é a primeira tarefa urgente da educação e libertar é, neste sentido, conhecer, descobrir o ignorado".

Assim, tendo em conta o que foi referido, podemos retirar alguns dados essenciais para uma definição de pedagogia hospitalar, tais como:

- A criança hospitalizada necessita de ser acompanhada e protegida durante o processo de internamento cujas vivencias diárias são desconhecidas e imprevisíveis. Desta forma o acolhimento é também um factor determinante para que a criança fique de imediato com uma boa impressão do Serviço de Pediatria facilitando a sua rápida adaptação.
- Precisa de referências humanas acolhedoras e tranquilizantes (espaciais e temporais), especialmente os acompanhantes e familiares, como mediadores da equipa de saúde, para realizar aprendizagens positivas que a possam ajudar a superar os medos e angústias, transformando-se em aprendizagens significativas para a sua vida. A permanência dos acompanhantes permite-lhes reforçar os laços afectivos.
- Treinar e desenvolver competências e capacidades, mediadas pelo acompanhante e pelo pedagogo, para que as crianças se tornem autónomas, confiantes em si próprias e interlocutoras da sua própria experiência com os outros, nomeadamente após a alta hospitalar. Por vezes o conceito social de hospitalização, é ignorado e ou deturpado, adquirindo diversos valores, que nem sempre são positivos.
- Conhecer e descobrir livremente um ambiente novo que rodeia a criança, contribui para que esta aprenda com a doença.

Existem outras definições de pedagogia tais como: "A Pedagogia tem por objectivo criar situações que permitam multiplicar as possibilidades individuais de aprendizagem" (Moderno, 1992, p.54), "...a característica essencial de toda a acção pedagógica é a utilização de meios de comunicação que possibilitem a apresentação ao aluno, sob uma forma económica do ponto de vista da aprendizagem, das realidades que ele tem de conhecer" (Champagnol, 1972, pp.19-34, in Moderno 1992).

Lizasoáin, (2000, p. 110) define pedagogía hospitalar como:

> "Rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño enfermo y hospitalizado, de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece."

As diversas actividades aplicadas no projecto educativo da Unidade Educativa e Terapêutica do Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, têm um cariz pedagógico cujos objectivos educativos pretendem, e passo a citar:

- Conseguir um crescimento e desenvolvimento equilibrado da criança;
- Favorecer a adaptação da criança à hospitalização e à sua doença;
- Fomentar diversas actividades, procurando com que a criança ocupe, com proveito, o seu tempo livre;
- Reduzir os deficits culturais e escolares;
- Favorecer as relações sociais principalmente as relações familiares;
- Apoiar-se nas actividades que realiza construindo um projecto de vida;
- Orientar os acompanhantes.

Pela nossa experiência, consideramos igualmente importante a promoção de um ambiente afável com a equipa de saúde, de forma a criar ressonância e sintonia entre todos os técnicos, transmitindo às crianças e acompanhantes um ambiente estável, promovendo as relações inter-pessoais e afectivas entre todos. Julgamos que a promoção de um ambiente afectuoso induz o desenrolar das actividades pedagógicas com uma maior probabilidade de sucesso. As referidas actividades são planificadas de forma abrangerem todas as faixas etárias baseando-se na promoção da educação emocional. O material

pedagógico é criado especificamente para trabalhar a exteriorização emocional dos doentes. Há, naturalmente uma grande diversidade de materiais, para que estes possam ser aplicados nos diferentes momentos de vida diária. Sabemos, no entanto, que tudo está em constante mudança e o poder de improvisação e de adequação a novas circunstâncias ou novos desenvolvimentos de trabalho, é sistemático. Por muito que se oriente acção educativa para um conjunto de actividades que estão programadas, a própria natureza do serviço altera-se, isto porque existem crianças a terem alta, outras que acabam de ser internadas e as que ainda permanecem em recuperação. Os profissionais, deverão dar uma eficiente e assertiva resposta, num espaço de tempo tão curto quanto possível, dadas as características do momento, de modo a evitar algum efeito negativo inerente ao processo de recuperação do doente.

A ligação com o meio exterior é igualmente importante sendo fomentada regularmente na prática pedagógica para que haja uma difusão de diferentes aprendizagens. É muito essencial, por exemplo, o vínculo que mantemos com as escolas para que não se percam as relações com os colegas e professores e para que a criança possa ter a possibilidade de se manter informada sobre tudo aquilo que se passa no seu meio escolar. Este vínculo permite também, à criança internada, continuar a estudar, evitando o insucesso escolar e em simultâneo reforçar as habilidades e competências gerais adquiridas anteriormente. Caso seja necessário poderá ser estabelecido um programa de trabalho individualizado de acordo com a informação escolar e o estado patológico da criança. Quando possível, o doente pode fazer os seus testes escolares.

Para além das escolas, as diferentes instituições educativas e culturais da sociedade podem participar no projecto educativo trazendo novas dinâmicas de trabalho contribuindo para o bem-estar das crianças internadas.

Acreditamos no entanto, que as aprendizagens globais só poderão ser efectuadas pelas crianças e adolescentes desde que se sintam bem, num ambiente onde a educação não formal é centrada nas suas necessidades e em que estes participam na sua própria vida activa.

Julgamos que a informalidade é igualmente importante, porque ocorre espontaneamente, na sua intrínseca gregaridade, daí surgindo os vínculos interpessoais, que estão na origem do fenómeno educativo.

Este processo de aprendizagem, que ocorre em todas as circunstâncias da vida, proporciona experiências significativas, que melhoram a capacidade de lidar com outros e com a realidade em geral.

Consideramos este processo fundamental para a recuperação das crianças.

Assim, pensamos que o programa da Unidade Educativa e Terapêutica do Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano aproxima-se dos conceitos dos autores citados anteriormente, sendo a aplicação da pedagogia hospitalar um processo contínuo e sistemático de acompanhamento do doente, cumprindo objectivos pedagógicos pré-definidos, cujo efeito terapêutico é prolongado.

2.1. EXPRESSÃO PLÁSTICA

Dentro deste âmbito e segundo Alberto B. Sousa (2003; p.163) abordamos expressão salientando três grandes educadores do Século XX, Cecília Menano, Arno Stern e Erico Gonçalves.

Cecília Menano (2003, cit. por Alberto B. Sousa, 2003, pp. 163-164), pedagoga, desenvolve estudos sobre a influência psicológica no desenho e funda a Associação Portuguesa de Educação pela Arte, incrementando "princípios de «bom senso» referente à postura e formato de relacionamento dos profissionais de educação em contexto formal com os seus alunos, através da expressão plástica como "elemento transaccional", fundando uma sabedoria do professor de educação pela plástica.

Os alunos de Arno Ster (2003, cit. por Alberto B. Sousa, 2003, pp. 164) conceberam "atliers" em diferentes instituições da sociedade nomeadamente escolas, centros sociais, hospitais e instituições direccionadas para a cultura, dispersas por vários países.

Arno Ster, "estuda os mecanismos da «Formulação»"(1999, cit. por Alberto B. Sousa, 2003, pp. 164), no seu atelier-laboratório, prosseguindo com uma atenção para interpretar o desenho e a pintura da criança.

Em 1987 cria o Institut de Recherche en Sémiologie de L Éxpression, fazendo investigação sobre a semiologia da expressão. " As faculdades de desenhar desenvolvem-se seguindo um processo programado e não, como

vulgarmente se possa pensar, graças às observações que a criança possa efectuar no meio em que vive" (1987, cit. por Alberto B. Sousa, 2003; pp. 165).

A expressão de cada um diz respeito a si próprio à sua dimensão emocional, social, física e psicológica.

Arno Ster (1991, cit. por Alberto B. Sousa, 2003, pp. 165) cita:

> "A expressão é como um vulcão, algo que brota espontaneamente, algo que vem do interior, das entranhas, do mais profundo ser. Exprimir é tornar-se vulcão. Etimologicamente, é expulsar, exteriorizar sensações, sentimentos, um conjunto de factos emotivos. Exprimir-se significa realizar um acto que não é ditado, nem controlado pela razão."

Eurico Gonçalves tem também uma expressão alargada na nossa sociedade, como formador, professor, pintor e crítico de arte.

Dentro da expressão plástica propomo-nos reflectir sobre as actividades que mais se diferençam, a pintura e o desenho, embora se utilizem técnicas tais como: a modelagem, recortes e colagens. Estas são formas naturais e espontâneas das crianças exteriorizarem as suas emoções, para além de lhes ser familiar o desempenho destas actividades.

A criança quando produz um trabalho fá-lo com o intuito de libertar, consciente ou inconscientemente, aquilo que se passa consigo interiormente sem ter intenção de realizar uma obra de arte, mas autora dos seus actos. " «A criança exprime-se pelo gosto, o som, a palavra e a imagem. O que exprime a criança? Sensações corporais, sentimentos de alegria, tristeza e serenidade, desejos, ideias, curiosidades, experiencias, um conjunto de factos emotivos.»" (1976, cit. por Alberto B. Sousa, 2003, pp. 167).

Para os adultos, os trabalhos de expressão plástica são por vezes mal "avaliados" pela percepção que estes têm da sua realidade vivencial, tecendo por vezes comentários desajustados e inconvenientes. Avalia a obra independentemente do seu conteúdo emocional considerando-a mais desajustada quanto mais nova for a criança, razão pela qual muitas vemos os adultos a "ensinarem" as crianças a desenharem de acordo com os seus padrões de "perfeição".

Julgamos importante que a criança crie, exprima livre e espontaneamente o seu produto através da sua criatividade e imaginação treinando elaborações mentais inerentes à acção, cujo propósito é a exploração continua de ideias e de

imagens sucessivas. Luquet diz relativamente às «transparências» que a criança "está a desenhar aquilo que pensa e não aquilo que vê" (1974, cit. por Alberto B. Sousa, 2003, pp. 170).

Em simultâneo, a forma como a criança associa, relaciona e explora os diferentes materiais, a utilização dos mesmos e seu produto, é igualmente importante porque se trata de um treino de autonomia e independência sendo por isso responsável pelos seus actos e auto-didacta.

Os diferentes graus de importância representativa daquilo que desenha, tal como por exemplo a presença permanente de um elemento referencia, a mãe ou outro indivíduo podem ser significativos para o apoio hospitalar. A criança pode estar apelar presença de uma determinada pessoa que se torna insubstituível para a sua rápida recuperação. Ela revela a rede de interacções relacionais pela sua ordem de preferência.

Desenhar a sua casa ou a escola em grandes dimensões pode significar a saudade que tem do seu espaço, da família ou dos colegas. O tamanho, a harmonia, a consonância daquilo que desenha traduz aquilo que sente. Os desenhos para pintar, previamente formatados, implicam uma acção exclusivamente mecânica onde a expressividade dos sentimentos e a criatividade podem não estar presentes. Neste exercício, não se revela a individualidade de cada um mas um modelo tipificado dirigindo o pensamento da criança.

Em contexto hospitalar julgamos ser muito importante criar condições para que a criança efectue as suas experiências de modo a detectarmos as suas preocupações face à doença, ajudando-a superar o seu mal-estar. Relativamente aos adultos que rodeiam a criança, pensamos que estes devem permitir a expressão sentimental sem a questionar sobre o que faz, porque faz, facilitando o prazer pela realização do seu trabalho evitando a interrupção do pensamento. É necessário criar um espaço, um tempo e um ambiente para que naturalmente se desenvolva actividade. A leitura que o adulto faz do trabalho realizado por uma criança é naturalmente diferente daquela de quem produziu razão pela qual não devemos «ensinar» a desenhar ou construir. Aquilo que a criança produz, não o faz para agradar ao adulto e por isso não se deve sentir constrangia ou com uma sensação de frustração ou incapacidade.

Tal como acontece com o conto, as crianças repetem muitas vezes o mesmo desenho ou pedem para contar a mesma história, o que nem sempre é entendível pelos adultos. Nesta situação, a criança tem necessidade de resolver um problema e não devemos por isso desviar atenção do mesmo para que o possa deliberar. Criar condições para se exprimir é aquilo que parece ser o mais equilibrado para o seu desenvolvimento. É preciso saber a causa da dificuldade para ajudarmos a concertá-la. Executar um trabalho é transmitir à criança uma série de conceitos da adultez para a qual a criança pode não estar preparada, podendo inibir a sua acção, ficando dependente. Mesmo que seja com a melhor das intenções, a interferência do adulto é algo estranho à liberdade de expressão da criança que deve flui livre e espontaneamente sem qualquer "avaliação" crítica.

Relativamente à exposição dos trabalhos realizados pelas crianças, estes não devem ser feitos com a intenção de ajuizar o que quer que seja, ou de o concretizar com o intuito de ser apreciado pelos adultos. «Ao pendurarmos, numa parede, o trabalho de uma criança, pode ser que estejamos desviando, desnecessariamente, a sua atenção da experiencia que realiza, dirigindo-a para o produto final…» (Lowenfeld, 1977, cit. por Alberto B. Sousa, 2003, p. 180).

Não podemos também de deixar de salientar a importância dos trabalhos manuais, tais como: colagens, recortes e outras actividades, que provocam uma descontracção e um bem-estar geral na criança e acompanhantes, reduzindo estados ansiosos.

Através destas diferentes dinâmicas, devemos ajustar os materiais e as técnicas às diferentes faixas etárias permitindo a exteriorização daquilo que a criança sente, cuja finalidade pode ser terapêutica. Alberto B. Sousa cita "Nunca será a técnica que se expressa, mas as emoções e os sentimentos da criança"(2003, p.184) e Lowenfeld acrescenta: " «Concentrar as atenções apenas nos materiais que se usa, ou no desenvolvimento das técnicas especiais das artes plásticas, significa ignorar o facto de que a arte provém do ser humano e não dos materiais»." (1980, cit. por Alberto B. Sousa, 2003, p. 184).

A expressão plástica abordada até aqui enquadra-se na educação holística ou seja na formação pessoal no seu todo, no auto-conhecimento para a evolução de cada ser dentro da arte. A educação artística segundo Alberto B. Sousa (2003, p.61), "actua nas dimensões biológicas, afectivas, cognitivas, sociais e

motoras da personalidade" alargando-se para uma vasta cultura quer a nível das letras, ciências e artes.

A expressão plástica, tal como outras artes permitem uma infinita expressividade cultural e artística que se contrapõem às características actuais da nossa sociedade que demonstra ser consumista, individualista e materialista. É através da arte que o ser humano pode evoluir mentalmente de uma forma livre e independente renovando os seus conhecimentos, reformulando os seus saberes e competências adquiridas.

Num hospital podemos encontrar uma grande quantidade de estímulos que aliciam a criança a estados emocionais desagradáveis, associados à doença. O hospital não é visto socialmente como um espaço de saúde e de bem-estar físico, psicológico e emocional. Por esta razão, e pela nossa experiência, entendemos que um espaço pediátrico deve ser decorado com especificidade para cada local porque, este produz informação que é rapidamente apreendida pelas crianças e acompanhantes, atribuindo-lhe um significado próprio.

A decoração deve criar um ambiente simbólico que dispõe a criança a um bem-estar geral, factor determinante para retirarem daí interpretações pessoais positivas. Os símbolos de uma imagem manifestam formas variadas, objectos, ou palavras evocando realidades ou conceitos distintos dos representados ou expressos.

De acordo com os diferentes espaços a decoração pode ter características próprias para que possa relaxar e descontrair a criança e acompanhantes. Relativamente às pinturas executadas, num espaço pediátrico, quer sejam nas paredes ou nos tectos têm objectivos pedagógicos específicos, porque "induzem" a experiências, alusivas ao mundo mágico infantil, tornando o espaço colorido, acolhedor e familiar.

A localização da decoração deve ser atractiva, apropriada e com conteúdos particulares para cada local. No internamento, entendemos que os tectos devem ser pintados, em vez das paredes, porque a criança quando está deitada olha para frente sendo coincidente o olhar com o tecto. Aliás, o facto de estar pintado o tecto, algo que não é habitual, atrai rapidamente atenção da criança, transportando-a para a fantasia, distraindo-a.

A sala onde se desenvolvem as actividades pedagógicas pode ser decorada pelas próprias crianças, para que outros observem o seu trabalho

admirando-o, elogiando-o, aumentando a sua auto-estima. Para além disso, desperta a atenção dos novos colegas para a realização de novas actividades. Nos corredores, salas de espera da consulta externa, a decoração pode ser feita nas paredes, para melhor visualização, uma vez que a criança está de pé ou sentada.

As imagens pintadas nestes espaços também constituem um permanente desafio à imaginação infantil. A mistura de personagens conhecidas das histórias tradicionais, com outras, leva as crianças para novas interpretações que induzem à exteriorização de sentimentos e emoções. Criam um ambiente afável e humanizado podendo ser instrumentos de efeito terapêutico, associando determinadas imagens com experiências marcantes de vida. Despertam a curiosidade da criança e o interesse pela descoberta, facilitando a adaptação ao meio hospitalar. São geradoras de sintonia com o mundo interior da criança, disponibilizam-na para comunicar, pacificam o ambiente e promovem bem-estar. Estimulam a criatividade e a imaginação para realização de novas histórias criando novos “cenários”, ou seja transportam o mundo da realidade em ficção.

Em salas de tratamento, tanto os tectos como as paredes podem igualmente estar decoradas com especificidades, para que qualquer técnico possa valer-se da pintura para poder tratar da criança.

Usar personagens míticas em cenas típicas da vida hospitalar, levam as crianças a procurarem, evocarem e reformularem os seus saberes espontâneos e crenças referentes ao meio hospitalar, para além de criar momentos de diálogo entre os acompanhantes e clínicos sobre o significado das imagens. As pinturas reduzem a ansiedade sobre os procedimentos hospitalares e disponibilizam aos clínicos temas de comunicação interessantes para a criança. São elementos de qualidade que servem de mediadores dos ambientes vivenciados pelas crianças, acompanhantes e técnicos.

O conjunto de imagens propositadamente variadas e dispersas, pelos diferentes espaços pediátricos, dissimula os objectos e instrumentos de intervenção terapêutica atraindo a atenção da criança para um cenário colorido.

As pinturas podem compensar e atenuar a dor inerente à própria doença, proporcionando momentos de prazer, desenvolvendo um estado emocional benéfico entre todos, de modo a favorecer a auto-estima e a evitar a depressão,

permitindo a projecção da criança nas personagens e acontecimentos da imagem/história de forma a gerir emoções positivas.

Referimos também que a decoração, pode constituir uma forma de expressão, estando de acordo com as diferentes faixas etárias, o tipo de patologia, o tempo de internamento, para que a criança ou jovem adolescente possam identificar-se com o espaço físico e os materiais disponíveis.

Os comentários das crianças que iremos apresentar provam o efeito positivo da decoração que efectuámos no Serviço de Pediatria.

Enquanto a artista pintava um extra-terrestre, na sala de tratamentos, junto a um telefone que está fixado na parede, uma criança que chegou durante a noite disse: ”Os extra-terrestres são mais avançados do que esses que pintaste. Têm telemóveis não têm telefones antigos”.

A criança olhou para o palhaço pintado e disse à artista: ”Olha que esse palhaço que estás a pintar vai cair e vai ficar cá no hospital”

Entre outras expressões deixamos mais duas citações:

- “Mãe, olha que giro…é um ratinho escondido”
- “Um menino, dois meninos, três meninos, vão todos para o circo!”

Todos os relatos registados decorreram enquanto as pinturas se realizavam. Muitas crianças ao verem as paredes a serem pintadas estavam expectantes, à descoberta do que ia aparecer, era algo “mágico”, o que prova a importância da decoração.

2.2. EXPRESSÃO DRAMÁTICA

A expressão dramática existe há vários séculos. Na educação, assim como no teatro, a «expressão dramática» é muitas vezes utilizada. Segundo Alberto B. Sousa (2002, p.15) o termo «expressão» provêm do latim «expressione», que significa “ extrair o suco, fazer, sair, brotar, estando estritamente ligada à manifestação das emoções (expressão de dor e alegria).”

Na bibliografia Inglesa «drama» pode também estar associado ao «jogo dramático».

Peter Slade distingue drama infantil e drama educacional (1954, cit. por Alberto B. Sousa, 2003, p.19). O drama infantil parte da criança de uma forma espontânea e o drama educacional é uma plano orientado pelo educador com determinados objectivos.

Por sua vez, H. Read, diz que a expressão dramática é importante para todas as faixas etárias. É uma forma de educar pela arte e "é um método fundamental da educação do futuro…"

João Mota (1985, cit. por Alberto B. Sousa, 2003, p.21), refere que "falar de expressão dramática é falar do eu e do eu partir para os outros…". Cita ainda que é através da expressão dramática que se extraem os disfarces, " estabelecendo-se o equilíbrio entre o mundo exterior e o mundo interior, ou seja é harmonizar a vida social e a essência do homem…"

Slade Peter (1954, cit. por Alberto B. Sousa, 2003, p.30), refere diversas características da educação no drama na infância, tais como: a ligação entre a acção física, mental e emocional consumindo toda a energia de um indivíduo dando vida à expressão; uma forma espontânea de expressar a verbalização e a oralidade. Proporciona trabalho de grupo sendo uma experiência emocional gratificante e disciplinada. O drama proporciona vivências que permitem ao indivíduo desenvolver diferentes papéis, descentrando a atenção das suas preocupações. Como tal pode funcionar como suprimento de proibição e inibições.

Alberto B. Sousa (2003, p.37), depois de analisar diversos autores que abordaram a expressão dramática, resume as características da mesma frisando que esta beneficia todas as idades, níveis sociais e académicos criando uma relação afectiva entre os intervenientes. A sua base abrange todas as disciplinas adoptando o que há de melhor em cada doutrina filosófica o que leva o professor da expressão dramática ou o professor de ensino a possuir uma formação específica, embora distinta. Tem componentes fundamentais tais como a expressão, imaginação e criação considera-a preventiva, pré-terapêutica de problemas psicológicos e centrada no paciente.

O mesmo autor, diz ainda que a metodologia de expressão dramática não tem propósitos teóricos ou práticos. É orientada pelo desenvolvimento da personalidade de cada criança, sendo uma actividade de carácter educativo, cujas raízes estão no jogo de faz-de-conta e não no teatro. A expressão

dramática é uma técnica não directiva realizar-se através da ficção e do imaginário.

Dentro das expressões a criança no seu dia-a-dia a criança a improvisa diversas situações sem necessitar de um guião ou de alguém que a oriente. Responde ao que lhe for surgindo como resultado da sua própria criação e acção. Expressa emoções, torna-se criativa, vivenciando livremente a sua imaginação. Mesmo em circunstâncias dramáticas é capaz de improvisar resolvendo os problemas com que se depara. No entanto, quando as crianças representam, sem texto escrito, falamos em dramatizar, onde existe um trabalho de conjunto com uma preparação prévia e elaborada. Têm total liberdade para escolherem a história, interpretando-a e representando-a como quiserem.

Em contrapartida, quando uma criança brinca ao faz-de-conta, desempenhando um papel, está a vivenciar, com emoção, um acontecimento como se fosse real. Expressa aquilo que sente na realização do acto em si, cujos sentimentos podem ser de satisfação, de prazer ou de angústia e mal-estar. Se desempenhar o mesmo papel, numa situação de teatro, cujo texto é decorado, a criança está a representar (sem improvisação.)

Todas as crianças vivem acontecimentos dramáticos na sua história de vida. A morte de um familiar, do seu animal favorito, estar doente. Estas circunstâncias são penosas e envolvem dor e sofrimento.

Alberto B. Sousa (2003, p.39), cita ainda objectivos da expressão dramática. Ajudar as crianças a educarem-se a si próprias, satisfazendo algumas necessidades actuais relacionadas com a exteriorização dos sentimentos, “a criatividade, ludismo, desempenho de papéis, evasão pela ficção, catarse, aberração, compensação, sublimação.”

Segundo Alberto B. Sousa (2003, p.77) diz que “Theatron” tem a sua origem do grego e “Theatru” do latim. De acordo com a Enciclopédia Lello Universal (1979), os significados são diferentes. Um, relaciona-se com o local onde se desenrola a obra. O outro como expressão de obra de arte.

No final do renascimento, o teatro inclui-se ao nível da pedagogia, assim como as artes são incluídas na educação. Na primeira metade do século XX, desenvolvem-se técnicas de representação facilitando a entrada do teatro na educação. Começa-se a introduzir a improvisação e a participação dos

espectadores e a personalidade do actor passa a ser indispensável no papel que desempenha.

O russo, (s/d, cit. por Alberto B. Sousa, 2003, p.80), cria uma concepção metodológica cuja formação dos actores assenta nas características da sua personalidade. O actor, recebe uma quantidade de informação psicológica e social sendo-lhe solicitado o desempenho de um papel, sentindo-se nele. Esta metodologia é composta pela «metapsicologia», que já descrevemos e pela «memória emocional» onde se pretende que o actor desempenhe emoções idênticas às vividas na sua história de vida.

Diz ainda, que o "conteúdo psicológico dos papéis, para um naturalismo emocional, para uma auto-análise dos sentimentos e para um reviver ab-reactivo das emoções" deram um grande contributo dentro da expressão dramática como método educativo para abordar as emoções.

Em contrapartida Berthold Brecht (s/d, cit. por Alberto B. Sousa, 2003, p.80), discorda com o naturalismo de Constantin Stanislavsky afirmando que as técnicas teatrais são mais importantes porque "vêm influenciar o teatro na educação em relação aos aspectos do processo de identificação com os papeis desempenhados, ao uso de uma situação em palco e espectadores, bem como ao recurso do guarda-roupa e acessórios de cena…"

Antonin Arnaud (s/d, cit. por Alberto B. Sousa, 2003, p.80), apresenta um outro conceito que tem por base o "desempenho teatral nas teorias psicodinâmicas do inconsciente." Expõem a teoria da "somatognosia (percepção mental do corpo, das suas posições e movimentos), da expressão das emoções através do gesto e da comunicação não verbal destas expressões…" Este pensamento considera-os importantes para a expressão dramática.

É nos anos cinquenta que o teatro começa a chegar a todas as camadas sociais, deixa de ser elitista e integra-se com espectáculos nas escolas, fábricas, hospitais e outras instituições da sociedade. O teatro, como muitas outras formas de arte, passa a ser aproveitado pedagogicamente pelas escolas. Existe o teatro para as crianças cujo papel desempenhado é de espectadores ou o teatro com as crianças. Estas podem participar como actores criativos, trabalhando em cooperação e interajuda, exprimindo e despertando o gosto e a sensibilidade de uma forma de arte, com valor educativo.

Em contexto hospitalar, contactamos que a criança brinca ao faz-de-conta, ou representa um actor. Dentro do seu micro e meso universos pediátricos, o faz-de-conta é um momento lúdico muito importante para a criança porque pode exteriorizar as suas emoções. Tem a oportunidade de vivenciar situações relacionadas com as experiências hospitalares (ou outras) o que lhe permite interiorizar melhor aquilo que a rodeia. Desenvolve a imaginação, a fantasia, brincando, desempenhando mentalmente, diversos papéis de uma forma livre, espontânea e com prazer. A criança não tem público para as suas emoções, vive-as para si. É o mundo da ilusão, na qual a criança brinca com seriedade, abstraindo-se da realidade. É soberana, satisfaz todos seus desejos e necessidades, desenvolve a sua personalidade e reforça as suas competências e potencialidades.

A representação teatral é igualmente importante, porque permite às crianças seleccionarem um texto de seu agrado, trabalhando em equipa com outros colegas, familiares e técnicos do serviço. Quando possível, este trabalho também pode ser realizado, dentro de um macro-universo, interagindo com o exterior, com os colegas de escola, criando-se um espaço de encontro e de diálogo. A transmissão de saberes circula dentro e fora do contexto meramente hospitalar. Adquirem-se conhecimentos e aprendizagens valorativas, inesperadas, em constante mudança e inesquecíveis para todos os participantes. O espectáculo terá comunicação, encenação, o desempenho de papéis fictícios e um público que irá fortalecer a auto-estima dos actores. Desta forma o doente torna-se activo, em constante desenvolvimento, sem centrar atenção na sua doença.

Julgamos, importante a criação de um ambiente afável onde exista disponibilidade para apoiar iniciativas relacionadas com a dramatização. Cada criança ou jovem adolescente sabe optar, por brincar ao faz-de-conta, ou representar, de acordo com as suas necessidades e da sua faixa etária. O principal objectivo é educar através da expressão dramática, aprendendo a expressar livremente os seus desejos, sentimentos, e preocupações.

Ainda no domínio da expressão dramática pode ser integrado o conto. As histórias são contadas de geração em geração, ao longo dos séculos e em todas as sociedades com diferentes culturas, crenças hábitos, e costumes. São formas de expressão, quer do contador, quer do ouvinte. Levantam questões

relacionadas com problemas de diversa natureza, que tocam a cada leitor ou ouvinte, razão pela qual não são esquecidas ou ignoradas. São necessárias e imprescindíveis para qualquer faixa etária.

Para as crianças que ainda não aprenderam a ler, o contador de histórias pode escolher histórias que as atraiam, motivando-as para as aprendizagens significativas, com um valor formativo, em função de um fim que pretende atingir. Para os leitores, este objectivo mantêm-se, para que a leitura não seja apenas de carácter obrigatório dentro do sistema educativo. Variar o tipo de leitura engrandece o vocabulário, a interpretação de textos favorece o interesse pela escrita, pela comunicação, informação, adquirindo novos conhecimentos, transformando-os. Importa criar, manter o interesse e o gosto pela leitura, estando atento às características e solicitações de cada criança.

O texto da história e as próprias imagens devem ser possuir um carácter de aprendizagem com significado pessoal, sendo atractivos, enriquecendo a vida das crianças. O resultado de uma história deve ser agradável podendo ajudar o jovem leitor ou ouvidor a compreender o mundo que o rodeia.

Em contexto hospitalar, as histórias infantis ajudam a criança a desenvolver a sua imaginação de modo a confrontar o seu mundo de ficção com a realidade, cujo objectivo é desenvolver competências para aprender a regular e clarificar diferentes estados emocionais adquirindo atitudes positivas, face à diversidade de situações.

Pela nossa experiência, através da “hora do conto” julgamos que as histórias devem referenciar experiências de vida, proporcionar a exteriorização de sentimentos e emoções referentes à situação em que a criança se encontra, reduzir a ansiedade e stress da criança e acompanhantes. Devem transmitir segurança e protecção perante perigos imaginários resolvendo, por vezes, sentimentos de culpa (por exemplo, eu não comi por isso é que fiquei doente).

Margot Sunderland (2000, p.54), afirma que uma criança que expressa as suas preocupações pode fazê-lo inconscientemente através de um comportamento anti-social, razão pela qual devemos estar atentos à conduta de cada criança.

Fomentar a relação de proximidade entre as crianças e familiares, reforçando os laços de amizade já existentes, proporciona ocasiões para fortalecer os vínculos afectivos. Para além disso, as histórias estimulam o diálogo

entre as crianças e adultos presentes, proporcionam a realização de novas histórias fortificando as competências adquiridas, e mantêm a criança activa, contribuindo para a integração de novos grupos. Fomentam a criatividade, curiosidade e imaginação, contribuem para aumentar o gosto pela aprendizagem, permite a libertação energias acumuladas, incentiva a autonomia e independência, reduzindo défices escolares e culturais.

Propiciar a relação e intervenção de todos os elementos da equipa pedagógica, sinalizando a vitalidade do doente permite demonstrar que a vida continua após a doença, compensando e atenuando a dor inerente à própria doença.

Proporcionar momentos de prazer, permitem a projecção da criança nos personagens e acontecimentos da história, permitindo a consciencialização das suas próprias emoções, ampliando o horizonte existencial, fornecendo novas perspectivas de resolução dos problemas quotidianos.

O apoio pedagógico das histórias depende de vários factores que passamos a descrever: as reacções que as crianças manifestam, o realce que o contador for capaz de gerar ao relatar a história, através de pausas, gestos, expressões faciais que ajudam a criança a recriar na sua fantasia interior, o ambiente emocional das personagens (“faz de conta”), o modo como estes enfrentam e resolvem os incidentes que acontecem ao longo da história, gerando na criança sentimentos idênticos ao dos heróis. A partilha que as figuras de referência (família) para conseguirem estabelecer uma relação de segurança e estabilidade com a criança, durante ou após a “hora do conto”, a intensidade com que o “contador” conseguir realçar as emoções dos personagens levam as crianças a envolver-se na história, tirando benefícios da mesma. No entanto, pode ser aconselhável que haja sintonia dos personagens com as suas angústias, para que a criança possa rever-se em situações vivenciadas.

As componentes empáticas da história dependem da escolha do tema. É importante que os personagens passem por dificuldades na sua vida, sabendo que têm o apoio dos amigos para resolver os problemas com que se confrontam e que a história tenha um final feliz para que tudo termine bem. No entanto, a história pode acabar em aberto dando a possibilidade à criança de encontrar o seu fim. A participação da mesma na narrativa, proporciona a projecção dos seus gostos, sentimentos e soluções em cada momento difícil, que cada personagem

vive. No decorrer da história deve haver momentos de estabilidade e instabilidade e sempre que a criança pedir para repetir a história pressupõem-se que existe algum problema que ainda não conseguiu resolver.

Enquanto estiver em conflito interno ela é perseverante e só se interessará por novas histórias quando ultrapassar os referidos conflitos. Em contrapartida, a repetição da história pode funcionar como uma mais-valia porque pode ajudar a criança no seu processo de desenvolvimento pessoal, ensinando-a a vencer etapas da sua vivência hospitalar e da sua história de vida.

Bruno Bettelheim (1975, p.118) afirma que a criança tem necessidade de esclarecer um pormenor mal entendido dando-lhe um maior significado com outro sentido. Aliar música, lenga-lengas, mímica ou outras actuações que intensifiquem a comunicação não verbal entre todos os presentes, levam a criança a sentir-se envolvida por sentimentos de coesão e força colectiva. É fundamental que contenha “momentos” em que as “palavras” e “actos” propiciem trabalhos relacionados com as expressões e também o uso das novas tecnologias, cujo objectivo é interiorizar e sedimentar as vivências experimentadas. O contador deve despedir-se de todos de uma forma amável, em nome das personagens da sua história, pela ajuda que elas lhes deram e que irão ajudar cada criança, com segurança, em futuras aventuras.

Bruno Bettelheim (1975, p.84), diz que é muito importante que as histórias sejam contadas pelos pais aos filhos porque é uma forma que o progenitor tem de demonstrar a importância das suas experiências interiores que se revêm nesses contos. Esta é uma forma de testemunhar à criança um sentimento. Se as experiências do pai foram significativas, para o filho também o serão.

(Parte deste texto foi elaborado enquanto Coordenadora do Norte da Hora do Conto da Fundação do Gil, em conjunto com o Dr. Afonso Magalhães.)

2.3. EXPRESSÃO MUSICAL

Segundo o grande dicionário de língua portuguesa de José Pedro Machado (1991, volume IV, p.265), a palavra música vem do grego mousike. “É arte e ciência de combinar os sons de maneira agradável ao ouvido.” A palavra terapia vem do grego terapeûos e quer dizer: «parte da medicina que ensina os preceitos

e remédios para o tratamento e cura das doenças». Associando os dois conceitos, consideramos que a música pode ter um efeito terapêutico no acompanhamento das crianças hospitalizadas.

A música, é uma linguagem universal acessível directamente através da percepção auditiva. Tem o poder mágico de transformar estados emocionais, qualquer que seja a configuração ideológica do ouvinte ou do produtor musical. Devido ao seu universal poder de comunicação, a música tem uma vitalidade própria, que abrange pessoas de todos os sexos, raças, idades, religiões, nacionalidades. É multilingue, porque pode ser compreendida, por intuição, por todas as pessoas.

Desde muito cedo, durante a gestação o feto está sujeito a fenómenos sonoros, acústicos, vibracionais de movimento e de comunicação com a mãe. Tomatis (cit.por Don Campbell, p.41), desenvolveu estudos na área da embriologia onde pode demonstrar que a voz da mãe serve de cordão umbilical sonoro ao seu filho, desenvolvendo uma técnica chamada o Renascimento Sonoro " no qual são filtrados sons uterinos simulados para tratar deficiências de audição e distúrbios emocionais".

Ibidem, comprovou também que o feto ouve e descobre que o "ouvido começa a desenvolver-se na décima semana da gestação e é funcional aos quatro meses e meio". É capaz de produzir sons internos e externos. Os internos são batimento cardíaco, a respiração, a expiração, os ruídos intestinais, os movimentos musculares, etc. Os externos são: laringe, braços, pernas, mãos, pés dedos, língua, etc. os quais se podem converter em instrumentos musicais.

Para aproveitamento destas diferentes sonoridades é indispensável uma grande disponibilidade para ouvir e uma verdadeira aprendizagem da escuta activa por parte do ouvinte. Esta aprendizagem permite à criança uma aquisição de habilidades mais complexas. Nas relações que mantemos com os outros, escutamos. Ao escutar bem, seleccionamos e filtramos todos os sons que nos rodeiam. Apuramos uma atenção selectiva, recordando e respondendo à interpelação dos sons e dos ritmos.

Durante o internamento, a criança toma contacto com uma gama alargada de sinais sonoros provenientes dos diversos ritmos da vida hospitalar e dos equipamentos usados nos tratamentos e operações de diagnóstico. A maior parte destes sinais são-lhe totalmente desconhecidos ou pouco habituais na sua

vida quotidiana. Por esse motivo, tem alguma dificuldade em interpretá-los e associá-los aos diversos acontecimentos da vida hospitalar. Pelo decurso das suas experiências neste contexto específico, vai identificando alguns sons referentes à hospitalização, tais como por exemplo: o bater da porta da entrada, associando às visitas, os aparelhos de administração de terapêutica associados a tratamentos diversos, o choro de um amigo podendo antecipar as situações que lhe dizem respeito e em que se verá envolvida.

Todas as vivências do internamento possuem um tempo, um ritmo, uma forma e uma dinâmica próprias. São elementos não consciencializados que poderão ser utilizados para apoio e sensibilização do doente na sua recuperação, ou seja: podemos reconvertê-los em espaços musicais e terapêuticos.

Para além disso, o reconhecimento de novos fenómenos sonoros hospitalares pode favorecer as relações entre as pessoas redescobrindo novas formas de comunicação e convivência.

Sabendo que a fragilidade corporal origina uma atenção acrescida da pessoa sobre si mesma e uma maior vulnerabilidade às ameaças exteriores, é fácil de entender que a doença afecta negativamente a capacidade de escutar e, concomitantemente, origina dificuldades quer nas relações pessoais, quer nas familiares ou de trabalho. Espera-se que a introdução da música no contexto da vida hospitalar contribua para amenizar a irritabilidade própria da doença e propicie um ambiente de distensão que melhore a disponibilidade interna de atenção aos outros e à fluência da comunicação, em geral.

Neste âmbito, muito depende da atenção e da sensibilidade que os técnicos envolvidos manifestem para este âmbito do processo terapêutico.

Comunicar com a criança, informando-a sobre o seu estado de saúde, fazendo-a sentir que também pode ser co-decisora no seu tratamento, ajuda-a a transformar as sonoridades do contexto hospitalar em sons agradáveis, apreciando de forma positiva e lúdica as sonoridades captadas.

As crianças hospitalizadas, encontram-se num meio hostil, ou pelo menos, diferente daquele em que habitualmente se movimentam reagindo, num primeiro momento, de forma negativa, pois não conhecem os ritmos diários nem as relações interpessoais e, por isso, estão naturalmente sensíveis a todos os sons que as rodeiam e interpretam-nos de uma forma negativa. Por vezes, entoam

sons correspondentes à dor emocional e não física como forma de alívio e de libertar sentimentos. Dr. Paul J. Moses citou: «cada emoção tem a sua expressão vocal».

Don Camplell (2002, p.36) citou: “no Hospital Saint Agnes, de Baltimore, os doentes da Unidade de Cuidados intensivos ouvem música clássica”. Raymond Bahr(s/t, cit. por Don Camplell, p. 36), Director da Unidade Coronária menciona que «Meia hora de música clássica produz o mesmo efeito que dez miligramas de Valium».

A música não por ser interpretada e sentida como um sinal de ruído. Investigações realizadas na Escola de Medicina do Wisconsin apontam que auriculares para a diminuição do ruído poderão apressar a cura dos doentes (2000, cit por Don Campbell, p.66). Mas, a música também pode também funcionar como um auxiliar de comunicação. É um elemento essencial durante o processo de internamento. As relações estabelecidas entre as pessoas podem aproximar e reforçar os apoios sociais, psicológicos e afectivos. As deficiências nos canais de comunicação limitam a rede de apoios sociais do doente, isolando-o e desintegrando-o da sua experiência de vida anterior.

Os técnicos de saúde poderão valer-se das possibilidades do contexto musical para tornar a comunicação fácil, acessível adaptando-a a cada doente, detectando diversas perturbações que podem afectar a saúde global da criança.

A música tem o poder de abrir canais de comunicação e constitui uma força motriz nas relações humanas. As intervenções do músico, poderão ser dirigidas para a autonomia, socialização, comunicação e ocupação da criança para favorecer o seu desenvolvimento global e de toda a sua personalidade, ou seja orienta-se para os aspectos cognitivos, motores, afectivos, sociais e psicológicos.

Neste âmbito desejamos que a música como terapia, possa atingir os seguintes objectivos:

- aumente e reforce as relações entre crianças e educadores;
- sensibilize as crianças para a música;
- desenvolva a capacidade de escuta, melhorando a atenção ao “outro” e a comunicação interpessoal:
- estimule as aprendizagens relacionadas com a educação musical;

- ocupe os tempos livres;
- estimule a criatividade e viabilize as expressões emocionais;
- diminua os medos associados ao próprio internamento, o stress e ansiedade que este ocasiona;
- incentive os pais a participar, juntamente com a criança de uma forma activa e assertiva;
- ensine a criança a ter tempo para pensar, reflectir e contemplar.

Don Campbell (2002, sp) acrescenta “um remédio para o corpo, a mente e a alma, o efeito de Mozart, que:

- estimula aprendizagem e a memória;
- tem um papel salutar no tratamento de acidentes vasculares cerebrais, demência, traumatismos cranianos, e dores crónicas;
- reduz o numero de crises epilépticas;
- ajudar a reduzir a tensão arterial;
- proporciona bons resultados terapêuticos de problemas de audição, autismo, perturbações de défice de atenção, dificuldades de aprendizagem e outras perturbações de processamento sensorial;
- é um auxiliar de sucesso na toxicodependência, enxaquecas, dislexia e muitas outras doenças comuns;
- fortalece a capacidade de concentração;
- impulsiona a criatividade em pessoas de todas as idades.

Estes objectivos promovem um ensino-aprendizagem de uma forma lúdica, de forma a reforçar as competências e potenciar o desenvolvimento das capacidades infantis, favorecendo momentos de criatividade, sociabilização e cooperação.

As estratégias de acção podem ser variadas. Se o internamento for programado, o músico pode apresentar material multimédia informativo, acompanhado de música variadas, que deverá ser entregue na última consulta antes do internamento, informando a criança e os acompanhantes sobre o que é um internamento. Para além disso pode ser pedido às crianças que tragam as suas músicas favoritas que os acompanharão durante todo o processo de hospitalização. A música auxilia as crianças nos procedimentos terapêuticos, na

consulta médica, na ida para o bloco operatório ouvindo música até ao momento da operação, sendo esta colocada novamente ao “acordar”.

Se o internamento for inesperado, os técnicos podem informar-se sobre as preferências musicais das crianças, para que estas possam usufruir de um bem-estar pessoal.

Todos nós gostamos de ouvir música. Escolhemos uma determinada música de acordo como nos sentimos e esta consegue afectar-nos emocionalmente. A música tem uma linguagem que não precisa de ser racional ou lógica é somente sentida com ritmo e com uma certa harmonia. Acreditamos que tem o poder de reequilibrar o indivíduo, cria e gera um ambiente de bem-estar colectivo, juntando as pessoas com um sentimento de interacção colectiva muito forte, de pertença e identidade. Transforma o grupo, demonstrando à criança hospitalizada que não está sozinha. Por exemplo, ao darmos um instrumento musical às crianças permite-lhes produzir sons, activando-os, reforçando as suas potencialidades, tornando-os activos, cujas emoções são benéficas. O mesmo se procede com os acompanhantes.

De uma forma geral, actualmente as crianças e os jovens vivem numa sociedade individualista, consumista cujo facilitismo e gozo do imediato influenciam a sua educação e formação.

A quantidade de estímulos e solicitações que recebem desde a nascença mudam constantemente os ritmos de vida e por vezes, dificultam o poder de atenção, concentração e raciocínio. Para além disso a sociedade dispõem de informação (Internet) variada e acessível, mas nem sempre ensina as crianças a crescerem como pessoas (crescimento psicológico e emocional), através de um contacto social próximo, contribuindo para uma boa qualidade de vida.

A música que as crianças e os jovens ouvem caracteriza-os. Por exemplo: a música Rap é uma forma de expressar aquilo que se passa na sociedade descrevendo as suas vivências quotidianas. Este tipo de música, cujas letras nem sempre são aceites socialmente, permitem a exteriorização da opinião, das crianças e jovens, dos problemas que os rodeiam e do mundo.

A música rock, assim como em geral a música pesada e ruidosa não é calmante, mas, em contrapartida, pode contribuir para a libertação de tensões e frustrações, desinibindo a criança. Se associada à expressão corporal,

nomeadamente à dança, instiga ao movimento, activando a expressão corporal e a empatia emocional.

O músico, respeitando os gostos musicais e preferências das crianças, pode ensiná-las a ouvir e dar sentido a outras formas musicais, diversificando os seus padrões musicais e formas de expressão lúdica e artística. Sempre que possível pode ensinar as crianças a ouvirem outros estilos musicais e a adquirir novas preferências. Ensinar e motivar a "compor" é uma boa estratégia para a revelação de estados emocionais, ao conhecimento da sua experiência interior e à descoberta das próprias potencialidades, o que se torna, naturalmente, terapêutico.

Segundo Campbell (2000, pp.113,114) diferentes músicas produzem diversos efeitos num indivíduo. Por exemplo "O canto gregoriano usa ritmos da respiração natural para criar uma sensação de espaço relaxante. É excelente para o estudo tranquilo e meditação e pode reduzir o stress." Em contrapartida "Heavy metal, punk, rap, hip hop e grunge podem excitar o sistema nervoso, conduzindo ao comportamento dinâmico e expressão pessoal."

De acordo com a diversidade de músicas existentes e tendo consciência que a competitividade da actual sociedade que nem sempre valoriza hábitos culturais e estilos de vida saudáveis, as crianças necessitam que lhes seja incutido um pensamento aberto e curioso de modo a procurar informação, com um espírito critico e construtivo, cujo contributo da música poderá ser uma mais-valia enriquecedora para os objectivos citados.

Sabemos que desde muito cedo que as crianças ouvem as suas famílias a cantarolar para comerem, dormirem ou simplesmente comunicar de uma forma livre e espontânea. Naturalmente esta é uma forma de se aproximarem criando relações mais íntimas e referenciais.

A voz da pessoa que canta, o contacto físico, a correspondência que se estabelece, de quem ouve e canta, nas expressões e olhares, provocam e desencadeiam uma riqueza emocional que não se pode comparar com a música ouvida pela rádio ou cantada por alguém desconhecido. Associar a música a uma determinada vivência, a hora da alimentação ou um tratamento específico, pode favorecer e reforçar as relações entre as pessoas e provocar uma emoção desejada, por exemplo, quanto mais lenta é uma música mais relaxante se torna,

quanto mais elevado estiver o volume maior é a excitação da criança inibindo relações de proximidade.

Diferentes instrumentos musicais podem encaminhar a momentos mais relaxantes ou mais irritáveis. Através da voz e expressões faciais comunicamos as nossas emoções: tristeza, alegria, etc. Todas estas variantes podem ser contempladas num internamento porque influenciam a vivência e postura da criança face à doença, para além de poder abranger várias culturas, hábitos e costumes.

A música pode ser um catalisador de emoções que nos pode ser útil para avaliarmos o estado de saúde psicológica da criança internada, ou poderá servir de apoio aos técnicos para alterar estados emocionais dependendo dos objectivos terapêuticos que pretendemos atingir.

Pretendemos assim, que a criança através da música produzida por ela própria, podendo utilizar a voz, o corpo, ou através de objectos para exteriorizar o que sente, possa obter uma sensação positiva provocada naquele momento ou reviver uma emoção agradável vivida noutro momento. A voz, por sua vez, transmite a imagem que cada um tem de si próprio: os receios, ansiedade, os medos inerentes à própria hospitalização, razão pela qual é extremamente importante estarmos atentos à sua entoação.

Em síntese, com a música pretendemos que a criança transforme os estados emocionais inibidores em benéficos, e que seja um canal de comunicação entre as pessoas presentes, unindo-as, de forma apoiarem-se nos momentos menos agradáveis, minimizando a ansiedade e dor associadas.

2.4. RELAXAMENTO ATRAVÉS DA MASSAGEM

Foi fundada a Associação Internacional de Massagem Infantil (I.A.I.M.) por Vimala McClure, em 1986. O objcetivo desta Associação tem como missão “promover o “toque” e a comunicação, através de cursos educação e investigação para os pais e educadores de crianças valorizarem o “toque” nas diferentes comunidades mundiais.” (Esta declaração, sobre a missão da IAIM, foi redigida num trabalho colectivo, no decurso da primeira Assembleia Geral da IAIM, organizada em Orlando, na Florida, em 1992).

Definimos como massagem, o conjunto de técnicas aplicadas com as mãos, sobre a pele, com finalidades terapêuticas, que permitem melhorar as condições físicas, psicológicas, sociais e emocionais das crianças dando uma sensação de bem-estar e prazer. As massagens terapêuticas são uma prática de prevenção e intervenção na doença infantil. Dentro deste âmbito pretendemos criar um bem-estar geral da criança reforçando os vínculos afectivos entre pais e filhos, partilhando e aumentando a intimidade, confiança e respeito que se estabelece através do contacto físico.

Julgamos que a massagem tem dois objectivos distintos. O efeito que esta origina e a relação que se estabelece com a massagista. Através da massagem infantil pretende-se que a criança se sinta relaxada, amada, ou seja, que adquira vínculos emocionais contribuindo para o seu equilíbrio. Esta é uma forma dos pais aprenderem a comunicar com os seus filhos, estabelecendo uma relação de confiança e segurança ao cuidar da criança. A comunicação é determinante neste processo de aprendizagem e conhecimento mútuo. Tal como diz Schneider Vimala (2007, p.5) “Para un bebé, el masaje es algo más que una experiencia lúdica, sensual o un tipo de terapia fisica. “

A quantidade de estímulos que as crianças recebem, desde que nascem, estimula-as para mudanças constantes dificultando, muitas vezes, o poder de comunicação, concentração e de análise de problemas. As crianças precisam de tempo para consolidar a sua personalidade, aprendendo.

Com os bebés, as aprendizagens fazem-se através de comunicação, da relação que se cria com os pais. Esta é a primeira via de contacto entre os bebés recém-nascidos e os seus cuidadores. É através da comunicação e do toque que se estabelecem as primeiras ligações afectivas, tal como referem Klaus e Kennel (1993) a criação de laços afectivos diz somente respeito a uma relação exclusiva entre duas pessoas que podem permanecer por tempo indeterminado. Os abraços, os beijos, o olhar são indicadores de vínculos afectivos. O nível de estruturação das relações estabelecidas entre os prestadores de cuidados e o bebé são determinantes para o desenvolvimento da criança e afectam de uma forma significativa as relações que esta estabelece com o meio ao longo da sua vida.

A criação de laços afectivos, o toque, a comunicação e todo o sistema interactivo entre pais e filhos promove o crescimento e fortalecimento emocional.

A massagem é naturalmente um momento de conforto e prazer, onde podemos promover a reciprocidade de afectos.

A ausência de ligações afectivas pode apresentar diversos transtornos comportamentais, tornando-se a vinculação ansiosa o que resulta numa insegurança e falta de confiança da criança, face aos outros. Ambientes de grande tensão emocional em que a criança não recebe amor, afecto ou atenção proporcionam factores de risco mais elevado gerando uma alteração relacional. O contacto, físico, ocular e a voz entre pais e filhos, são determinantes para a criança diminuir a sua agitação, cujas técnicas de massagem poderão ser muitos importantes para a descontracção.

A partilha observável e quantificável das relações estabelecidas descreve-se como apego, ou seja é um laço que impulsiona o cuidador e a criança a manterem-se juntos num espaço, durante um determinado tempo. A proximidade da criança à pessoa de apego, permiti-lhe o contacto físico e comunicação a uma certa distância, podendo sentir-se seguro na ausência do adulto.

> "Vimala Schneider (2007, p.38) diz que "entre los elementos importantes que ayudan a crear un vinculo entre padres e hijos cabe citar el contacto ocular, el contacto cutáneo, la voz del progenitor y la respuesta del niño, la activación de las hormonas maternas y paternas por el contacto con el niño, la regulación de la temperatura y las bacterias e anticuerpos inmunizantes que pasan al pequeño gracias a un contacto muy próximo con los padres."

Assim, o instrutor, ao orientar os pais nas diferentes técnicas de massagem, está também a criar uma relação de proximidade e de referência com a criança através da comunicação prestada. O papel que desempenha é de protecção e reforço afectivo face ao bebé. A informação recebida poderá despertar o interesse dos pais podendo ser mantido o contacto com o instrutor estabelecendo-se uma determinada confiança e de segurança. Pretendemos que os pais se sintam acompanhados no processo da educação praticada com os seus filhos, sendo este o segundo objectivo atingido no ensino da massagem.

A massagem deve ser realizar num ambiente acolhedor, sem ruídos, com óleo vegetal. A temperatura ambiente deve ser agradável, evitando a luz directa, num determinado período de tempo, de acordo com a faixa etária da criança. O tempo ideal de massagem deve ser flexível, em consonância com os ritmos

diários da criança. A música também poderá ser um elemento útil para descontracção e relaxamento.

Deste modo, os acompanhantes poderão aprender a criar um modelo relacional com a criança, respeitando a sua individualidade, identidade, estilo, temperamento, competências adaptativas, exploração do meio envolvente, caminhando seguramente para o seu desenvolvimento harmonioso.

Benefícios da massagem infantil para os bebés e acompanhantes (pais):

Benefícios	Para o bebé	Para o cuidador
Crescimento fisiológico/físico	Melhoria da percepção do corpo Estimulo da circulação Melhoria da digestão, que pode proporcionar ganho de peso Redução dos sintomas de cólicas Coordenação de tónus muscular Acalmia do sistema nervoso, indutora de um sono mais tranquilo. Melhoria da excreção. Melhoria da respiração Aumento da actividade vagal Redução do stress Melhoria da função hormonal (ou seja, estimula as endorfinas, as serotoninas, as somatotropinas, a gastrina, a oxitonicina e a insulina) Estímulo da circulação linfática. Melhoria dos padrões de sono	Melhoria da sensação de bem-estar Redução da tensão arterial Descontracção Aumento da prolactina Melhoria da saúde Redução do stress
Psicossociais	Criação de laços afectivos Reforço da auto-estima Reforço do sentimento de confiança em si próprio. Reforço de sentimento de afecto Reforço da comunicação	Aumento da capacidade para perceber as pistas dadas pelo bebé Reforço da confiança em si próprio Aumento da intimidade Reforço da comunicação Desenvolvimento da confiança Desenvolvimento do respeito

Tabela 4: Retirada de Juliana Dellinger-Bavolek, formadora de massagem infantil e instrutora da I.A.I.M. nos E.U.A.

2.4.1. VANTAGENS DA MASSAGEM

A massagem pode gerar benefícios emocionais, físicos e psicossociais, sendo o instrutor um promotor de bem-estar contribuindo para:

- manter o contacto com o doente;
- criar a estimulação táctil;
- promover a saúde infantil prevenindo possíveis doenças;
- permitir avaliar o desenvolvimento global do bebé;
- despistar possíveis deficiências;
- sensibilizar e induzir a família para a expressão de sentimentos;
- reforçar as relações familiares;
- criar interacções entre pais e filhos;
- desbloquear possíveis dificuldades de comunicação, ajudando os pais a compreender as necessidades das crianças;
- estabelecer ou restabelecer o as rotinas do sono, alimentação;
- ajudar a superar medos infantis;
- ensinar a aliviar a dor.

Estudos feitos no Centro médico da Universidade de Miami provam que a massagem estimulou o aumento de peso, os bebés estavam mais activos, alertas, cujo desenvolvimento neurológico era superior ao das crianças que não fizeram massagem.

Durante o período de internamento a criança pode viver períodos de ansiedade e stress muito elevados cuja referência familiar serve de estabilidade para o seu equilíbrio. Por empatia, os sentimentos das crianças são vividos de igual forma pelos pais, podendo o instrutor intervir como mediador dos níveis de stress através das orientações dos cuidados prestados.

É evidente, que não é possível eliminar a ansiedade ou stress, mas considerando a massagem um tratamento não farmacológico, dentro da medicina integrada, que evoca a colaboração das distintas terapias unidas, o ensino desta actividade pode ser feito de uma forma construtiva, encarando o internamento como uma nova experiência de vida e de aprendizagens. A massagem pode ser realizada individualmente ou colectivamente, dependendo do estado patológico da criança doente. No entanto, é de referir que o trabalho de conjunto permite aos acompanhantes criarem elos de amizade, reforço,

segurança e bem-estar entre si, para além de despoletar a motivação pela actividade. Desta forma, podem ser criados momentos que unem os familiares e naturalmente as crianças, proporcionando-lhes momentos de reflexão e de adaptabilidade às circunstâncias vividas, processando a informação do ambiente com o apoio o instrutor e os técnicos de saúde de referência. Isto permite aos acompanhantes alterarem a sua concepção inicial de hospital através de vivências significativas, oferecendo-lhes novos domínios de pensamento e modelos de acção com utilidade prática.

As situações de interacções sociais estabelecidas entre o instrutor e as famílias, nas quais aqueles que aprendem devem coordenar as suas acções ou os seus pontos de vista, conduzem a progressos individuais de auto-estima e confiança na educação prestada aos seus filhos.

Nesta perspectiva, o instrutor poderá ter um papel dinâmico para a saúde infantil e simultaneamente o desafio de provocar aos pais, de diferentes culturas e crenças, a procura de novos conhecimentos de saúde. O sucesso destes, poderá ser medido através do contacto que o instrutor irá manter com os seus "alunos" tendo presente a mudança permanente de estratégias de acção, reorganizando os níveis de informações e avaliações prestadas.

As experiências no terreno deixam a marca na memória e o sofrimento não exclui o prazer de aprender, mas organiza o aprender enquanto doente. Este é o fundamento das massagens, que pretendemos que seja "saudável".

As massagens realizadas com as crianças a partir de um ano de idade, foram utilizadas várias estratégias de trabalho de acordo com as diferentes faixas etárias. Iniciamos as sessões com diálogo, de forma a permitir a expressão das emoções e sentimentos das crianças e acompanhantes.

2.5. RELAXAMENTO ATRAVÉS DA VISUALIZAÇÃO INTERIOR DE IMAGENS

A palavra relaxar provém do latim *relaxare* que significa abrandar afrouxar, distender.

Actualmente esta palavra tem diversas definições, como libertação de tensões, alongar e desactivar as fibras musculares, a procura de repouso e de divertimento, considerando o relaxamento uma ferramenta terapêutica.

O relaxamento tem como objectivo a visualização curativa orientada para a mente e o corpo, aprendendo a permanecer bem, num estado de calma tranquilidade e serenidade. Através da imaginação criam-se um conjunto de imagens ou de situações, que passam somente pelo pensamento e que podem formar diferentes estados emocionais. O importante é conseguirmos substituir as nossas imagens mentais negativas em pensamentos positivos.

Ellen Curran (2002, p.15), diz que a prática de visualizar conscientemente pode apoiar a mente e o corpo a entrar interacção conjunta permitindo criar um bem-estar geral. Afirma que esta ideia é a alma da visualização.

Jacobson (sem data, cit por John R. Harvey, 1999, p.15) é da opinião que os benefícios do relaxamento favorecem o descanso dos músculos, produzem um estado emocional sereno, alivia o funcionamento dos órgãos internos e dá mais energia. Com esta técnica os praticantes aprendem a ser mais conscientes evitando a pressões negativas.

Schultz y Luthe (sem data, cit por John R. Harvey, 1999, p.17) completa a ideia de Jacobson acreditando que a formação de uma energia própria produz mudanças concretas no momento de controlar intensos mecanismos no cérebro considerando que o estado de auto-energia se complete com o relaxamento entre o corpo e a mente.

Nos anos setenta Dr, Herbert Benson, (sem data, cit por John R. Harvey, 1999, p.18), professor na Escola de Medicina de Harvard, descobriu que praticando regularmente o relaxamento, isso iria trazer benefícios para a saúde, nomeadamente a redução da pressão sanguínea e um ritmo cardíaco mais tranquilo. Os seus doentes tinham menos sintomas de doença, melhoravam o seu rendimento nas tarefas diárias, com satisfação, de uma forma idêntica ao rendimento alcançado no momento da meditação.

Na nossa opinião as sessões de visualização de imagens ajudam as crianças a reforçarem a sua imaginação, as suas fantasias, sonhos ganhando uma energia curativa. Tal como Ellen Curran (2001, p.15) diz, a criança vai apoiar-se “num conselheiro interior ajudante, como um amigo secreto e invisível”.

Shakti Gawain (1975, p.37), afirma que existem aspectos importantes para a concretização da visualização criativa, tais como:

1- enunciar afirmações no presente de modo a considerar que aquilo que desejamos é concretizável e existe.
2- criar e manifestar afirmações de uma forma esclarecedora
3- desenvolver afirmações pouco extensas porque são mais válidas. Diz que “as afirmações mais longas, redundantes e teóricas perdem o seu impacto emocional e tornam-se verdadeiras «acrobacias mentais».”
4- preferir sempre afirmações que julguem ser verdadeiramente certas para cada indivíduo. O que é válido para um, pode não ser para outro. As afirmações devem funcionar como um “porto de abrigo”
5- pensar sempre em criar afirmações novas sem tentar reconstruir ou alterar o que já existe. Cada momento é uma oportunidade para conceber aquilo que desejamos para sermos felizes.
6- pretender que as afirmações não tenham como objectivo alterar emoções ou sentimentos, considerando que devemos aceitar aquilo que sentimos sem ter pretensões de modificar algo mesmo que seja negativo. Aquilo que afirmamos pode contribuir para concebermos uma nova forma de contemplar a vida
7- usar afirmações de modo confiarmos nelas com convicção , sentindo que se vão cumprir, sem incertezas e hesitações.

A mesma autora, Shakti Gawain (1975, p.50), afirma que existem três componentes importantes para o sucesso da visualização. Desejar a visualização do que escolheu, acreditar no objectivo que se vai atingir, aceitar e colher aquilo que se procura. Às referidas componentes chama de intenção, ou seja a vontade de ser sincero, acreditando.

Tendo as criança um pensamento flexível, facilmente conseguem transportar-se para a imaginação atraindo todas as personagens do mundo da fantasia. Por esta razão a visualização é um meio de lhes ensinar a cuidarem de si próprias, aprendendo a resolver os seus problemas, a controlar a dor a depressão e os estados emocionais inibidores do seu desenvolvimento, inerentes à própria doença.

Através das vivencias de relaxamento pessoais as crianças aprendem a visualizar interiormente situações, aumentando a sua auto-estima, segurança e confiança própria.

Funciona como uma viagem pela imaginação, de recuperação, associando diversos momentos, objectos e pessoas reconfortantes e positivas. É uma forma de expressão criativa, sentida e vivenciada de uma forma muito pessoal.

A visualização é uma técnica que idealiza a forma de criar os desejos de cada um. É criada uma imagem mental precisa, uma ideia ou uma sensação que se deseja produzir até conseguir alcançar o que na realidade se visualizou, quer a nível físico, emocional e mental.

Pretendemos, desta forma que as crianças e acompanhantes eliminem obstáculos e desfrutem de um momento de paz “distante” da realidade presente que vivenciam. É uma forma de ganhar uma energia interna através de um pensamento positivo satisfazendo as necessidades e desejos de cada um.

Seguidamente iremos descrever como desenvolvemos as sessões de relaxamento.

Começamos por contar uma história. Em seguida, pedimos a todos os participantes, crianças e acompanhantes, que se deitem nos colchões para começarmos o relaxamento através da visualização interior das imagens que se relacionam com a história. Esta sessão é realizada num ambiente calmo, sem interferências de outros, com pouca luminosidade e com acompanhamento musical. Isto permite aos participantes relaxarem, reflectindo sobre aspectos positivos e negativos da vida, para além de poderem, após a sessão, expressar verbalmente aquilo que sentiram.

O trabalho de grupo é fundamental para as pessoas poderem apoiar-se umas nas outras, unindo o grupo através de uma energia reforçada, proporcionando aproximação entre os diferentes elementos. Para além disso, podem estabelecer-se, inesperadamente, relações humanas aprendendo a sociabilizarem-se. Por empatia, as emoções são partilhadas favorecendo o bem-estar geral pessoal e do grupo. Permite também a liberdade de expressar os seus medos “vendo” cenas da vida hospitalar que precisam de ser clarificadas. O medo pode funcionar como um bloqueio que pretendemos que seja reduzido. Para isso é necessário que haja vontade de confrontação com o mesmo para que perca o seu poder. Por vezes, realidades interiores mal resolvidas e

inconfessadas afloram com maior evidência. Sendo a doença um estado em que as pessoas se sentem mais vulneráveis, torna-se benéfico a utilização de técnicas alternativas como o pensamento mental através da visualização de imagens criativas. O período em que estamos doentes pode servir para reflectirmos sobre as nossas capacidades, competências, valores, crenças, aprendendo a crescer. Pode ser um "remédio" para ajudar a tratar os nossos problemas levando-nos a questionar sobre quem de facto somos.

Em circunstâncias, cujos sentimentos são de impotência, a criança recorre à visualização de situações já experimentadas anteriormente ou cria novas imagens resistindo à adversidade de tratamentos encarando-os de uma forma prática e lúdica, aceitando-os.

Sabemos, naturalmente que o ideal será usar uma técnica curativa como prática corrente para a prevenção das doenças. No entanto, a visualização pode funcionar como uma terapia, podendo não ser totalmente eficaz por si só para a recuperação da doença, mas podendo servir de suporte à medicina.

É necessário que cada doente sinta confiança na sua própria terapia, acreditando com convicção.

2.6. O RISO

Optamos por explorar o riso porque pensamos que é uma forma de exteriorizar emoções, tal como as restantes expressões. Entendemos que o riso poderá contribuir para o bem-estar das crianças, reforçar emoções benéficas e ultrapassar emoções desagradáveis pela criação de sentimentos positivos de alegria e até euforia emocional.

As sessões de riso libertam energia acumulada. Possibilitam a renovação de forças ocultas criando defesas em momentos desagradáveis. Rir cria bem-estar geral. A comunicação torna-se fluída e o riso espalha-se por "contágio" criando novos modos de estar, criando um ambiente atractivo e acolhedor.

Otta (1994, p.52) "sublinha o carácter inato do sorriso. Todavia acentua que o mesmo vai sofrer alterações, ao longo da vida, devido a influência dos padrões culturais e das experiências sociais."

Anette Goodheart (s. d. cit. por Ana Banana, 2008, p.148), diz que para nos rirmos não precisamos de nenhuma razão em especial, mas quando nos rimos é por algum motivo que o originou, mesmo que seja inconsciente. Existe algo que precisa de ser aliviado. “O riso destapa aquela ferida esquecida que ainda dói, sem nos apercebermos.” Anette frisa ainda que o riso funciona como um asseio interno proveniente do choro. Se existe algo traumatizante que nos preocupa incessantemente, o riso pode induzir o choro e como tal precisamos de chorar para libertarmos o verdadeiro riso. Pode ser um riso “teatral” mas não é puro e por isso não se torna contagioso.

Concordamos com as afirmações de Anette, porque quando iniciamos uma sessão de risoterapia com as crianças e respectivos acompanhantes observamos inicialmente uma tensão geral no grupo. É um riso forçado que lentamente se torna espontâneo. Digamos que, o primeiro riso encobre o nervosismo, a dor ou sofrimento, a preocupação, o stress, etc. É um riso simulado que prepara o natural.

Existe uma diferença entre o riso e o sorriso que diverge na diferença da intensidade. Com o sorriso simplesmente esticamos os lábios, com o riso, este, funciona como um instrumento terapêutico abrindo canais de comunicação verbal e não-verbal (elemento fundamental no sistema de vinculação). É também um meio de expressão de emoções e sentimentos e um catalisador de entre as diferentes emoções. É um regenerador de situações negativas vividas anteriormente e uma fonte para encontrar forças construtivas.

Magalhães (2007, p. 72), diz que:

> “Contrariamente ao sorriso, o riso não se vislumbra logo após o nascimento. O aparecimento do riso só se dá entre os quatro e o sexto meses, como resposta a estímulos puramente exteriores, entre os quais o táctil e as cócegas. Trata-se de um comportamento social, segundo a literatura os factores auditivos tornam-se importantes no desenvolvimento do riso dos sete aos nove meses, enquanto que os factores visuais aparecem dos dez aos doze meses. A morfologia do riso permanece quase a mesma desde a primeira reacção até ao resto da vida e constata-se em crianças cegas e selvagens. Para Alcade, o riso é a mais positiva das emoções que conjuga o êxito e o prazer.”

Rinn (1984, p.47), “Sugere até que as expressões faciais são necessárias para que a emoção seja experimentada, isto é, se a expressão facial não se verificar, a emoção não poderá ser sentida”.

Magalhães (2007, p.45) acrescenta ainda, “O sorriso é uma expressão facial e, quando verdadeira, completa a função de determinada emoção. O sorriso verdadeiro expressa-se independentemente da emoção positiva ou negativa que se pretende partilhar, uma vez que o caracteriza tal sorriso é a simetria, a duração e a intensidade do mesmo.”

O riso é tranquilizante e traz benefícios, ajudando a manter o bom estado de saúde de um indivíduo, permitindo-lhe expressar abertamente as suas emoções. Descentra a atenção das suas obrigações e preocupações. constantes do quotidiano.

Parece-nos também importante salientar que as relações interpessoais iniciam-se muito cedo e o rosto é a parte mais visível do corpo e que desperta mais atenção, ou seja é através deste que detectamos mecanismos de sobrevivência, isto porque promove e reflecte o desenvolvimento afectivo e cognitivo (Otta, 1994, p. 45).

Morgan (1989, p.101), “Interpreta o sorriso infantil tendo em conta a seguinte tríade:

- sorrir com a boca aberta mostrando a língua significa brincadeira
- sorrir mostrando os dentes inferiores e superiores significa sentir prazer e satisfação
- sorrir com a boca fechada significa cordialidade e moderada satisfação.

Em contrapartida Gianno Ferrario (2006, p.32) diz, “La risa es una sonrisa da mayor intensidad. En tanto que seres humanos, todos nacemos com la capacidad innata de reír, que se manifesta mucho antes de la adquisición del lenguage y de la capacidad de hablar.”

O riso é sem dúvida um meio de comunicação, e do trabalho que temos desenvolvido com as crianças e acompanhantes, verificamos que todas as crianças, inclusive os bebés, são atraídas por contágio, pelo riso, trazendo recompensas pessoais e interpessoais.

Abre canais de comunicação entre os técnicos, a crianças, familiares, e pode libertar ou transformar mal-estar em bem estar.

Descomprime e reduz a ansiedade.

O riso é também uma técnica de aproximação dos indivíduos que pode ajudar a restabelecer relações passadas conflituosas, ajudando a superar ou solucionar problemas interpessoais.

Durante as sessões, promovemos a independência de cada um, funcionando também como estratégia de adaptação e integração ao meio hospitalar. Para além disso, a adesão à actividade é tão elevada, que durante este período tudo aquilo que se passa no exterior é esquecido. As atenções centram-se somente no riso esquecendo a doença ou qualquer outro problema.

Assim, durante a execução dos exercícios de riso, podem ser promovidos os níveis de autoconfiança e de auto-estima da criança e acompanhantes.

As pessoas mais extrovertidas estão disponíveis, aderem e participam melhor nesta actividade. Rir ajuda bastante os pais a redimensionar os valores da vida, transmitindo, por empatia, emoções benéficas aos seus filhos.

Uma criança que sabe que vai ser operada e já vivenciou, anteriormente, uma sessão de riso, os comportamentos e disposições: física, psicológica e emocional, alteram-se positivamente. Os estados de alegria que o riso provoca criam momentos de distensão e de alívio.

Para além disso, consideramos o riso uma linguagem universal. As pessoas que não estão habituadas a rirem-se, que são inibidas por natureza, podem romper as barreiras da língua, quando não é possível faze-lo com as palavras, podendo criar estreitos contactos relacionais com os outros.

Rir é um acto criativo e libertador de energias reprimidas, onde por vezes, somos obrigados a controlarmo-nos e a comprimirmos sentimentos ou problemas, que através do riso, se libertam ou exteriorizam. Dá-nos vitalidade e entusiasmo para sentirmos a vida de uma forma positiva.

É através da nossa força interior que conseguimos cultivar o humor, a boa disposição, que se observam através do nosso sorriso e riso. No entanto este humor só é verdadeiro quando é livre.

Anette (s.d. cit. Por Ana Banana, 2008, pp.151, 152), diz que existem vários tipos de humor. O Humor como piada que considera não ter sentido algum e que nasce no seio de um grupo de indivíduos. O humor artístico realizado por profissionais que escrevem para outros, a que chama, “humor de quem se ri da sua situação ou da sua desgraça” e finalmente o humor “viva la vida” destina-se

a divertir os outros de uma forma intensiva, por exemplo o palhaço. Este, Anette considera-os um perigo porque invadem as pessoas e tendem a controlar outrem. Descreve este tipo de animadores como pessoas que excepcionalmente riem, vivem muito na solidão e sofrem bastante. Têm problemas em assumir relações íntimas, razão pela qual se afastam da realidade colocando-se numa posição de admiração, face aos outros, confundindo isso com amor.

Concluímos que os diferentes conceitos de humor de Anette não se combinam com o riso.

Criar um grupo de trabalho disponível para as sessões de riso permite-nos estabelecer vínculos afectivos e de solidariedade. Quanto mais se diverte o grupo mais unido se torna. Sentem-se emoções de coesão e de participação mútua. O riso leva consigo o prazer da alegria, expressão de uma energia que circula sem restrições.

As emoções fazem parte do nosso ser e da nossa vida e não conseguimos viver sem elas. A emoção aparece antes da razão. É a primeira reacção que temos a um estímulo exterior, a uma determinada situação, circunstância, ou momento pela qual passamos. Como tal, antes de sermos racionais, somos emocionais.

As emoções situam-se no sistema límbico, concretamente na amígdala. O córtex cerebral ao receber a informação da amígdala, ou seja, de um determinado estado emocional, dispõem-nos a gerir as emoções e conduz-nos ao pensamento e capacidade de raciocínio para resolvermos um determinado problema.

As informações que nos chegam do mundo exterior são “coloridas” pelo sistema límbico, especialmente pela amígdala, que lhes atribui a primeira categorização relativa ao interesse que elas revestem para a manutenção da sobrevivência, ou seja, do bem-estar físico e psicológico do indivíduo. Essa tonalidade atribuída, juntamente com o feed-back proveniente do impacto dessa informação sobre o nosso organismo, passará para os níveis superiores de tratamento cerebral, onde, recorrendo a outras informações da memória, será decidida a forma global de reacção à situação externa originadora da informação recebida. Sendo o riso uma expressão que cria bem estar e forte comunicação entre indivíduos, especialmente se estão ligados por vínculos afectivos significativos, a criança, ao observar as expressões de felicidade dos seus

acompanhantes, não só recebe um grande volume de indicadores positivos para a sua sobrevivência e protecção pessoal, como também, por empatia com eles, gera um sentimento positivo que a fortalece e prepara para enfrentar a dor e adversidades que a doença lhe ocasiona. Os momentos da sessão do riso constituem uma “chuva” de “boas” emoções a partir das quais se consolida um estado de confiança propício para enfrentar as adversidades da dor e da doença. O riso não só facilita a expressão emocional, como expande a zona de segurança e empatia com as restantes pessoas, alargando e reforçando o sentimento subjectivo de protecção, que é uma das necessidades básicas de qualquer ser humano e das crianças hospitalizadas, em particular.

Estando as crianças expostas a constantes variações emocionais, inerentes aos diferentes procedimentos terapêuticos, é importante criar um ambiente relacional de descompressão através das actividades pedagógicas desenvolvidas, tal como por exemplo o riso.

A nível fisiológico segundo Gianni Ferrario (2006, p.50) diz que: o riso provoca os seguintes fenómenos: aumenta o relaxamento, a circulação sanguínea é mais abundante, a capacidade pulmonar aumenta, contribui para a cura das doenças diminuindo o stress. Os cardiologistas da American College of Cardiology (2005) cita por parte de investigadores da Universidad de Maryland que o riso é um fármaco que deve ser tomado quinze minutos por dia, porque melhora a circulação sanguínea e a prevenção de doenças cardiovasculares, cujas contra indicações são inexistentes.

As gargalhadas são contagiantes, provocam pensamentos positivos, distendem a musculação, reduzem a ansiedade, reoxigenam o organismo, transportam energia positiva, ajudando a preparar as crianças e acompanhantes no processo de tratamento. A atmosfera relacional transforma-se num ambiente sereno e qualquer inesperado contratempo, torna-se mais fácil de solucionar dado o bem-estar interior que se criou numa sessão de riso. Do ponto de vista pedagógico, desenvolve-se um contacto emotivo promotor de novas formas de trabalho, cuja boa disposição está sempre presente. Quem não gosta de rir? Quem é que não gosta de trabalhar ou estudar com gosto, interesse e motivação? Centrar as crianças nas novas tecnologias, cujo trabalho por vezes torna-se individual, cria potencialidades enriquecedoras de convívio e de comunicação? Julgamos que o riso é uma actividade animadora e educativa,

ainda pouco explorada, acreditando que, através desta, poderemos obter sucesso, estimulando as crianças para novas formas de relacionamento e aprendizagem que substituam ou compensem o individualismo.

O humor, por sua vez, desenvolve-se de acordo com a nossa experiência de vida, as nossas convicções e cultiva-se com a prática de exercícios, por exemplo contando histórias com sentido de humor, canções divertidas, etc. Há uma contínua evolução no sentido humorístico de cada um de nós, o que nos permite criar momentos de alegria e de riso, criando a capacidade de nos confrontarmos com as dificuldades com que nos deparamos, através de várias formas.

Para além disso, a nossa memória grava situações humorísticas vividas anteriormente que nos poderão ser referenciais para o nosso futuro, o que optimiza a aprendizagem, a imaginação e criatividade, desperta a curiosidade.

Ter presente o sentido de humor, com um clima afável, onde o riso solta-se espontaneamente, favorece a recuperação da criança doente, sobe a sua auto-estima, tornas as crianças e acompanhantes mais extrovertidos, diminuindo a timidez.

O riso funciona como um regenerador, actuando no sistema nervoso. A terapia do riso cria emoções e quanto maior for o grupo de trabalho mais fácil é o desenvolvimento da animação, porque existe um contágio que se estende a todos os envolvidos. É uma porta aberta para uma mudança física, psicológica, emocional e social.

Reabilita-nos e rejuvenesce-nos dando-nos a possibilidade de reconstruir sistematicamente um espaço interior, nosso.

Gianni Ferrario (2006, p.78) completa este pensamento afirmando que a melhor acção intelectual para preservar a saúde é viver apenas o presente, conservar um espírito aberto, sem deixarmo-nos vencer pelas inquietações e sem estar sempre a pensar no mesmo. Exprimirmos os estados de espírito àqueles que nos podem compreender, ouvir e acarinhar é igualmente importante.

Importa estarmos receptivos ao riso e às dinâmicas com carácter lúdico, dando relevância à imaginação e à criatividade evitando as rotinas diárias. Surpreender pode ser uma palavra-chave da renovação de acções e relações.

2.7. O JOGO

Segundo López Y Garfella, (1997, cit por Maria Costa Ferrer, 2000, pag.18) e Martínez (1998, cit por Maria Costa Ferrer, 2000, pag.18), em meados do século XIX, princípios do século XX, começaram a surgir algumas explicações acerca da importância do jogo, que originaram posteriormente estudos para compreender as suas funções. Deste modo, surgem várias teorias para a finalidade do jogo (Livro de Maria Costa Ferrer, 2000, pp 19,20). Teoria da energia sobrante (Spencer, 1855), do relaxamento (Lazaru, 1833), exercício preparatório (Gross. 1896, 1899), manifestação do estado de ânimo (Sully, 1902), da recapitulação (Hall, 1904), instinto de prazer (Freud, 1920).

A teoria de Spencer considera que no jogo opõem-se à abundância de energia das pessoas. Diz, que espécies inferiores gastaram a sua energia em actividades essenciais para o seu organismo e sem dificuldades ao subir na graduação filogenética e que o excesso de energia inverte-se em actividades rudimentares, tal como o jogo.

Dentro desta perspectiva, as crianças deveriam jogam mais porque possuem maior quantidade de energia.

A esta teoria levanta-se um comentário, as pessoas jogam depois do trabalho, o que significa que o jogo não consome o excesso de energia.

Lazarus (s.d. cit por Maria Costa Ferrer, 2000, pag.19), reflectiu sobre esta teoria e desenvolveu a teoria do relaxamento, afirmando que o jogo ajuda a adicionar a energia porque auxilia a libertação de tensões e desta forma, renasce uma nova energia.

Posteriormente Groos (s. d. cit por Maria Costa Ferrer, 2000, p.19) defende a teoria do exercício preparatório, dizendo que o jogo desenvolve a prática de habilidades essenciais para o crescimento da criança até à fase adulta. Diz ainda que o jogo satisfaz as funções biológicas, psicológicas e educativas. O jogo é um agrupado de actividades espontâneas que desenvolvem as capacidades e aptidões das crianças.

Com estas contribuições surge a concepção do jogo dentro de uma vertente terapêutica que posteriormente passou a chamar-se “terapia do jogo”.

Sully (não tem data, cit por Maria Costa Ferrer, 2000, pag.19) vem defender a manifestação de estado de ânimo, dizendo que as crianças utilizam o jogo com

o intuito de representar situações que surgem nas vivências diárias, exprimindo através delas as suas emoções, que são em grande número, positivas.

A partir da teoria da recapitulação de Hall (s.d. cit por Maria Costa Ferrer, 2000, p.19), o jogo representa a função preparatória para a vida adulta. Através do jogo relembramos as actividades e transformações culturais dos nossos progenitores.

Relacionou-se o jogo com o instinto do prazer. Através das situações que vivencia no jogo, a criança representava os seus anseios, os pensamentos e emoções que silenciam a vida diária.

Destas conceptualizações podemos concluir que o jogo dá prazer alcançando alguns desejos, que na realidade seriam impossíveis de alcançar. É um meio de viver experiências, solucionar problemas, repetindo situações que não compreende, de exteriorizar sentimentos, aprender a gerir emoções e é uma forma de se identificar com os adultos.

Erikson (s.d. cit por Maria Costa Ferrer, 2000, p. 20) diz que o jogo tem uma dupla função: lúdica e terapêutica. Permite pensar e exprimir aquilo que se sente sem limitações, apreender a confrontar-se com novas situações e experiências e contrapartida ajuda a criança a desenvolver estratégias de adaptação em contextos desconhecidos, nomeadamente com a hospitalização (Riddle, 1990, cit por. Maria Costa Ferrer, 2000, p. 21).

Na sociedade contemporânea o uso dos jogos electrónicos tem vindo a caracterizar o estilo de vida das crianças e adolescentes. O jogo sempre foi integrado ao longo da vida de cada indivíduo de formas variadas, ajudando-nos a crescer. Esta actividade sempre demonstrou uma elevada correlação entre a saúde física, psicológica, social e emocional, embora actualmente os jogos electrónicos, tenham um poder muito forte e diariamente acompanham a população infantil e juvenil. Sempre que surge uma oportunidade jogam, ocupando o seu tempo livre.

O facilitismo de adquirirem estes e outros materiais multimédia, com a noção de que existe o presente, sem grandes perspectivas globais de futuro, as crianças e os jovens refugiam-se muitas vezes, entretendo-se isoladamente sem controlo de um adulto. Este parece ser um problema actual de práticas educativas que não se coaduna com as aprendizagens de vida pessoais, sociais,

afectivas, que contribuem para o desenvolvimento saudável da criança e do jovem adolescente.

Julgamos, no entanto, que o material multimédia pode ter uma funcionalidade educativa se trabalhar as competências sociais e comunicativas, aprendendo a dialogar, a ouvir e respeitar a opinião dos outros, a esperar pela sua vez, a aceitar a sua vitória ou derrota, a debater ideias resolvendo problemas e a regular e controlar estados emocionais.

Segundo Klaus W. Vopel (2002, pag.5) diz que os jogos interactivos envolvem muita seriedade e energia cumprindo meticulosamente as regras, o que nem sempre acontece com as regras de escola ou familiares. Revela também que este tipo de jogos permitem ao jogador libertar o potencial da energia psíquica e física em prol de procedimentos de aprendizagem.

Ibidem (pag.6), com os jogos interactivos, a criança participa em nome pessoal, revelando naturalmente os seus sentimentos e comunica através de códigos verbais e não verbais, interpretando diversos personagens, movimenta-se à vontade, estabelece relações e toma decisões.

Considera ainda que as crianças têm consciência do modo como se comportam, individualmente ou em grupo e as motivações que lhes são inerentes. O fed-back deste tipo de jogo é natural, imediato. Por vezes é competitivo e incentiva ao espírito de colaboração estimulando as crianças a ganharem gosto pela aprendizagem alicerçada na realidade.

Ibidem (pag.11), cita que através destas actividades lúdicas, há maior harmonia entre as crianças menos activas e as mais desenvolvidas, criando novos códigos de comunicação e comportamento.

Em contexto hospitalar, as crianças podem, por exemplo, manipular videojogos educativos com intuito de informar e dar conhecimento dos acontecimentos relacionados com a saúde. Desta forma, o desconhecido passa a ser real e familiar para a criança, acompanhando-a e ajudando-a.

Julgamos, que os jogos são a primazia de uma actividade lúdica, que permite à criança o desenvolvimento de estruturas mentais fomentando a criatividade, a imaginação e a evolução do pensamento. Estimula a comunicação e a cooperação entre pares, aumenta o conhecimento das relações sociais e multiculturais, o auto-domínio e conhecimento próprio.

As interacções criadas, principalmente com jogos que envolvem o bem-estar emocional, proporcionam liberdade para a criança se exprimir, de uma forma não formal, sem constrangimentos. Passar pela experiência do jogo significa vivenciar momentos emotivos, variados. As crianças não ficam moldadas às regras sociais mas àquilo que sentem no momento, identificando-se com as situações vividas anteriormente, tentando resolver a solução do problema. Por exemplo, o contexto hospitalar é por excelência, um local onde se proporcionam ocasiões para se criarem relações muito próximas de afectividade. As crianças reforçam-se e apoiam-se em momentos menos agradáveis, razão pela qual o jogo pode contribuir para reduzir tensões de ansiedade, frustração, stress e medo. Pode ajudar a compreender, superar e libertar momentos negativos associados à imagem que a criança tem do internamento e do hospital.

Neste sentido, o jogo é um instrumento terapêutico, Ajuda a criança a desenvolver habilidades e a criar defesas, quando necessita de se confrontar com uma nova experiência stressante.

Para além disso, o jogo possui regras muito especificas que servem de pontos de orientação para a criança, ou seja, em situações de conflito interior, o jogo pode ajudar a criança a ultrapassar as suas dificuldades, razão pela qual consideramos que os jogos seleccionados devem desenrolar-se num ambiente calmo, relaxante e humanizado, reduzindo a insegurança através da coesão do grupo.

Estes devem ser adequados às necessidades de cada criança, de acordo com a sua faixa etária e condições de saúde.

Num estudo feito com crianças hospitalizadas por Field, Alpert, Veja-Lahr, Goldstein y Perry (1998, cit por. María Costa Ferrer, 2000, p. 73) afirmam que a selecção de alguns jogos, assim como a maneira como jogam, a vontade de os repetir, as pessoas com querem jogar, são sinais de gostos, ideias, sentimentos, e emoções das crianças. Os mesmos autores dizem que o jogo se efectua através de dois estilos, sensibilizador ou repressor. As crianças sensibilizadoras são mais conversadoras, mais eloquentes e activas, reclamando sempre que o entenderem. Montoya, Costa, Benavides y Calvo (1998, cit por. María Costa Ferrer, 2000, p. 73) afirmam também que o tipo de crianças sensibilizadoras, usam um género de jogo dinâmico e extrovertido e, em contrapartida, as crianças de estilo repressor inclinam-se para apresentarem um jogo metódico e sereno.

Estilo sensibilizador	Estilo repressor
Alternam frequentemente de jogo Gostam de jogos de actividades Abrem rapidamente os presentes Organizam lutas, gritam, perturbam Querem os jogos dos outros Dedicam mais tempo a jogar que os repressores	Escolhem jogos de paciência Tem tendência a organizar os seus jogos Conservam os seus jogos São mais conformistas e condescendentes no jogo

Tabela 5: Retirada de Montoya, Costa, Benavides & Calvo (1998).

Através da expressão plástica podemos construir jogos com materiais hospitalares permitindo o diálogo e a representação de cenas vivenciadas no internamento, preparando a criança para intervenções terapêuticas. Desta forma, podemos brincar ao "faz de conta" representando diferentes papéis de situações hospitalares. A criança pode jogar na cama, na sala onde se desenvolvem actividades pedagógicas, ou em qualquer outro local.

Por sua vez, o jogo é um facilitador de integração e adaptação de novas crianças, por ser atractivo e proporcionar a comunicação, para além de ocupar o tempo livre.

Na Carta dos Direitos das Crianças Hospitalizadas aprovada 1986, pelo Parlamento Europeu, cita a importância do Hospital promover às crianças um ambiente educativo, dispondo de materiais pedagógicos, nomeadamente os jogos.

Estes, devem estar dispostos em locais acessíveis para as crianças, catalogados por faixas etárias, proporcionando-lhes autonomia de aquisição e manuseamento.

Ullán de la Fuente e Hernandéz Belver(2004, p.84), consideram o jogo, fundamental para o desenvolvimento da criança em quatro dimensões: psicomotora, cognitiva, social e afectivo-emocional.

Garaigordobil (2003, cit por Ana María Ullán de la Fuente e Manuel Hernandéz Belver, 2004, p.33), diz que o jogo numa perspectiva biológica é um activador do crescimento do cérebro, dado que o nascimento das fibras nervosas não está devidamente estruturado e o jogo pode proporcionar a sua estimulação e a evolução do sistema nervoso. Dentro da perspectiva psicomotora desenvolve o corpo e os sentidos. A mesma autora afirma que o papel do jogo no

desenvolvimento do pensamento consiste na formação de construções intelectuais que estimulam o crescimento e a criatividade.

Assinala ainda, que o jogo estimula a comunicação e colaboração entre pares, aumentando o conhecimento da realidade social do adulto. Prepara para o mundo do trabalho, promove a moralidade porque estimula o autodomínio, a voluntariedade e assimilação de regras, faculta o auto-conhecimento e o desenvolvimento da consciência pessoal, convertendo-se num agente muito relevante de comunicação e socialização.

O jogo favorece o desenvolvimento global da criança.

PARTE II
INVESTIGAÇÃO PRÁTICA

1. PERGUNTA DE PARTIDA, OBJECTO DE ESTUDO, OBJECTIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESES

O trabalho apresentado estuda temáticas relacionadas com a pedagogia hospitalar de um ponto de vista marcadamente psicológico que acentua o papel das vivências emocionais das crianças hospitalizadas durante as suas rotinas diárias.

- PERGUNTA DE PARTIDA

O estudo induziu-nos a uma investigação mais detalhada relacionada com a pedagogia hospitalar, nomeadamente o impacto emocional das crianças internadas, onde surge a seguinte pergunta de partida:

- Quais as emoções sentidas pelas crianças durante as suas rotinas diárias de internamento?

A realidade que nos propusemos abordar foi a da gestão emocional das crianças e do impacto que sobre essa gestão exercem actividades pensadas para dinamizar a extroversão emocional e a comunicação interpessoal, entre pares. Trata-se de uma realidade dificilmente objectivável porque implica a subjectividade de cada um e os efeitos conseguidos pelas diversas actividades não têm, por vezes, expressão imediata no comportamento dos intervenientes que nelas se empenharam. Só mais tarde, durante o processo de internamento é que se notam as mudanças ocorridas nas crianças, na forma como encaram os tratamentos e suportam a dor que lhes está associada.

- OBJECTO DE ESTUDO

Foi nosso objectivo verificar e analisar de que forma podemos contribuir para a normalização da vida da criança doente e hospitalizada ajudando-a a identificar e a gerir de uma forma positiva as emoções sentidas.

- OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Partindo do objectivo geral do estudo partimos para os objectivos específicos correlacionados com o mesmo, apresentando-os seguidamente:

Manter e promover a rede social de apoio da criança, nomeadamente com a escola de origem permitindo a realização de outras actividades, com os colegas, contribuindo para o bem-estar emocional da criança.

Através da realização de actividades pedagógicas e de animação social, assim como de outras vivências, favorecer o reforço dos laços familiares.

Manter vivo o interesse da criança por realizar aprendizagens variadas.

Contribuir para diminuir vivências emocionais negativas que provoquem ansiedade, angústia e stress à criança doente.

Criar oportunidades para ajudar a criança a exprimir os seus estados de espírito e desejos em ambiente securizante e protector.

Favorecer a auto-estima e o auto-conceito positivo da criança.

Facilitar o bom relacionamento com a equipa hospitalar e com todos aqueles que rodeiam a criança, de modo que possam exprimir aquilo que sentem

Verificar se na vivencia hospitalar das crianças, estas possuem consciência e regulação emocionais assim como as habilidades sócio-emocionais e habilidades de vida.

- HIPÓTESES

Embora todas as emoções sentidas tenham igual importância nas diferentes rotinas diárias, levantamos algumas hipóteses que estão relacionadas com os acompanhantes porque entendemos, por observação e experiência, que os adultos expressam emoções no processo de internamento da criança que podem alterar as emoções das crianças. Deste modo, pretendemos verificar se:

- Hipótese 1 – A criança hospitalizada experimenta vivências emocionais que interferem no seu bem-estar.
- Hipótese 2 – Os estados emocionais dos acompanhantes comunicam-se às crianças e têm impacto sobre o seu nível de bem-estar.
- Hipótese 3 – As actividades pedagógicas contribuem para promover a expressão emocional, a comunicação emocional entre crianças e adultos e a emergência de emoções positivas que ultrapassam as negativas.
- Hipótese 4 – A presença dos acompanhantes nas actividades contribui para reforçar os vínculos afectivos das crianças.

2. METODOLOGIA APLICADA AO ESTUDO DAS EMOÇÕES DAS CRIANÇAS DURANTE O PROCESSO DE INTERNAMENTO

A investigação em causa baseia-se numa metodologia quantitativa, através de um questionário com perguntas fechadas de fácil compreensão para as crianças. Qualitativa pelos depoimentos descritos e pela observação, sendo este o registo de campo efectuado. O somatório das referidas metodologias complementando-se define a metodologia de carácter misto.

De acordo com Herman (1983, cit por L. Michelle, G. Hérbert, B. Gérald, 1990, p. 15), podemos definir a metodologia como «um conjunto de directrizes que orientam uma investigação científica».

O modelo de compreensão da prática científica de P., J. Herman e M. de Schoutheete (1975, cit por 1990, L. Michelle, G. Hérbert, B. Gérald, p.15), foca os aspectos metodológicos que se dividem num espaço quadripolar de um determinado plano do conhecimento, ou seja a metodologia deve estar assente como «um conjunto de directrizes que orientam a investigação científica».

Por sua vez, o modelo do género topológico segundo De Bruyne et al. (1975, p.36, cit por L. Michelle, G. Hérbert, B. Gérald, 1990, p. 16) é composto pelo pólo epistemológico, teórico, morfológico e técnico. O pólo epistemológico è o «o motor de pesquisa do investigador» (De Bruyne et al. 1975, p.36, cit por L. Michelle, G. Hérbert, B. Gérald, 1990, p. 17). É neste pólo, segundo Herman (1983, p.5 cit por L. Michelle, G. Hérbert, B. Gérald, p.17) que se constrói o objecto científico e a problemática da investigação.

O pólo teórico diz respeito à exigência do método utilizado em que as hipóteses se formam e a concepção se revela.

Relativamente ao pólo morfológico, este relaciona-se com estrutura da matéria científica e à apresentação do conjunto do método que possibilitou a sua construção, isto no que diz respeito a uma função de comunicação.

Finalmente o pólo técnico determina a ligação entre a construção do objecto científico e o universo dos acontecimentos, ou seja a recolha de informações sobre a realidade e a transformação das mesmas em dados importantes.

De acordo com Bogdan Robert, Biklen Sari (1991, p. 47-51) explica que a investigação científica possui cinco características:

1- a sua causa evidente de dados é o meio natural, elegendo o investigador como ferramenta primordial. Estes empenham-se nos locais de estudo para que não se perca as suas origens, utilizam diversos matérias e equipamentos, fazem entrevistas, observações, visitas de modo a complementar o trabalho de campo.
2- é descritiva. Os dados recolhidos não quantificáveis. Analisam os dados através de notas de campo, fotografias, documentos, memorandos, entrevistas, vídeos, ou outros registos.
3- os investigadores debruçam-se mais pelo procedimento do que meramente pelos efeitos do produto. Tentam perceber como é que as situações acontecem e qual a sua natureza.
4- os investigadores têm tendência para estudar as suas informações de forma indutora. Glaser Strauss (1967, cit por Bogdan Robert, Biklen Sari, p. 50) designam a este procedimento de teoria fundamentada ou seja, o investigador começa por analisar os dados recolhidos, agrupa-os e seguidamente elabora uma teoria sobre o seu objecto de estudo. Passa da informação geral para o particular.
5- o significado é muito importante. Os investigadores interessam-se por saber o modo como os indivíduos administram as suas vivencias diárias. Piaget (1971,cit por Baillé Jacques, Hadji Charles, p.75) afirma que um "investigador deve elaborar, assim, métodos especiais adaptados ao seu objecto particular e estes devem ser, simultaneamente métodos de abordagem e de verificação".

No que diz respeito à metodologia quantitativa Fox (1987, p. 695) define "por datos quantitativos entendemos simplemente datos que se pudem analizar directamente es decir, que se puedem contar, expressar por números e tratar como números".

Santesmases (1997,cit por Arias Astray,Andrés, Fernández Prados, Juan Sebastián, Fernandez Ramirez, Baltasar, Gonsález Ramíez, Baltasar,Gonsález Gómez, Andrés, Manzano Arrondo, Vicente, Padilha García, José Luis, Pérez Meléndez, Cristiano, Rojas Tejada, António J. 1998, p.118) cita que "un cuestionario es el documento que recoge de forma organizada las perguntas sobre el objectivo de la encuesta". No entanto, de acordo com os autores, esta definição exige duas mudanças para adapta-la ao conteúdo e orientação.

Primeiro podemos substituir a palavra “perguntas” por indicadores. Segundo, no objectivo da pesquisa devemos mencionar as variáveis implicadas nesse mesmo objectivo. Assim reformulam a definição “ Um cuestionario es el documento que recoge de forma organizada los indicadores de las variabes implicadas en el objectivo de la encuesta”.

Mas, porque é que é importante utilizar um questionário, segundo estes autores?

Porquê que é que é útil utilizar a pesquisa? Porque o questionário é um instrumento de informação na pesquisa e as razões que levaram à realização da mesma são as que motivaram a elaboração de um questionário.

O questionário é um instrumento de medida e a maioria das pesquisas pretende quantificar uma ou outra informação conduzida pelos questionados. Quantificar as respostas das pessoas é medir as variáveis implicadas no objectivo da pesquisa.

Relativamente ao questionário efectuado neste estudo, salientam-se as perguntas de caracter subjectivo nomeadamente no que se refere ao bem-estar sentido. Os autores referem que este tipo de perguntas faz referência aos sentimentos, crenças, opiniões juízos de valores dos inquiridos. Estas varáveis definem-se como atitudes. Lambert (1989,cit por Arias Astray,Andrés, Fernández Prados, Juan Sebastián, Fernandez Ramirez, Baltasar, Gonsález Ramíez, Baltasar,Gonsález Gómez, Andrés, Manzano Arrondo, Vicente, Padilha García, José Luis, Pérez Meléndez, Cristiano, Rojas Tejada, António J. 1998, p.134) por sua vez, define atitude como “una respuesta evaluativa, relativamente estable, en relación a un objeto, que tiene componentes o consecuencias cognitivas, afectivas y probabelmente comportamentales”.

Acrescentamos a esta opinião que as referidas componentes têm um caracter muito individual de análise e que a sua medição relaciona-se com os padrões de cada indivíduo.

Recolhidos os questionários estes foram quantificados e analisados.

No que se relaciona com a metodologia qualitativa aplicamos o estudo de caso onde tentamos compreender o ponto de vista dos participantes. Este conhecimento particular procura descobrir respostas para o estudo em causa. É uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando

procuramos compreender, descrever ou explorar acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos factores.

De acordo com Denzin e Lincoln, (1994, p.2) a pesquisa qualitativa é multimetodológica quanto ao seu cerne, o que leva ao envolvimento de abordagens interpretativas e naturalistas dos conteúdos. Isto significa que o pesquisador estuda factos num ambiente natural, cujo objectivo é interpretar e dar sentido aos fenómenos, de acordo com o significado que as pessoas lhe atribuem.

Minayo, (1996, p.10), define o método qualitativo como aquele capaz de agregar o significado da intencionalidade fazendo parte dos actos, das relações, das estruturas sociais, sendo estas tomadas tanto no seu aparecimento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Podemos ainda abordar o método clinico-qualitativo, cujo objetivo é visualizar um sujeito na sua totalidade, num ambiente não controlado, onde aquele que pesquisa entra em contacto com os procedimentos patológicos. Neste contexto, Turato (2000, p.96) acrescenta ainda que esta metodologia científica é adequada para descrever e interpretar os sentidos e os significados aos acontecimentos e que estão relacionados com a vida de um individuo. É uma pesquisa realiza num ambiente natural, onde o doente pode verbalizar algo de caracter emocional, criando uma relação de proximidade e interacção pessoal com o individuo.

Parece-nos igualmente importante abordar o estudo de caso nesta investigação, sendo esta abordagem metodológica adequada para compreendermos, descrevermos, analisarmos, explorarmos e avaliarmos diversos acontecimentos onde estão envolvidos vários factores.

Para Stake (2005, p.15) o estudo de caso permite prestar atenção aos problemas concretos das nossas escolas: “O caso pode ser um menino. Pode ser um grupo de alunos ou um determinado movimento de profissionais preocupados com uma situação relativa à infância”. O autor mostra que o estudo de caso procura captar a complexidade de um “sistema”, na sua actividade: “O estudo de caso é um sistema integrado. Não é necessário que as partes funcionem bem, os objectivos podem ser irracionais, mas é um sistema” (2005, p.15).

Clara Coutinho e José Chaves (2002, p.224) fazem referência a cinco características básicas de um estudo de caso:

- é um “sistema limitado” e tem fronteiras “em termos de tempo, eventos ou processos” e que “nem sempre são claras e precisas”;
- é um caso sobre “algo”, que necessita ser identificado para conferir foco e direcção à investigação;
- é preciso preservar o carácter “único, especifico, diferente, complexo do caso”
- a investigação decorre em ambiente natural;
- o investigador recorre a fontes múltiplas de dados e a métodos de recolha diversificados: observações directas e indirectas, entrevistas, questionários, narrativas, registo de áudio e vídeo, diários, cartas, documentos, entre outros.

Para Yin (2005, p.381) o estudo de caso leva a fazer “observação directa e a coligir dados em ambientes naturais” sendo diferente de confiar em “dados derivados”. Diz ainda “Como esforço de pesquisa, o estudo de caso contribui, de uma forma inigualável, para a compreensão que temos de fenómenos individuais, organizacionais, sociais e políticos (2002, p.21).

Nesta investigação também nos baseamos na observação directa de comportamentos, acções e emoções vivenciadas nas diferentes rotinas do dia para o entendimento de factos reais.

Os depoimentos das crianças e acompanhantes foram maioritariamente registados por escrito, pelos próprios ou referidos verbalmente sendo organizados de acordo com o estudo desenvolvido. É de salientar que alguns comentários foram semelhantes, transmitindo ideias pensamentos ou sentimentos comuns que foram expressos livremente. Não lhes foi pedido o registo ou induzida uma situação para que estes se revelassem.

C. Wright Mills (s.d. cit por Bogdan Robert, Biklen Sari 1991, p. 218) diz que “os factos disciplinam a razão; mas a razão é a guarda avançada em qualquer campo de aprendizagem”. Acrescentamos a esta citação que as ideias ficam ao longo do tempo e os depoimentos são a prova deste facto, sendo necessário que as ideias sejam renovadas com novas experiência e aprendizagens.

Pelo exposto, verifica-se que a metodologia usada neste trabalho apresenta um recorte de carácter psico-pedagógico, caracterizado pelo recurso a técnicas de variada índole, que configuram uma metodologia de trabalho do tipo misto.

Cook y Reichardt (1986, p. 23-27) consideram três razões úteis para sugerir o uso dos métodos qualitativos e quantitativos.

> "Los numerosos propósitos que tiene normalmente la investigación. Dicha variedad de necesidades requiere, lógicamente, una diversidad de métodos. La utilización conjunta de dos métodos-tipo permite que se fecunden recíprocamente, ofreciendo intuiciones que ninguno de ellos podría aportar por si solo. El hecho evidente de que todos los métodos tienen un sesgo que se puede soslayar con el empleo conjunto. Sólo utilizando técnicas múltiples es posible triangular la verdad subyacente."

Partilhamos a opinião destes autores porque ao fazer um levantamento de dados com uma população permanentemente variável e diversificada, torna-se necessário a utilização das duas metodologias para que ambas se possam complementar e apoiar uma na outra, obtendo-se assim resultados credíveis, para um estudo científico. Deste modo, o relacionamento afável e a ocupação das crianças e acompanhantes com actividades pedagógicas induzem a uma opinião favorável do internamento. Dizemos, por observação directa que há uma sintonia de emoções entre as crianças e acompanhantes, sendo o internamento uma aprendizagem positiva.

Este método tem naturalmente algumas limitações porque os resultados obtidos e as conclusões só se aplicam à amostra tal como está construída e para esta população específica.

É de salientar que nem todos os inquiridos responderam a todos as informações ou perguntas realizadas.

2.1. PARTICIPANTES

A população alvo tem idades compreendidas entre os 6 anos e os 17 anos, embora a idade pediátrica vá até aos 18 anos.

Os doentes internados podem ter sempre presente dois acompanhantes. Um, permanece 24h, o outro das 9h até às 22h.

Os acompanhantes podem ser familiares ou outrem, desde que devidamente identificados através de cartões que lhes são entregues no momento do internamento.

Não existe hora de visita. Entre as 9h e as 20h os doentes podem ser visitados.

As orientações podem alteradas se a situação clínica da criança o exigir ou se o serviço estiver sobrelotado. Nestes casos só é permitida a presença de uma pessoa junto da criança.

2.2. MATERIAL

Durante a investigação foram realizados questionários e foram recolhidas mensagens escritas de livre e espontânea vontade, pelas crianças.

Os referidos questionários foram realizados de acordo com a minha experiencia de trabalho, com as características das crianças, nomeadamente a idade, com os seus hábitos de vida diária, cujo objectivo foi prestar a melhor qualidade de atendimento e intervenção.

2.3. PROCEDIMENTO

Procurámos registar durante um ano, o mais objectivamente possível, os sentimentos vividos pelas crianças, servindo-nos de instrumentos umas vezes mais estruturados (questionários) e outras mais livres (desenhos, textos), susceptíveis de captar as mensagens genuínas dos participantes neste estudo. Para tal, construímos questionários nos quais pedíamos aos respondentes que registassem os seus estados emocionais nas diversas rotinas diárias.

Da parte dos adultos, recolhemos ainda os testemunhos sobre as actividades desenvolvidas e sobre a sua experiência hospitalar, tomada no seu conjunto.

As crianças, além da abordagem por questionário, especialmente para as mais velhas e capacitadas para o fornecimento de respostas de autoria genuína, foram abordadas com metodologias mais abertas e susceptíveis à criatividade, à projecção de estados emocionais internos e à comunicação desinibida durante os jogos e outras actividades adaptadas às respectivas idades, tais como pinturas, dramatizações, conto ou reconto de histórias genuínas ou aprendidas, etc. Estes momentos, tornaram-se naturalmente facilitadores das respostas aos questionários sobre como se sentem, durante as suas rotinas diárias.

A investigação efectuada no Serviço de Pediatria trata-se de um estudo de caso onde foram realizados dois questionários.

No questionário relativo às actividades pedagógicas, as perguntas foram seleccionadas de acordo com a prática de algumas sessões já realizadas anteriormente, de modo a reajustar o questionário à compreensão de todos.

Este questionário teve como objectivo verificar se as actividades, tais como: relaxamento através da visualização interior de imagens, sessões de riso, e a música contribuíram para o bem-estar emocional das crianças hospitalizadas e acompanhantes.

Inicialmente este questionário foi entregue aos acompanhantes para que pudessem ajudar as crianças a responder. Verificámos, após algum tempo, que as respostas eram dadas em função daquilo que os acompanhantes pensavam e sentiam, o que nos levou a criar dois questionários. Um para os adultos e outro para as crianças. Deste modo, pudemos constatar qual o sentimento e opinião das crianças face às actividades medindo o nível de satisfação das mesmas e dos acompanhantes que participaram. As respostas dos adultos e crianças permitiram obter resultados sobre o grau de empatia e sintonia entre ambos que não fazem parte deste estudo.

O questionário relativo às emoções sentidas pelas crianças durante o internamento e o impacto que as actividades pedagógicas criaram quer nas crianças, quer nos acompanhantes foi alvo de estudo.

Foram ainda deixadas mensagens ou depoimentos pelas crianças e acompanhantes.

As perguntas sobre as emoções sentidas, nas diferentes rotinas diárias, foram seleccionadas em função das nossas preocupações e após o

desenvolvimento teórico da dissertação, para que pudéssemos adquirir maior informação e conhecimento relativo ao significado das diferentes emoções.

No momento da alta as crianças preencheram os questionários. Inicialmente foram somente entregues questionários de emoções positivas, a alegria e carinho. Por verificarmos que os primeiros cinquenta respondentes não obtiveram qualquer dificuldade, optamos por entregar os restantes questionários, referentes às emoções vergonha, tristeza, ansiedade e medo, de uma só vez. No entanto, relativamente a estas emoções apenas obtivemos quarenta respondentes disponíveis. Para além disso, nos questionários de emoções negativas alteramos o tipo de avaliação, ajustando-a à melhor compreensão das crianças, como se pode verificar pelos gráficos apresentados posteriormente.

Os questionários foram entregues às crianças que já frequentavam o primeiro ciclo ou outros ciclos de ensino para que os pudessem ler e interpretar autonomamente. Não foram contempladas as faixas etárias anteriores porque verificámos que as crianças não compreenderam o seu conteúdo.

O preenchimento dos questionários foi feito na nossa presença. Sempre que surgiram dúvidas, explicamos a questão por outras palavras. No entanto é de salientar que praticamente não emergiram incertezas, hesitações ou dúvidas nas respostas.

Em simultâneo, durante o processo de internamento pedimos a cada criança que registasse de manhã, numa tabela de dupla entrada, todas as emoções sentidas no dia anterior, nas principais rotinas diárias. Maior parte das crianças iam registando durante o dia aquilo que sentiam e só no dia seguinte é que registavam como decorreu a noite, sendo por isso mais credíveis e fiáveis as respostas dadas.

As rotinas diárias: acordar, higiene, medicação /tratamento, visita médica, alimentação, ocupação dos tempos livres, visitas do exterior e o deitar foram seleccionadas porque julgamos serem os momentos mais importantes de cada dia.

Os questionários foram validados antes de serem aplicados para podermos verificar se eram de fácil compreensão para as crianças e acompanhantes.

Segundo Gauthier (1987, cit por L. Michelle, G. Hérbert, B. Gérald, 1990, p. 68), «a preocupação com a validade é, antes mais, aquela exigência por parte do investigador que procura que os seus dados correspondam estritamente

àquilo que pretendem representar, de modo verdadeiro e autêntico». Acrescenta ainda que existe precisão de «acrescentar a noção de utilização dado que, como afirma Stuffebeam (1985, p.207 cit por L. Michelle, G. Hérbert, B. Gérald, 1990, p. 69), a preocupação com a validade aplica-se menos aos próprios dados do que àquilo que se lhes faz e àquilo que lhes fazem dizer».

De Ketele (1988, p.101 cit por L. Michelle, G. Hérbert, B. Gérald, 1990, p. 69), descreve a validação como «o processo por meio do qual o investigador se certifica de que aquilo que ele deseja observar, aquilo que ele realmente observa e o modo como a observação é levada a cabo se adequam ao objectivo da investigação».

Concordando com a opinião dos autores, os dados foram experimentados antes de serem aplicados, verificando a coerência dos mesmos, a intenção e os procedimentos utilizados para poder obter resultados fiáveis.

3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

As crianças internadas são maioritariamente do concelho de Matosinhos e as restantes abrangem o concelho da Maia.

Trata-se de uma amostra de conveniência por selecção natural.

É de frisar que a idade pediátrica é até aos 18 anos. O público-alvo foi constituído por 260 crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos. Com este total a amostra permitiu-nos obter dados fiáveis e satisfatórios.

Saliente-se, que para as emoções de alegria e carinho obtivemos 100 respondentes e para as restantes emoções, vergonha, tristeza, ansiedade e medo responderam por cada emoção, 40 crianças e adolescentes, o que perfaz um total de 260.

Note-se, o significado de cada emoção é algo muito pessoal e depende de muitos factores, razão pela qual foi entregue apenas um questionário a cada doente. Deste modo, poder-se-ia garantir, com maior fiabilidade, que as crianças não iriam misturar os diferentes significados emocionais.

Todos os questionários apresentados foram analisados e aprovados pelo Director do Serviço de Pediatria, Director do Departamento da Mulher, da criança e do Jovem e pela Comissão de Ética.

4. DADOS ESTATÍSTICOS DAS EMOÇÕES SENTIDAS PELAS CRIANÇAS DURANTE AS SUAS ROTINAS DIÁRIAS.

Seguidamente, iremos apresentar os gráficos referentes às respostas dadas para cada emoção. Antes da sua apresentação é colocada a pergunta realizada às crianças. Para avaliação usamos escalas com termos de compreensão acessível e familiar para as crianças. Relativamente às emoções, alegria e carinho utilizamos a seguinte escala: pouco, suficiente, bom e muito bom. Sendo as restantes emoções de carácter inibidor para o desenvolvimento da criança, a vergonha, tristeza, ansiedade e medo recorremos a uma escala de avaliação diferente, nada, pouco, muito e muitíssimo, para melhor interpretação das crianças.

4.1. LEVANTAMENTO DOS DADOS REFERENTES À ALEGRIA

Escolhemos esta emoção para avaliação do bem-estar da criança durante a hospitalização, por duas razões:

1º- Por ser uma emoção primária positiva, que exprime de forma imediata, a congruência entre a avaliação realizada das situações ou acontecimentos relativamente às expectativas que o sujeito tem sobre o seu bem-estar próximo futuro (o seu "Quality World", na versão da "Choice Theory" de William Glasser);

2º- Por ser uma emoção facilmente identificável e discriminável, em intensidade, pelas crianças e acompanhantes, ou seja por ser identificável nas expressões corporais externas associadas aos processos emocionais internos dos sujeitos.

Deste modo perguntamos às crianças:

- "Em que momento te sentiste alegre?"

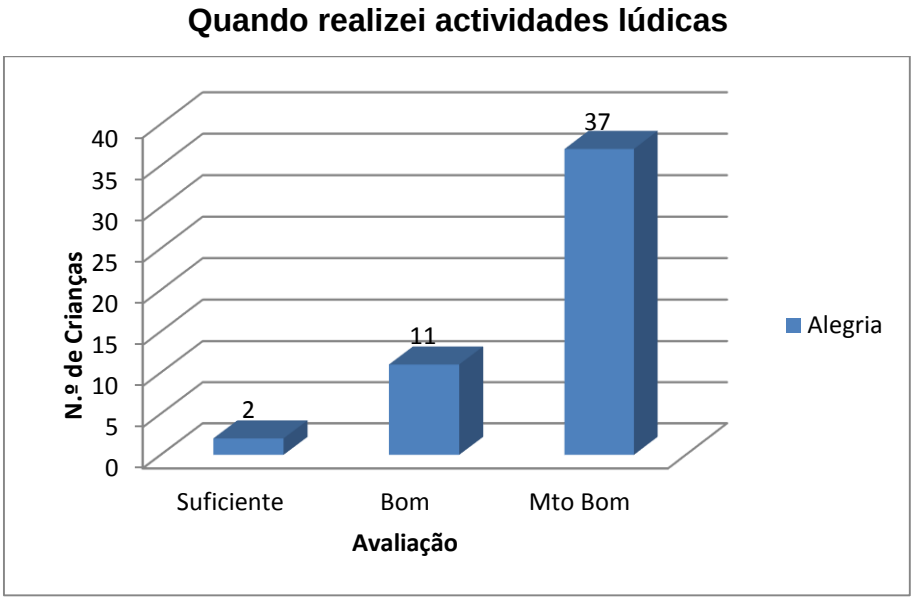


Gráfico 1

Ao realizarem as actividades, 2 (4%) das crianças sentiram-se suficientemente alegres, 11 (22%) avaliaram com bom a sua alegria e 37 (74%) muito bom. Não se registam dados relacionados com a restante avaliação. Não se registam dados relacionados com o nível da escala “pouco”.

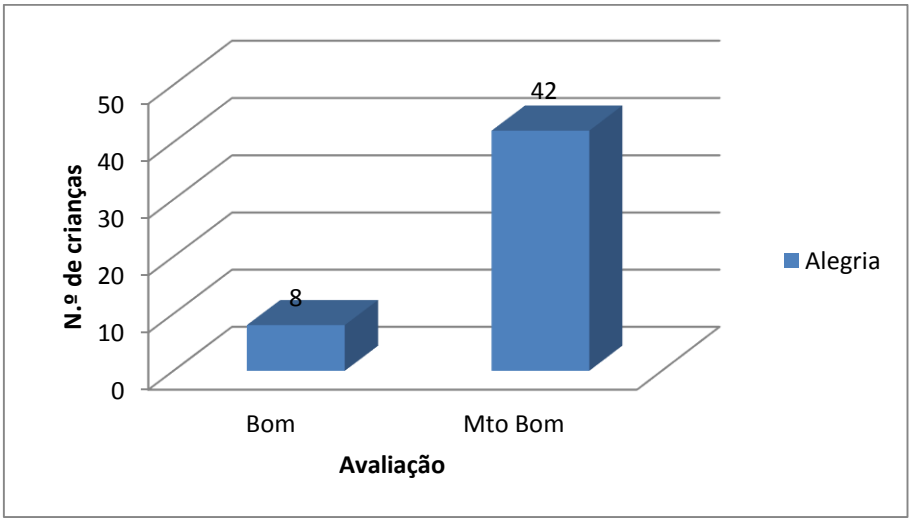


Gráfico 2

Todas as crianças sentiram-se alegres reconhecendo que as pessoas que as rodeavam delas, tendo 42 (84%) avaliado de bom e 8 (16%) de muito bom. Não se registam dados relacionados com a restante avaliação. Não se registam dados relacionados com os níveis da escala “pouco” e “suficiente”.

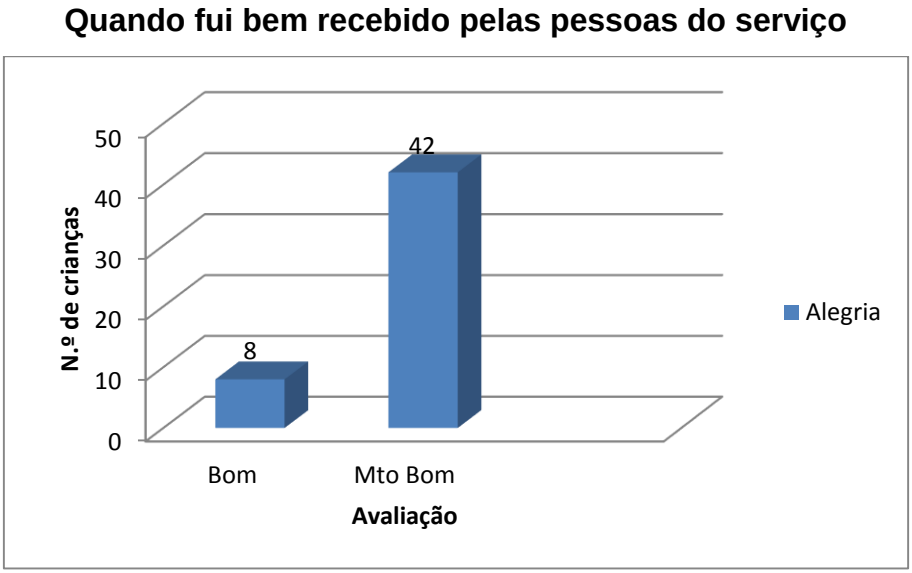


Gráfico 3

Todas as crianças ficaram alegres ao reconhecerem que foram bem recebidas pela equipa do Serviço de Pediatria, tendo 8 (16%) avaliado de bom e 42 (84%) de muito bom. Não se registam dados relacionados com os níveis da escala "pouco" e "suficiente".

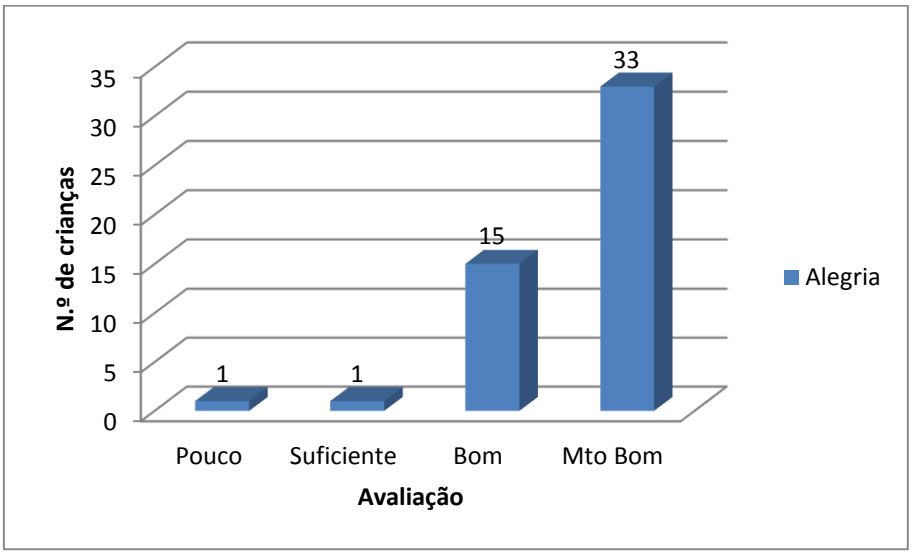


Gráfico 4

Apenas 1 (2%) criança sentiu-se pouco alegre na conversa que estabeleceu sobre o seu estado de saúde. Igualmente, 1 (2%) criança avaliou de suficiente o seu estado de alegria, 15 (30%) de bom e 33 (66%) de muito bom.

Quando me disseram que colaborei com a equipa do Hospital

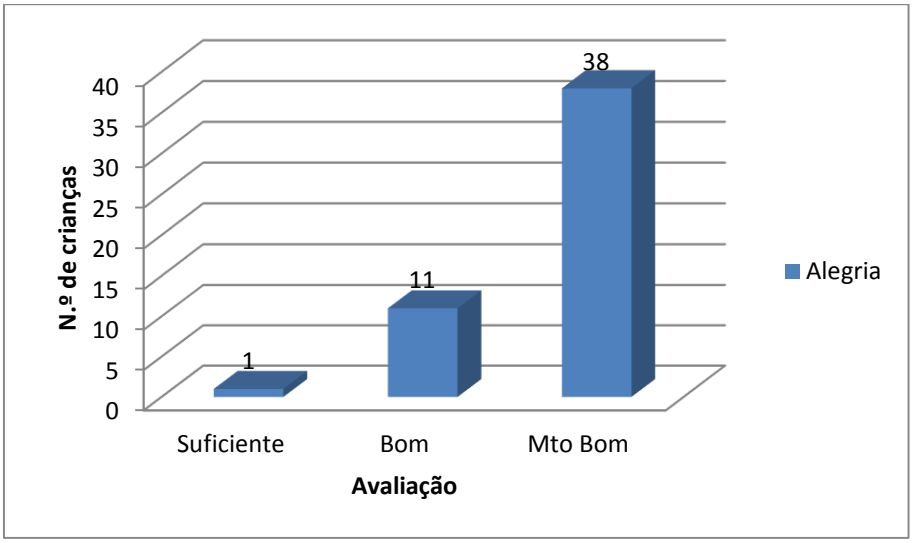


Gráfico 5

As crianças ficaram alegres quando lhes disseram que colaboraram com a equipa do hospital. Apenas 1 (2%) avaliou de suficiente a sua colaboração. Não se registam dados relacionados com o nível da escala “pouco”.

Durante a minha higiene

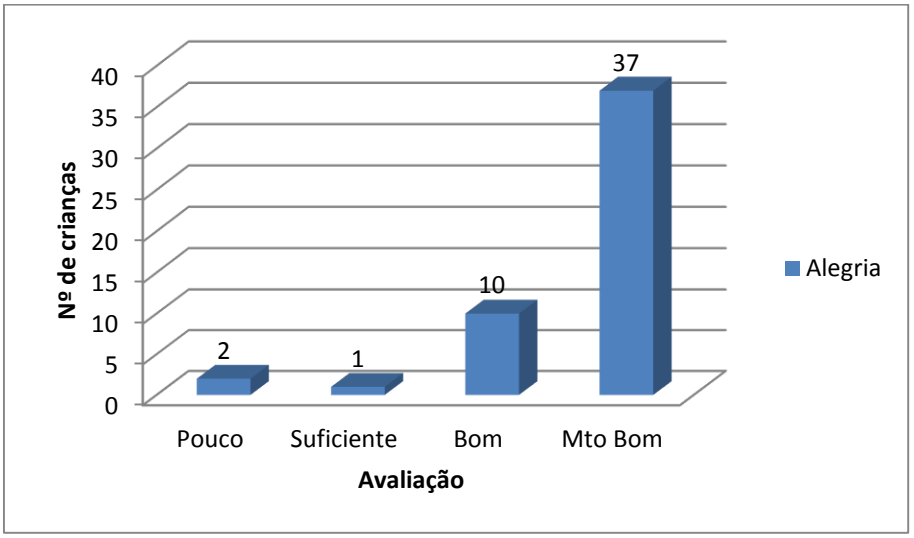


Gráfico 6

Na sua grande maioria as crianças ficaram alegres no momento da higiene. Apenas 2 (4%) doentes consideraram não se sentirem alegres durante a sua higiene, 1 (2%) criança sentiu-se suficientemente alegre, 10 (20%) atribuíram uma avaliação de bom à alegria sentida no momento da higiene e 37 (74%) de muito bom.

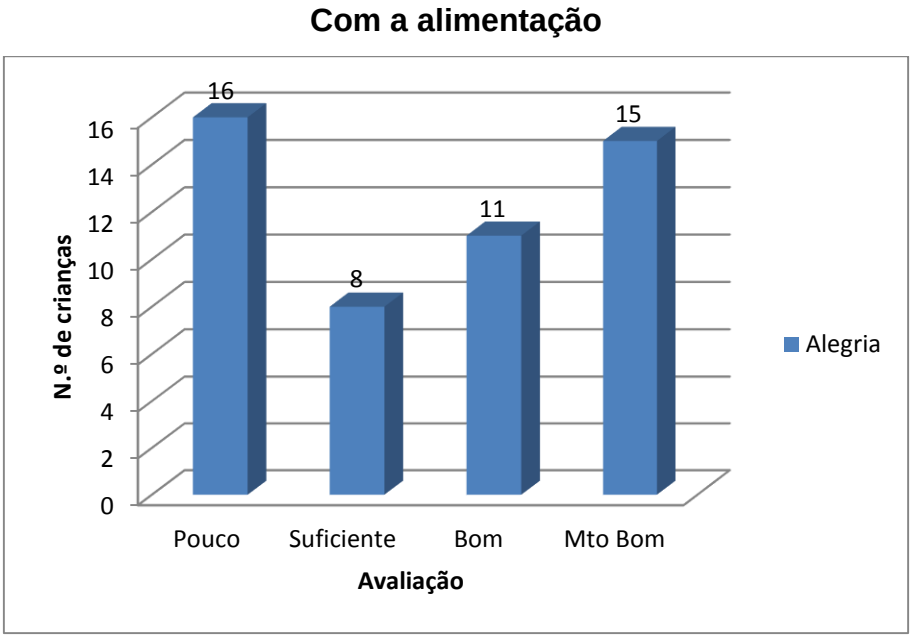


Gráfico 7

As crianças, 16 (32%) sentiram-se pouco alegres com a refeição, 8 (16%) consideraram suficiente, 11 (22%) atribuíram uma avaliação de bom e 15 (30%) de muito bom.

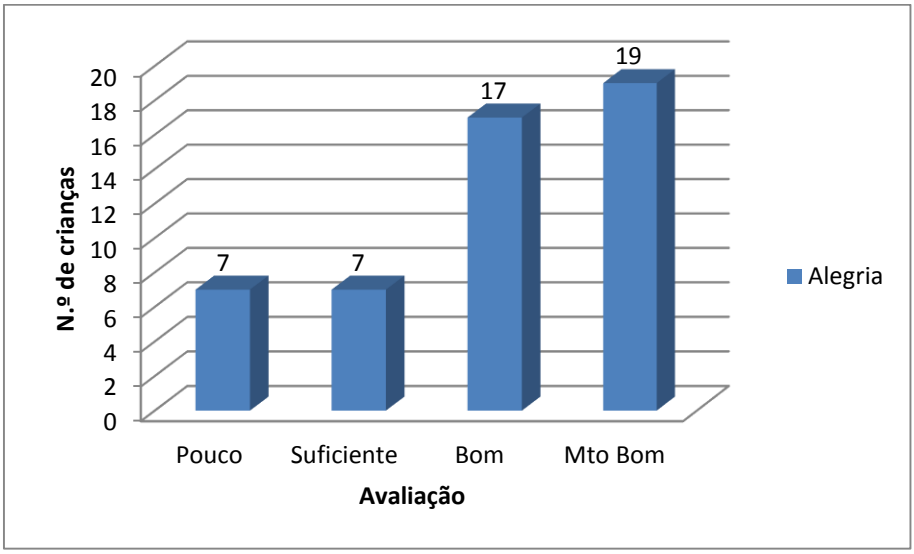


Gráfico 8

As crianças, 7 (14%), sentiram-se pouco alegres nos momentos em que não conseguiram manter-se calmos nos exames e tratamentos. O mesmo número de crianças, 7 (14%) sentiram-se suficientemente alegres com a sua calma, 17 (34%) atribuíram a classificação de bom e 19 (38%) de muito bom.

Quando verifiquei que no hospital não era aquilo que imaginava

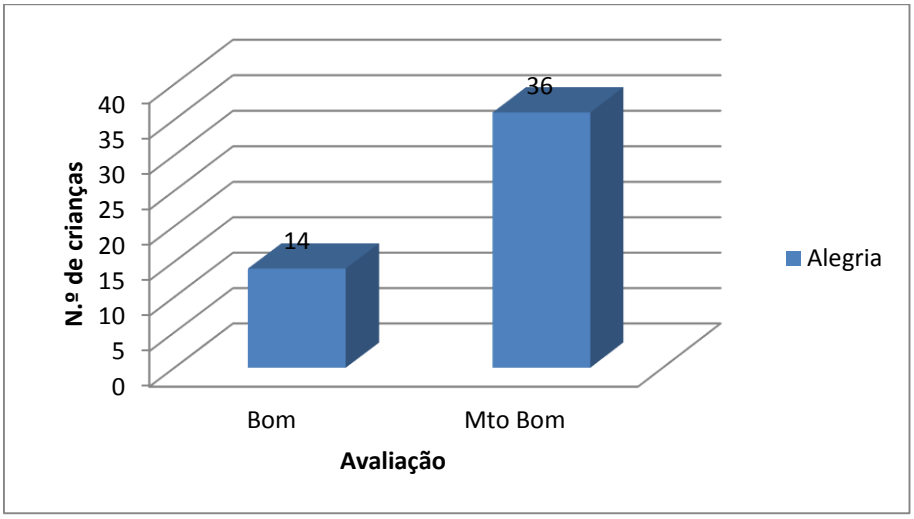


Gráfico 9

As 50 (100%) crianças sentiram-se alegres quando verificaram que o hospital não era aquilo que pensavam ser. Foi atribuindo avaliação de 14 (28%) a bom e 36 (72%) a muito bom. Não se registam dados relacionados com os níveis da escala ”pouco” e “suficiente”.

Quando soube que já podia ir para casa

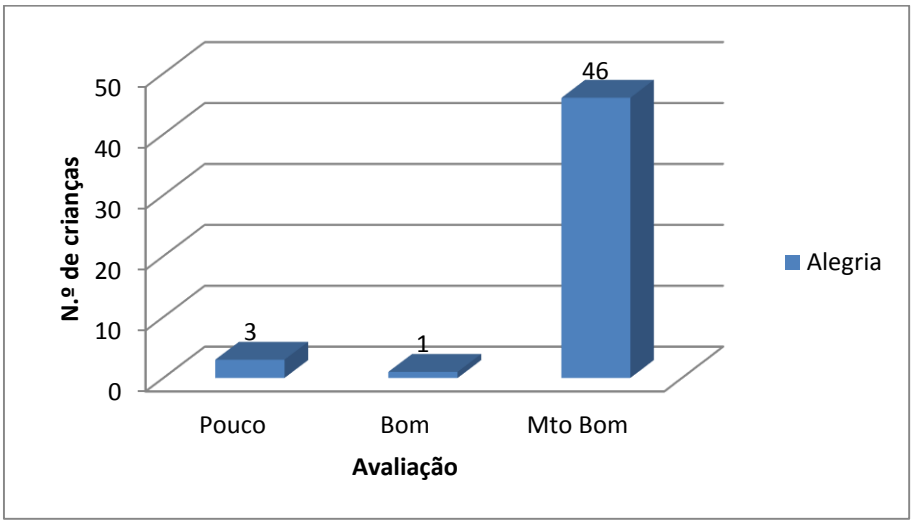


Gráfico 10

Maior parte das crianças, 46 (92%) sentiram-se alegres por saberem que já podiam ir para casa. No entanto, é de salientar que algumas crianças, 3 (6%) demonstraram pouca vontade de regressar a casa e apenas 1 (2%) avaliou de bom esta alegria. Não se registam dados relacionados com o nível da escala “suficiente”.

Pela análise dos questionários referentes à emoção da alegria durante o período de internamento, podemos verificar que a esta emoção predominou nas ocasiões em que a criança esteve em contacto com os adultos que dela tratavam, em situações lúdicas ou de comunicação em que revelavam interesse pelo seu bem-estar e lhe explicavam o que se passava. Nestas situações, a criança não só teve a possibilidade de exprimir as suas habilidades e emoções, como também acedeu a um sentimento de segurança pessoal ao conhecer e poder antecipar o que ia acontecer, ao mesmo tempo que fortaleceu os laços de confiança com os profissionais que lhe asseguraram o êxito do tratamento para a doença que originou o seu internamento.

Tal como as crianças e os acompanhantes evidenciaram nos comentários que eles próprios escreveram sobre a sua permanência no hospital, os momentos de alegria e bem-estar foram-lhes proporcionados pela boa disposição, disponibilidade de todos os profissionais que os acompanharam, nos diversos momentos. Por vezes, foi feita referência explícita ao “Pátio das Ideias” (sala onde decorrem as actividades) e às actividades nele desenvolvidas, mas o que sobressaiu dos testemunhos foi o clima de satisfação e positividade emocional que impregnou todas as acções dos profissionais que ali estiveram para cuidar das crianças.

De notar, que mesmo os momentos em que foram anunciadas às crianças e seus familiares os tratamentos a decorrer posteriormente, estes foram vivenciados de forma positiva, apesar alguns questionários assinalarem que nem sempre conseguiram manter a calma nos exames e tratamentos a que foram submetidos. É nossa convicção que o esclarecimento das crianças e dos familiares sobre os tratamentos futuros e a respectiva intenção terapêutica contribuiu significativamente para o aumento da resiliência face a esses momentos de dor. A possibilidade de tornar previsível o “futuro próximo” fez diminuir a ansiedade e ajudou a criança a reunir forças para enfrentar essa “adversidade”. Internamente, foi-se predispondo para enfrentar, com confiança, essas situações menos positivas. O clima de confiança nos adultos que a trataram e o sentimento de alegria que predominou nas suas vivências levaram a que esses momentos fossem apreendidos como interregnos num contínuo de bem-estar e de esperança no futuro.

As refeições e os exames ou tratamentos são situações que suscitaram mais momentos em que a alegria não será a emoção predominante. Apesar disso, é elevado o número de crianças que avaliaram esses momentos como de satisfação e alegria.

É de realçar que, na maior parte dos momentos do dia de internamento, não se verificaram avaliações de “pouco” ou “suficiente”, indicando que as duas cotações mais altas foram as escolhidas pela totalidade das crianças e acompanhantes para exprimirem os seus estados emocionais nesses momentos do dia. O papel das actividades estruturadas no “Pátio das Ideias” foi determinante para a criação desse clima emocional favorável que se estendeu aos outros momentos do dia.

De acordo com a experiência de vida da criança, do seu desenvolvimento, do seu contexto familiar e social, a alegria foi sentida em função da avaliação interna que esta fez do serviço de pediatria. A percepção que a criança teve, da forma como foi recebida, da informação de saúde que lhe foi transmitida, dos elogios que teve face aos procedimentos terapêuticos, o seu comportamento, da relação que manteve com todos os intervenientes presentes no seu processo de recuperação, das actividades pedagógicas, da alimentação e da higiene, permitiu-lhe determinar a intensidade da alegria sentida. Todas estas dimensões alcançadas com êxito, foram sentidas de uma forma positiva, provocando um estado de alegria.

Neste questionário, verificou-se ainda que maior parte das crianças sentiram-se alegres quando lhes foi comunicada a alta. No entanto, por observação directa, verificámos que existiu igualmente um sentimento de “pena” por deixar o Serviço de Pediatria. Por vezes a criança sentiu-se dividida entre as saudades de casa e a alegria inesperada inerente ao internamento, pesando naturalmente mais o ambiente familiar.

4.2. LEVANTAMENTO DOS DADOS REFERENTES AO CARINHO

Durante o internamento pretendemos que as crianças reforçassem os seus laços familiares uma vez que um dos adultos acompanhantes pôde permanecer vinte e quatro horas e o outro até às vinte e uma horas.

Para além disso, gostaríamos de saber qual o nível de afecto estabelecido com os acompanhantes e com a equipa hospitalar.

No questionário que apresentámos às crianças substituímos a palavra afecto por carinho, por ser um conceito de compreensão mais acessível.

O sentimento de carinho surge quando a criança sente realizada a necessidade de pertença a um grupo de referência em que os sujeitos estão vinculados por laços de empatia e afecto incondicional, constituindo a sua "rede social de apoio" mais próxima. O sentimento emergente desta proximidade física e psicológica constitui o afecto (do latim, afectum = ligado, do verbo aficio = ligar) que proporciona protecção e segurança, especialmente nas situações em que a criança se pode sentir indigente frente às dificuldades circunstanciais do momento.

Assim perguntamos às crianças:

- "Em que momentos sentiram carinho?"

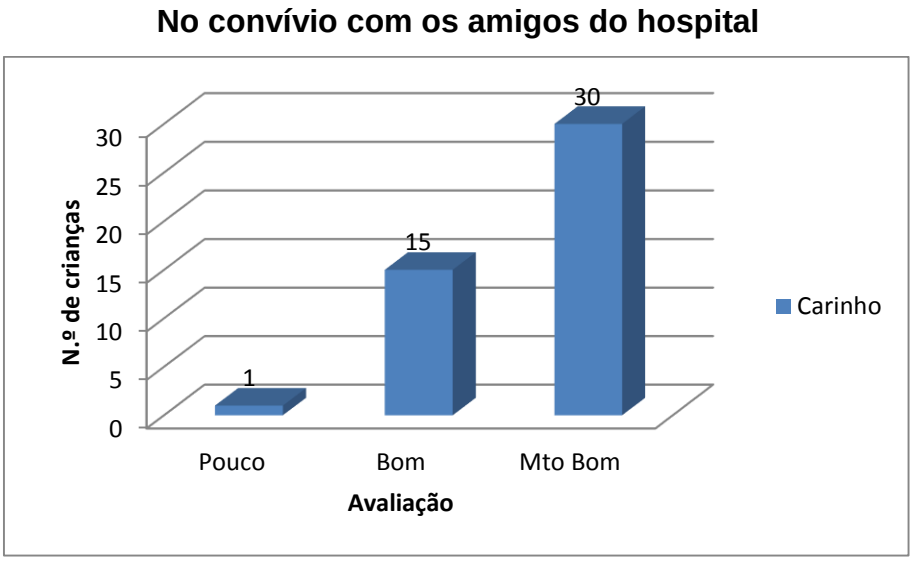


Gráfico 11

As crianças sentiram carinho no convívio que fizeram com os amigos do hospital. Avaliação de bom foi atribuída por 15 (32,6) doentes e de muito bom por 30 (65,2). Apenas 1 (2,2%) criança sentiu pouco carinho. Não se registam dados relacionados com o nível da escala "suficiente".

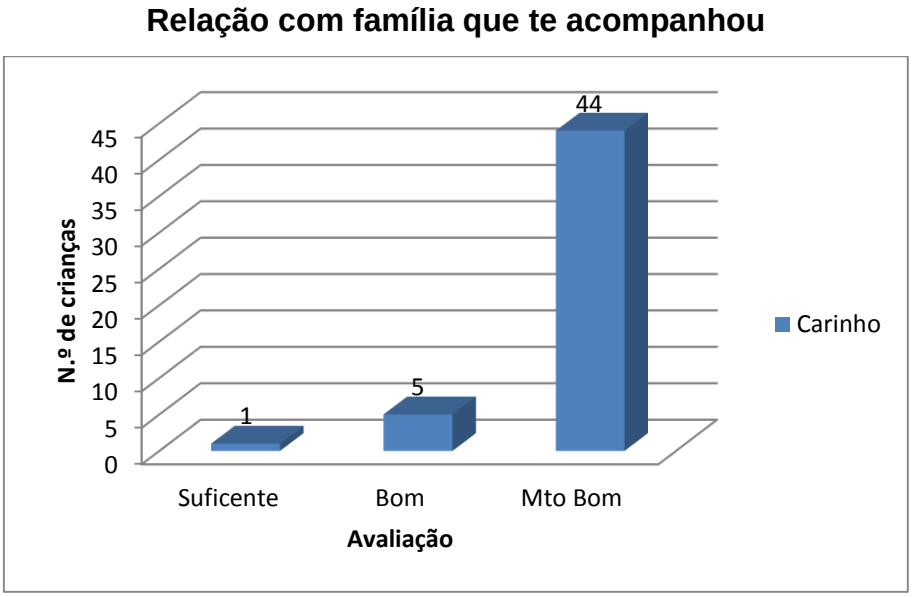


Gráfico 12

As crianças sentiram que a relação estabelecida com a família foi muito carinhosa. Apenas 1 (2%) avaliou de suficiente o carinho que sentiu, 5 (10%) de bom, 44 (88%) de muito bom. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”pouco”.

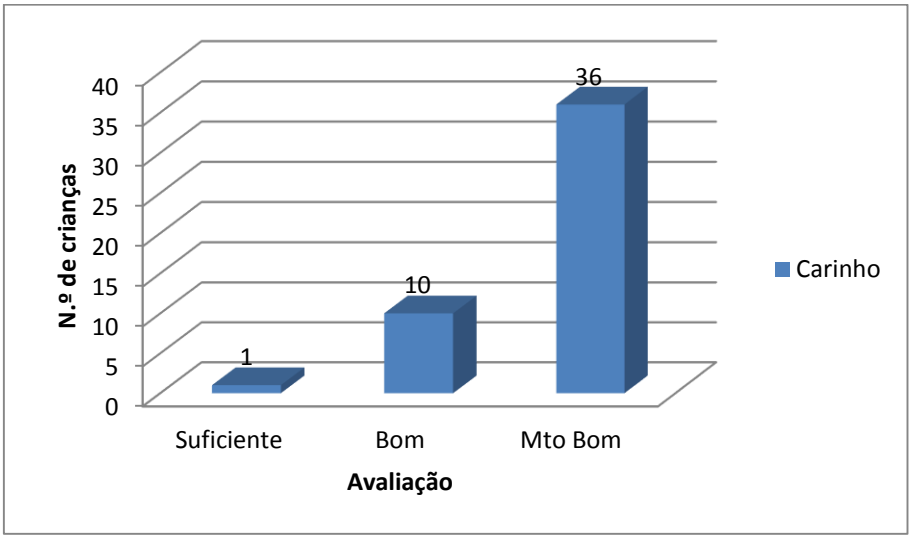


Gráfico 13

Quando a criança foi visitada por outros familiares foi sentido um ambiente de carinho. Apenas 1 (2,1%) criança avaliou de suficiente o carinho sentido neste convívio, 10 (21,3%) atribuíram a avaliação de bom e 36 (72%) de muito bom. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”pouco”.

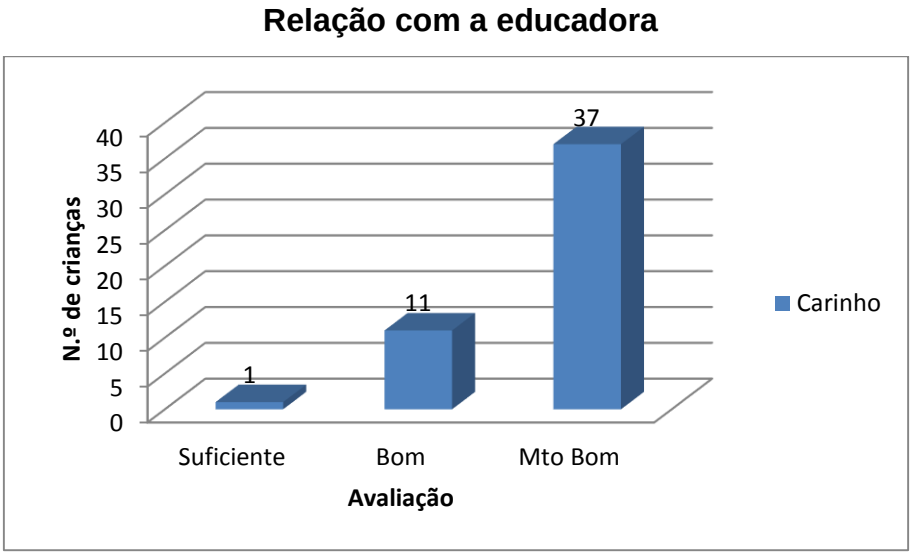


Gráfico 14

Apenas 1 (2%) criança avaliou de suficiente o carinho sentido na relação estabelecida com a educadora, 11 (22%) de bom e 37 (75,5%) de muito bom. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”pouco”.

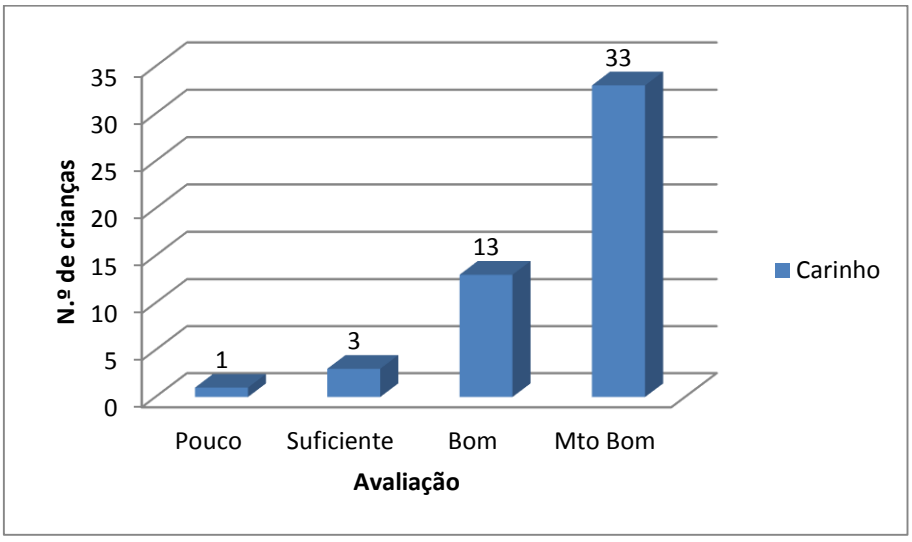


Gráfico 15

Apenas 1 (2%) criança frisou que sentiu pouco carinho na relação que estabeleceu com as enfermeiras, 3 (6%) avaliaram de suficiente o carinho, 13 (26%) de bom e 33 (66%) de muito bom.

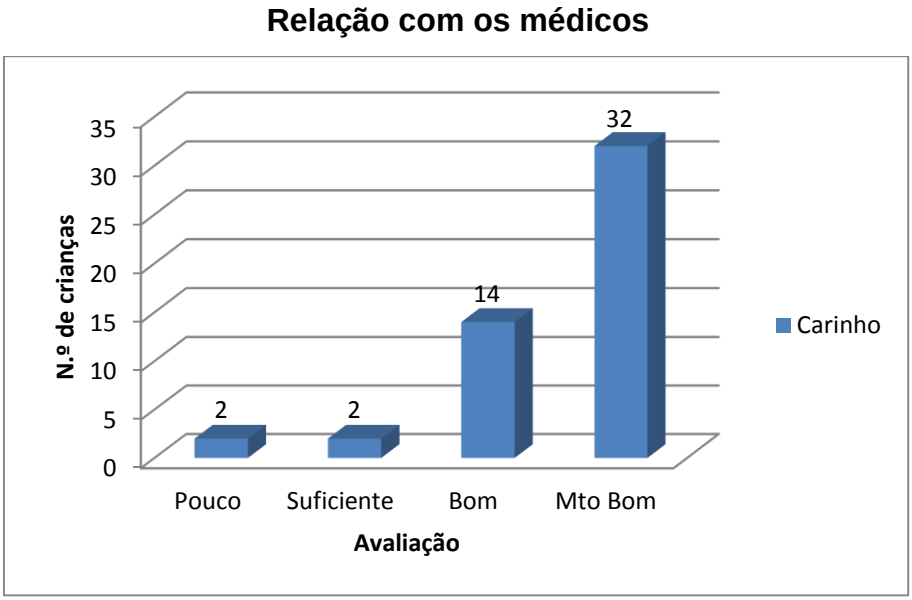


Gráfico 16

Na relação com os médicos somente 2 (4%) crianças sentiram pouco carinho, 2 (4%) avaliaram de suficiente o carinho estabelecido, 14 (28%) de bom e 32 (64%) de muito bom.

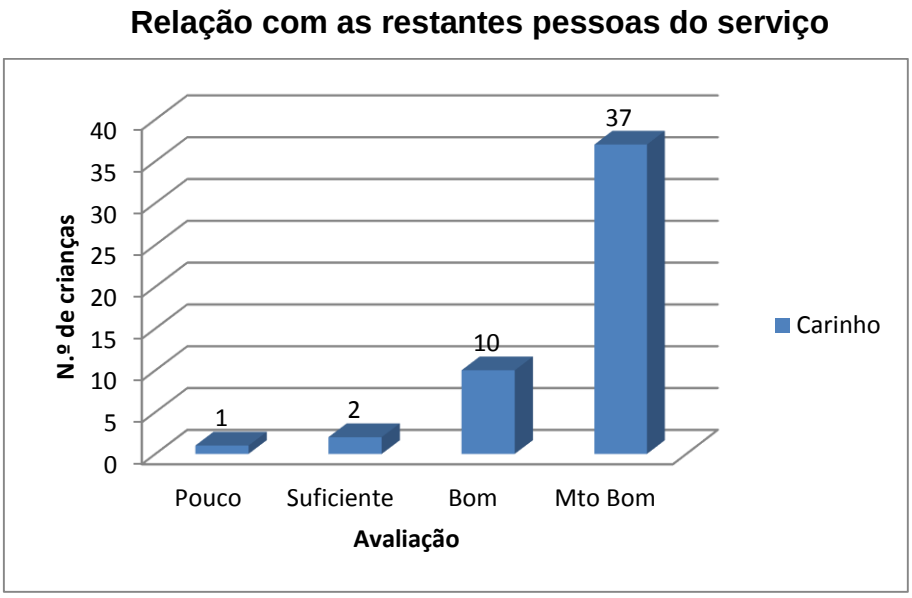


Gráfico 17

Unicamente 1 (2%) criança sentiu pouco carinho na relação que estabeleceram com as restantes pessoas do Serviço, 2 (4%) avaliaram de suficiente, 10 (20%) de bom e 37 (74%) de muito bom.

Mais uma vez se evidenciou que a comunicação com o “outro”, seja ele uma outra criança ou um qualquer dos restantes adultos, constituiu um momento de satisfação e de bem-estar para a criança. Sempre que essa interacção aconteceu, a criança sentiu-se protegida e auto-confiante.

Devemos ter aqui em atenção que este contributo do “outro” para o bem-estar da criança só aconteceu, quando ela percebeu que existiu uma autêntica disponibilidade e interesse do adulto pelo seu bem-estar, assim como uma fácil acessibilidade à comunicação com os que a rodeavam.

As actividades promovidas no “Pátio das ideias” contribuiram certamente para aumentar a intensidade desta interacção com os diferentes actores daquele espaço hospitalar, não deixando a criança passar muito tempo sozinha ou sem comunicação significativa. A intensidade da comunicação e o feed-back positivo que continuamente lhe foi fornecido pelos adultos tornou-a o foco central das atenções e forneceu-lhe uma imagem positiva de si mesma, o que é agradável para qualquer ser humano.

É de realçar a paridade estatística da figura da educadora com a dos familiares, acompanhantes ou visitantes, com um nível de confiança e intimidade que equipara ambos os grupos. Entretanto, esta emoção de “carinho” é igualmente muito evidenciada na comunicação com os médicos e enfermeiros o que indica uma grande confiança e disponibilidade para aceitar as respectivas orientações e colaborar nos tratamentos efectuados por estes.

Os familiares/acompanhantes destacaram-se no nível de confiança e intimidade com as crianças, equiparando-se todos os restantes grupos no contributo para o bem-estar da criança durante o internamento. Em nosso entender, que esta percepção avaliativa resulta do facto de as crianças e os acompanhantes estarem envolvidos numa dinâmica de interacções positivas, referida nos testemunhos como “sorridentes”, “bem dispostos”, “disponíveis”, etc., que se estende à totalidade do internamento, criando um sentimento permanente de elevado “bem-estar”, dentro das limitações que as circunstâncias impõem.

Em função dos resultados apresentados concluímos que a emoção carinho foi sentida com afecto por alguém que esteve presente durante o internamento, que interagiu com a criança de uma forma positiva e protectora, preocupando-

se com ela, proporcionando momentos de bem-estar, transmitindo-lhe confiança e estabilidade.

4.3. LEVANTAMENTO DOS DADOS REFERENTES À VERGONHA

A escolha desta emoção teve como objectivo verificar em que situações é que as crianças sentiram pudor ou timidez, uma vez que estavam a tratar de aspectos relacionados com o físico, principalmente com os adolescentes.

Esta emoção é frequente na nossa cultura, devido à valorização negativa dos acontecimentos ligados com o nosso corpo, reforçados ainda pelo facto de se tratar de dificuldades e disfuncionamentos do mesmo.

A imagem do corpo, como componente do auto-conceito pessoal, torna-se ainda mais sensível se estiver associada à situação de doença e torna-se ainda mais negativa se for associada à culpabilidade pela doença própria. Esta ligação é frequentemente utilizada pelos acompanhantes das crianças, degradando a auto-estima das mesmas e carregando sobre elas a responsabilidade pela cura. A nosso ver, isso não fortalece a criança, antes a fragilizando perante os tratamentos e a dor que tem de suportar.

Questionámos, por isso, a presença desta emoção nos diversos momentos da vida das crianças hospitalizadas, para ver se a sua auto-imagem pode ser afectada no relacionamento com os outros, durante o internamento.

Deste modo perguntamos às crianças:

- “Em que momentos sentiste vergonha?”

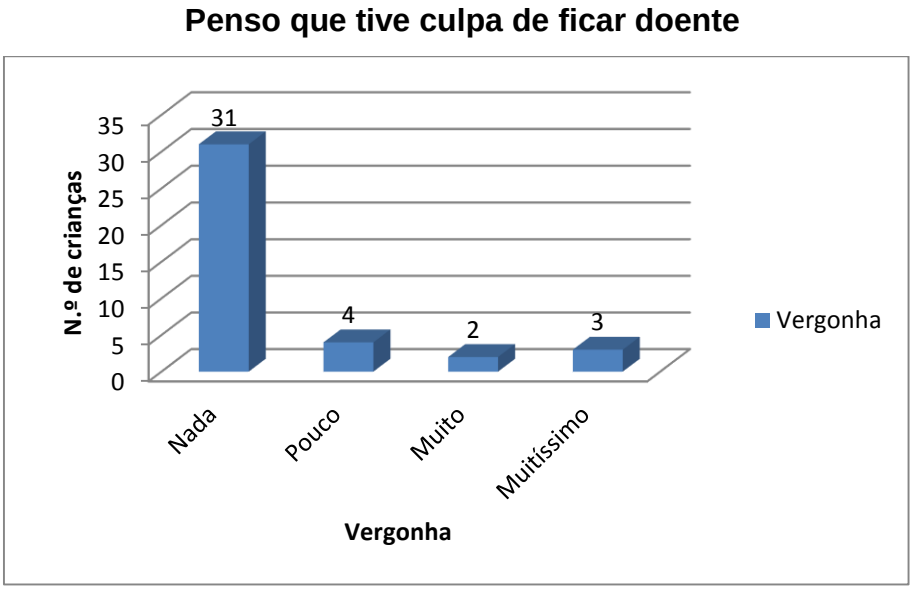


Gráfico 18

As crianças 31 (77,5%) sentiram que não tiveram vergonha por terem culpa de ficarem doentes, 4 (10%), 2 (5%) sentiram muita vergonha, 3 (7,5%) sentiram muitíssima vergonha.

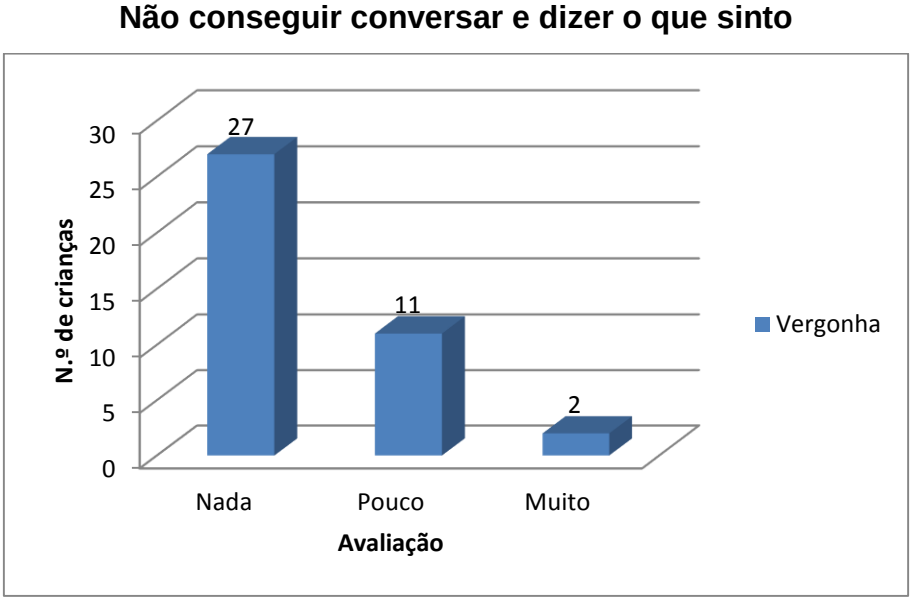


Gráfico 19

Só um número reduzido de crianças 2 (5%) é que sentiram muita vergonha em exprimirem o que sentiram, as restantes crianças 11 (27,5%) sentiram pouca vergonha e 27 (67,5%) não tiveram qualquer vergonha. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”muitíssimo”.

Quando conversaram comigo sobre o que se ia passar

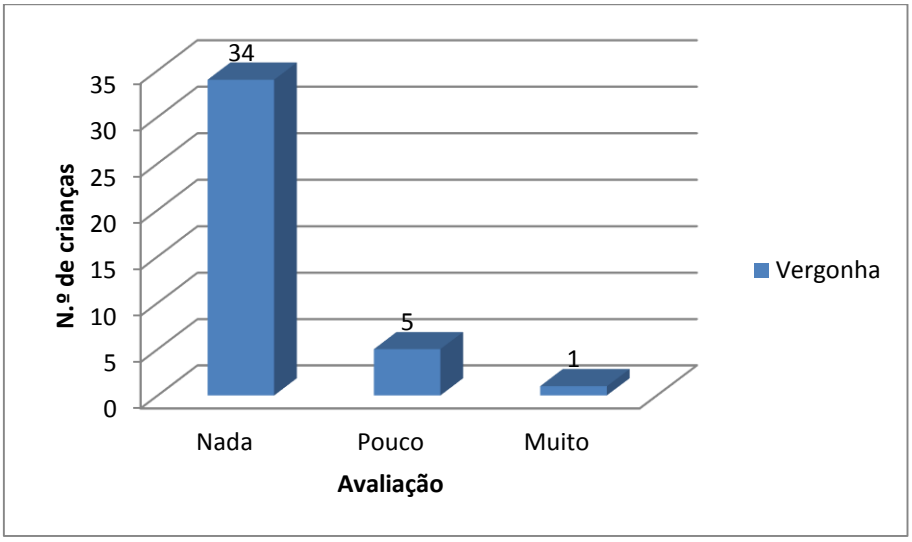


Gráfico 20

A maior parte das crianças, 34 (85%), não sentiram nenhuma vergonha quando falavam sobre os procedimentos inerentes à sua doença, 5 (12,5%) sentiram pouca vergonha. Apenas 1 (2,5%) criança sentiu muita vergonha. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”muitíssimo”.

Por não colaborar e corresponder com a equipa

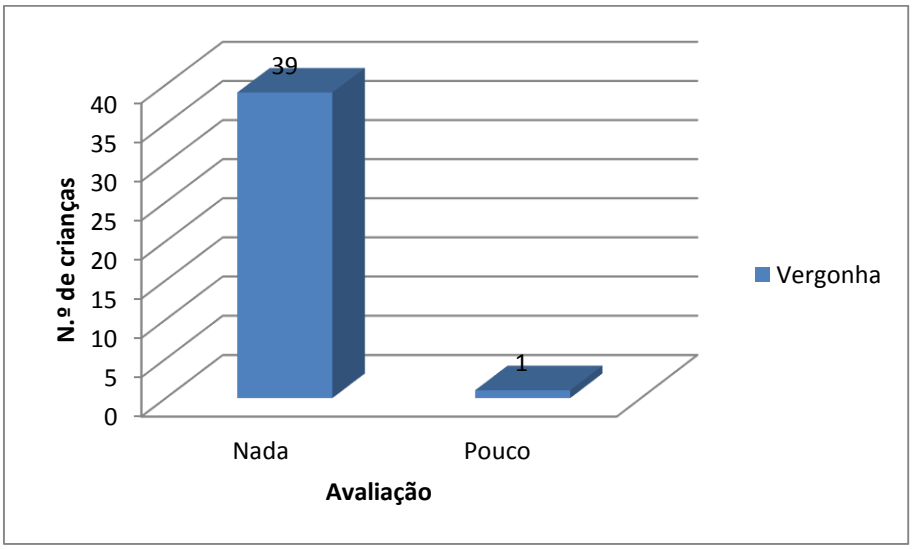


Gráfico 21

As crianças, 39 (97,5%) não sentiram vergonha por não colaborarem e corresponderem com a equipa do Serviço. Apenas 1 (2,5%) criança sentiu pouca vergonha. Não se registam dados relacionados nem com o nível da escala ”pouco”, nem com os níveis da escala ”muito” e “muitíssimo”.

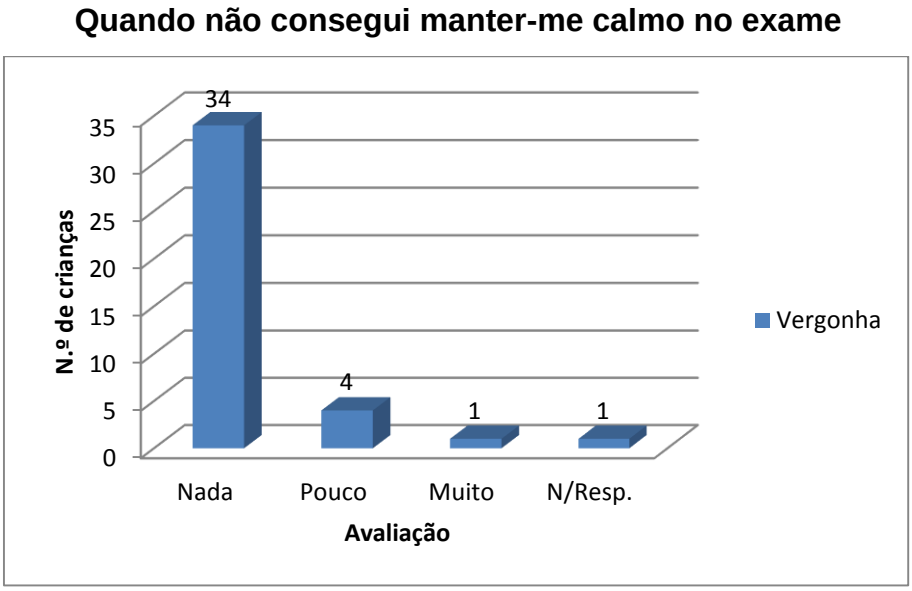


Gráfico 22

As crianças 34 (87,18%) não tiveram vergonha em expressar que não se mantiveram calmos nos exames e tratamentos, 4 (10,26%) sentiram pouca vergonha, 1 (2,5%) sentiu muita vergonha. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”muitíssimo”.

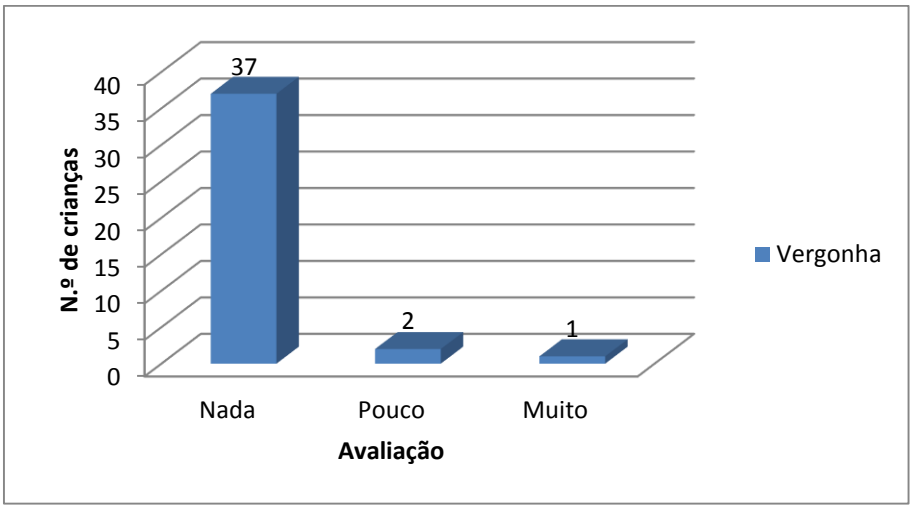


Gráfico 23

A maioria das crianças 37 (92,5%) não tiveram vergonha de conviver com os amigos que fizeram durante o internamento, 2 (5%) sentiram pouca vergonha e apenas 1 (2,5%) teve muita vergonha. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”muitíssimo”.

Gráfico 24

Todas as crianças 40 (100%) revelaram que não sentiram qualquer vergonha em receber visitas do exterior. Não se registam dados relacionados com os níveis da escala ”pouco” “muito” e “muitíssimo.

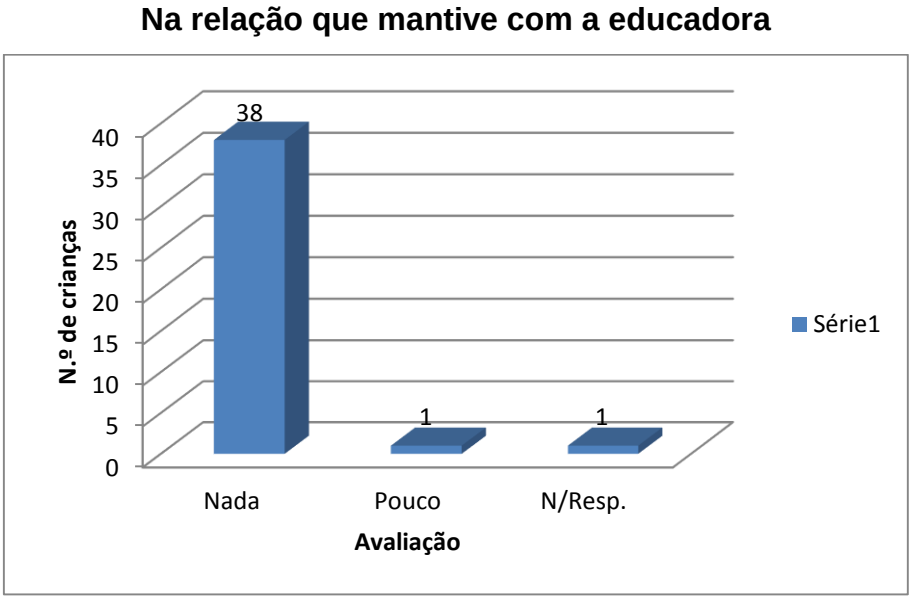


Gráfico 25

Apenas 1 (2,5%) criança sentiu pouca vergonha em relacionar-se com a educadora. As restantes 38 (97,44%) não sentiram vergonha nenhuma 1 (2,5%) não respondeu. Não se registam dados relacionados com os níveis da escala ”muito” e “muitíssimo”.

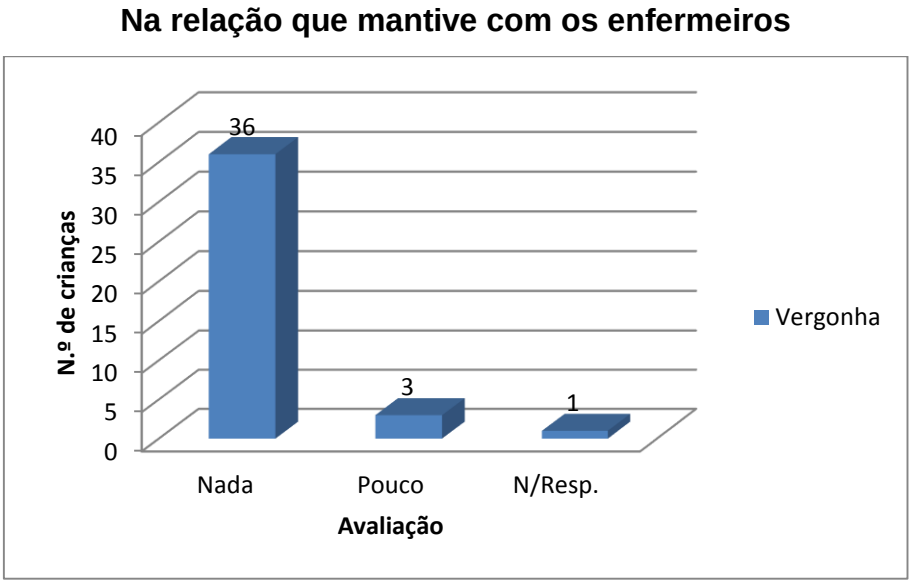


Gráfico 26

Um número elevado de crianças 36 (92,31) não teve vergonha de se relacionar com os enfermeiros, 3 (7,69%) sentiram pouca vergonha e 1 (2,5%) não respondeu. Não se registam dados relacionados com os níveis da escala ”muito” e “muitíssimo”.

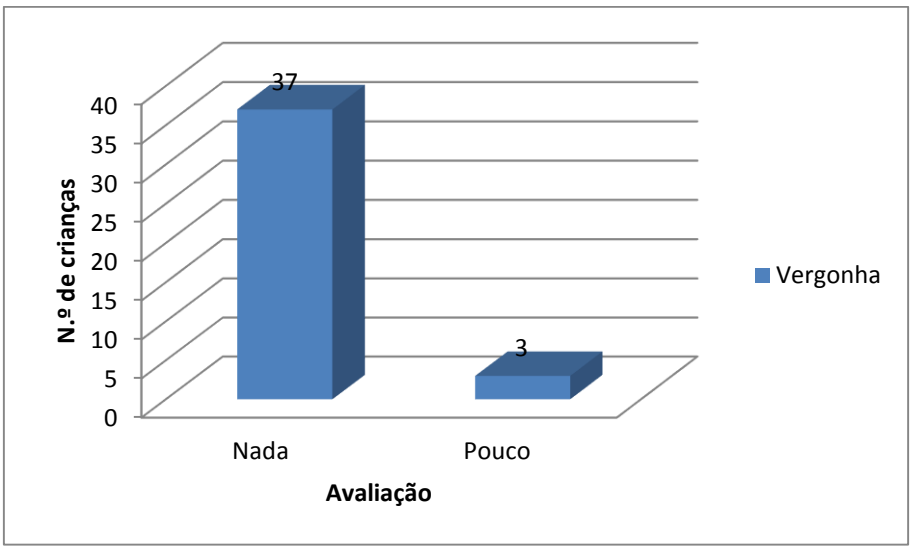


Gráfico 27

Maior parte das crianças, 37 (92,5%) não teve vergonha de se relacionar com os médicos e 3 (7,5%) tiveram pouca vergonha. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”muito” e “muitíssimo”.

Na relação que mantive com as pessoas do serviço

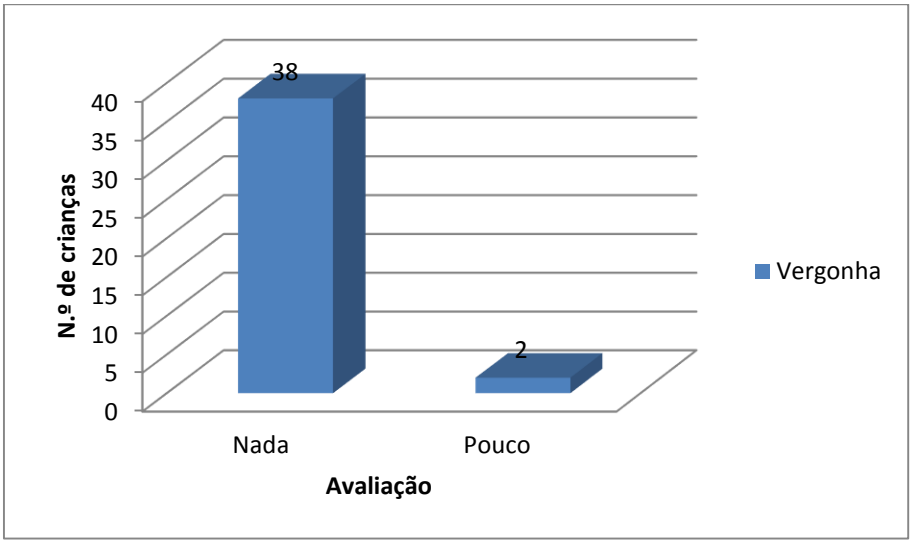


Gráfico 28

As crianças 38 (95%) não tiveram vergonha de manter contacto com os técnicos do Serviço de Pediatria e apenas 2 (5%) manifestaram pouca vergonha. Não se registam dados relacionados com os níveis da escala ”muito” e “muitíssimo”.

Durante a minha higiene

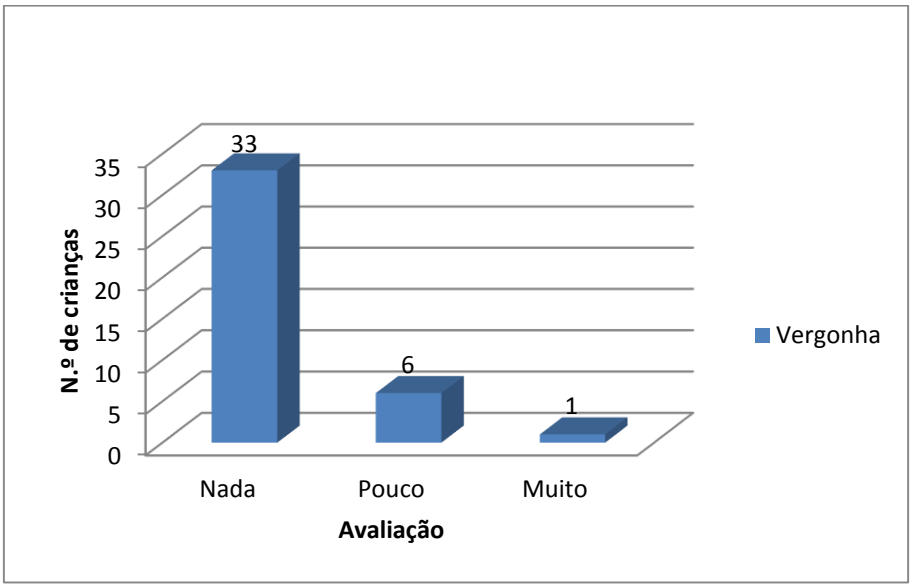


Gráfico 29

Um grande número de crianças 33 (82,5%) não sentiram nenhuma vergonha durante a sua higiene, 6 (15%) revelaram pouca vergonha e 1 (2,5%) revelou ter muita vergonha. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”muitíssimo”.

Os resultados dos questionários indicaram que os momentos mais propícios a esta emoção foram: o momento da higiene pessoal, as situações de expressão das emoções pessoais e os momentos de sentimento de culpa pela própria doença, embora os dados não sejam muito relevantes.

A enfatização da vergonha perante a situação de fragilidade do próprio corpo e da sua disfuncionalidade pode constituir um dos factores de dor e desconforto da criança hospitalizada. A imagem desagradável que o doente pode construir de si mesma leva-a a considerar-se menos valiosa e digna de admiração e protecção por parte dos seus familiares e amigos mais íntimos, inibindo-lhe a alegria de viver e de se mostrar perante os outros com naturalidade, o que não se verificou neste inquérito.

Concluiu-se que a maioria das crianças não sentiram muita e muitíssima vergonha nas relações que mantiveram, podendo exprimir o que sentiram, gostando de conviver e de colaborar com a equipa do Serviço.

4.4. LEVANTAMENTO DOS DADOS REFERENTES À TRISTEZA

Esta emoção foi seleccionada com o intuito de sabermos quais os momentos de maior preocupação das crianças que provocaram tristeza.

Este sentimento pode provocar apatia, não querendo colaborar com os clínicos, ou participar em qualquer tipo de actividade pedagógica. Ao contrário pode desenvolver uma descarga de energia excessiva principalmente para quem cuida da criança.

Relativamente à tristeza perguntamos às crianças:

- “Em que momentos te sentiste triste?”

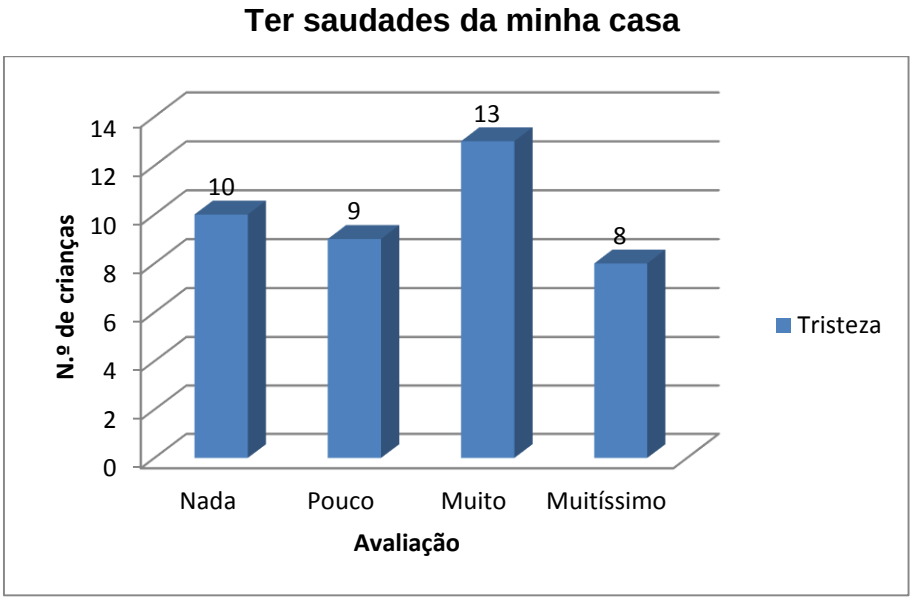


Gráfico 30

No que diz respeito às saudades de casa, 10 (25%) não sentiram tristeza, 9 (22,5%) sentiram pouca tristeza, 13 (32,5%) sentiram muita tristeza e 8 (20%) sentiram muitíssima tristeza.

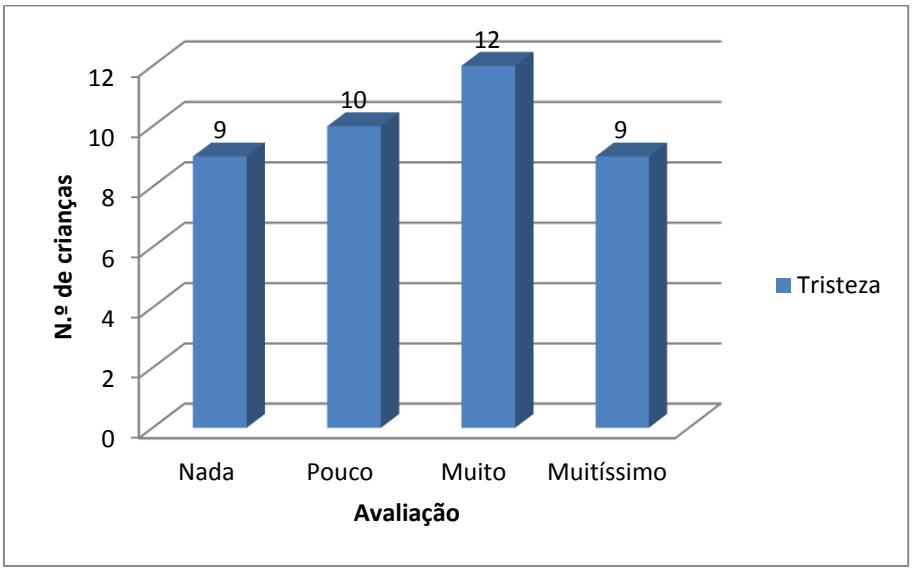


Gráfico 31

Os inquiridos, 9 (22,5%) revelaram que não se sentiram nada tristes por terem saudades da sua família, 10 (25%) sentiram pouca tristeza, 12 (30%) sentiram muita tristeza e 9 (22,5%) sentiram muitíssima tristeza.

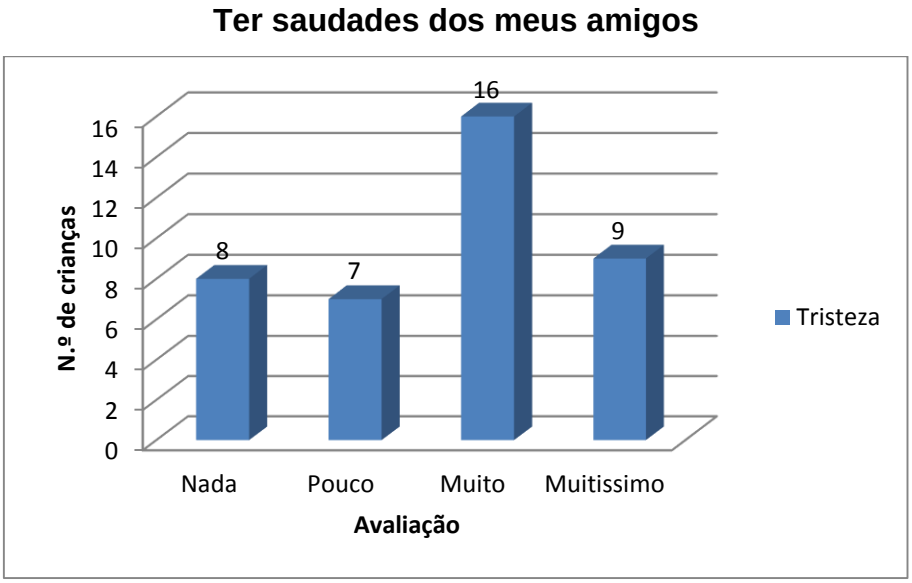


Gráfico 32

Verificarmos que as crianças 8 (20%) não sentiram tristeza por terem saudades dos amigos, 7 (17,5%) sentiram pouca tristeza, 16 (40%) sentiram muita tristeza e 9 (22,5%) sentiram muitíssima tristeza.

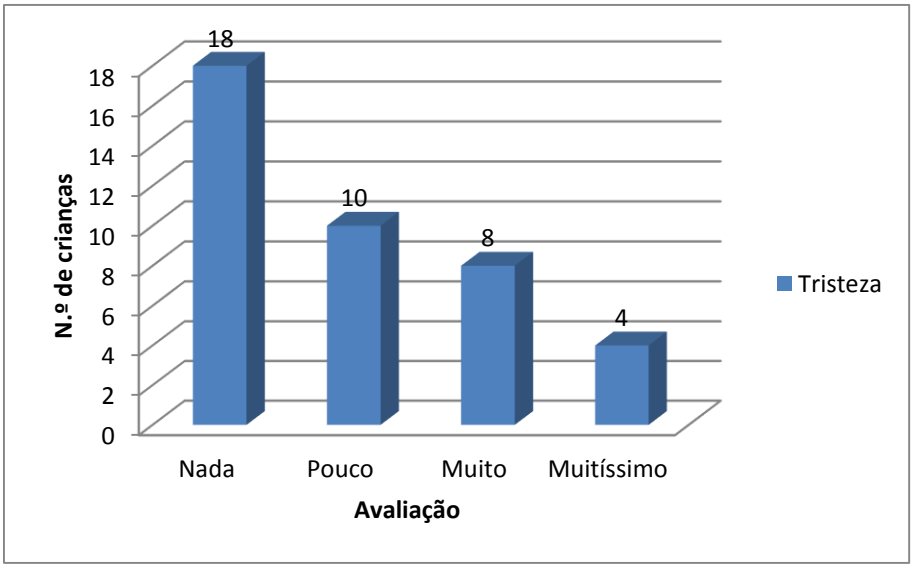


Gráfico 33

Relativamente às saudades sentidas da escola, 18 (45%) crianças, não se sentiram tristes, 10 (25%) sentiram-se pouco tristes, 8 (20%), sentiram-se muito tristes e finalmente 4 (10%) sentiram-se muitíssimo tristes.

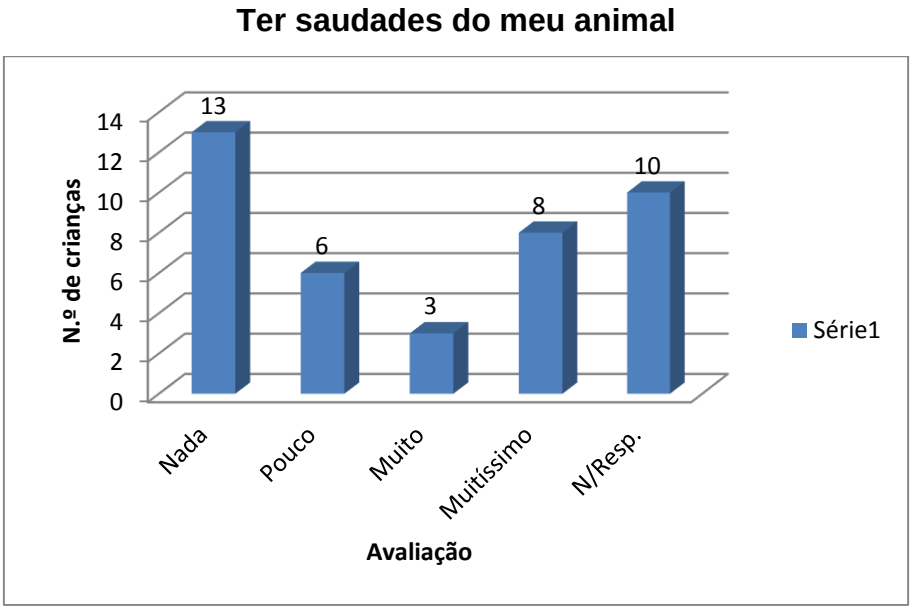


Gráfico 34

A maioria das crianças, 13 (43,33%), não tinham animal por isso não sentiram qualquer tristeza, 6 (20%) sentiram pouca tristeza por terem saudades do seu animal, 3 (10%) sentiram muita tristeza, 8 (10%) sentiram muitíssima tristeza e 10 (26,67%) não responderam.

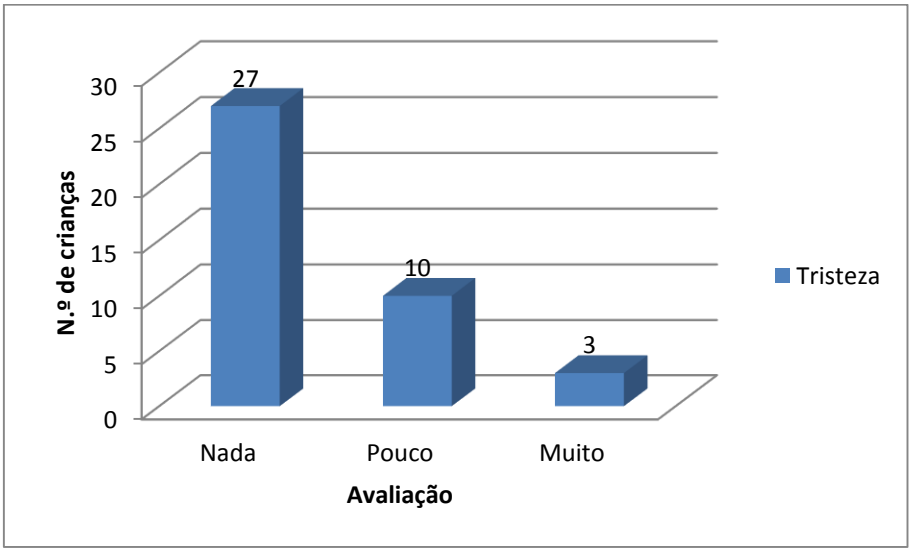


Gráfico 35

De acordo com o gráfico 27 (67,5%) das crianças revelaram que não sentiram tristeza durante os exames e tratamento clínicos, 10 (25%) sentiram pouca tristeza e 3 (7,5%) sentiram-se muito tristes. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”muitíssimo”.

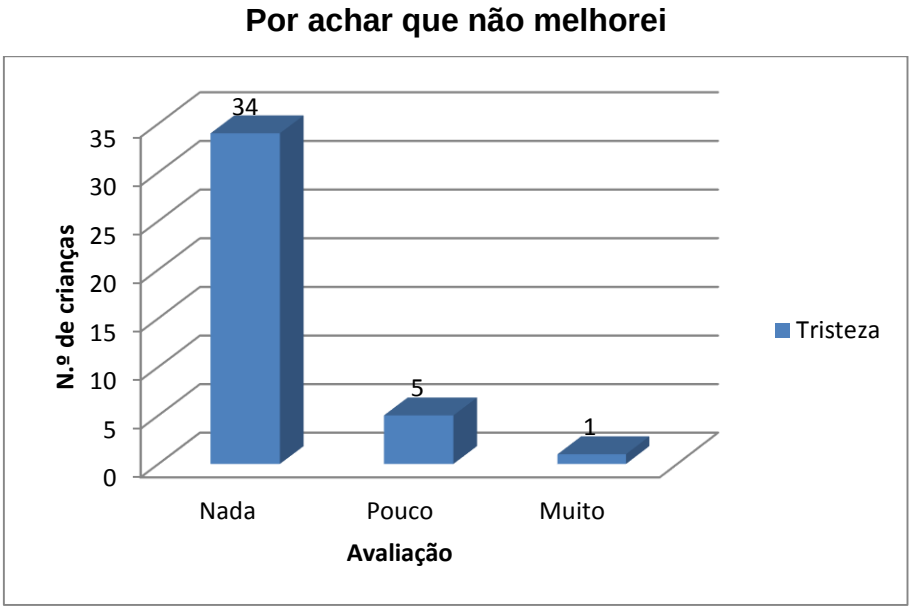


Gráfico 36

Maior parte das crianças, 34 (85%) revela que não sentiu triste por considerar que não melhorou, 5 (12,5%) sentiram pouca tristeza e 1 (2,5%) sentiu-se muito triste. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”muitíssimo”.

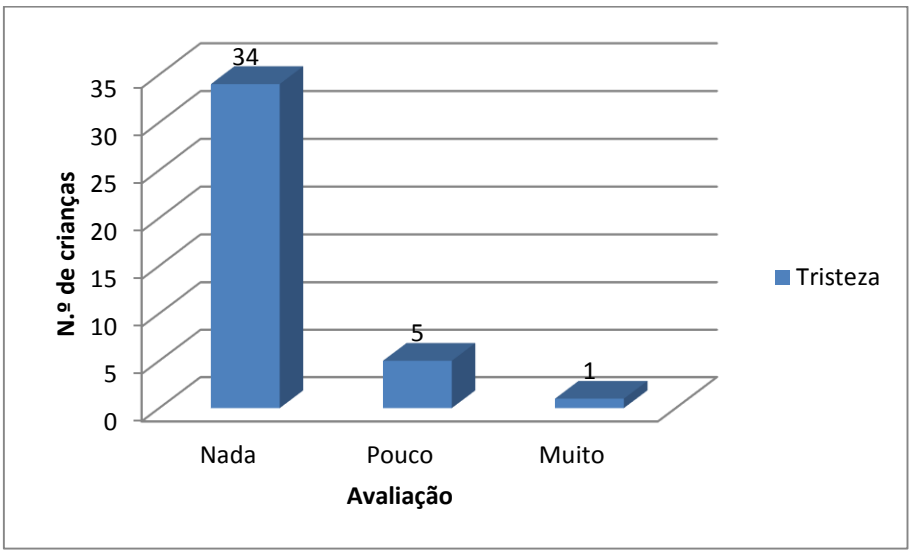


Gráfico 37

As crianças, 34 (85%), não se sentiram tristes por não confiarem em si, 5 (12,5%) sentiram-se pouco tristes e 1 (2,5%) sentiu-se muito triste. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”muitíssimo”.

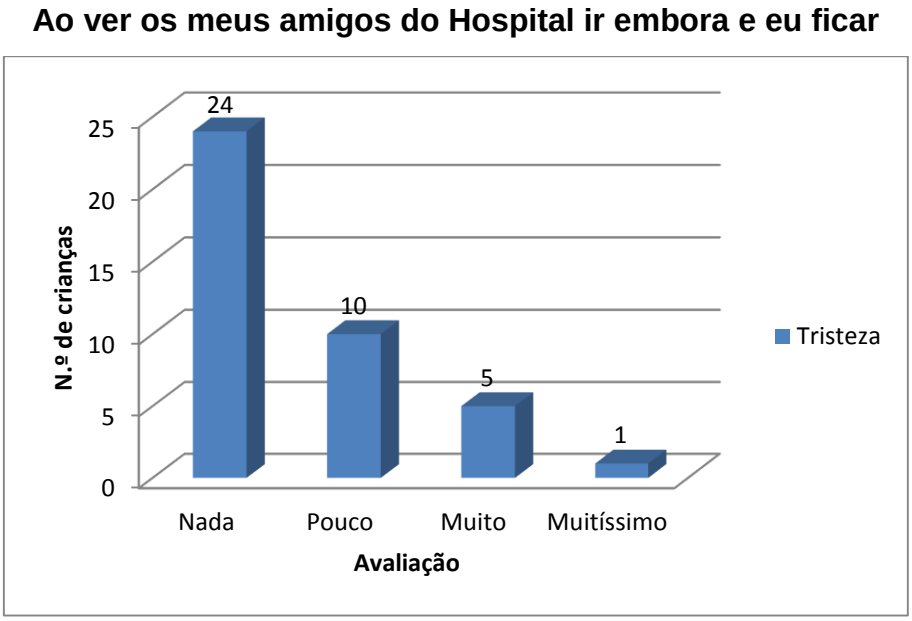


Gráfico 38

Ao verem os amigos a irem embora 24 (60%) revelaram não se sentirem tristes, 10 (25%) sentiram-se pouco tristes, 5 (12,5%) sentiram-se muito tristes e apenas 1 (2,5%) sentiu-se muitíssimo triste.

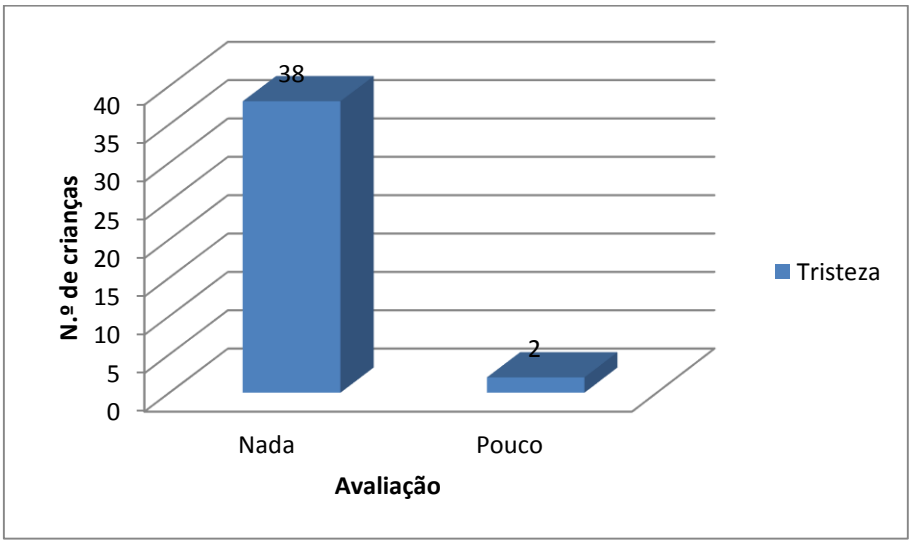


Gráfico 39

Durante os momentos da higiene as crianças 38 (95%) não se sentiram tristes, exceptuando 2 (5%) que sentiram pouca tristeza. Não se registam dados relacionados com os níveis da escala “muito” e “muitíssimo”.

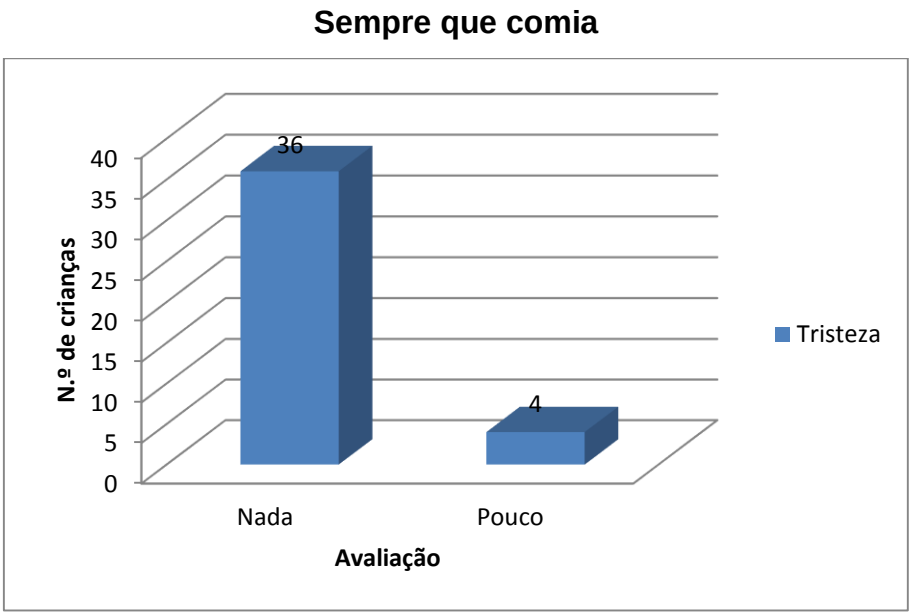


Gráfico 40

As crianças, 36 (90%) sentiram pouca tristeza sempre que comiam, 4 (10%) sentiram pouca tristeza. Não se registam dados relacionados com os níveis da escala “muito” e “muitíssimo”.

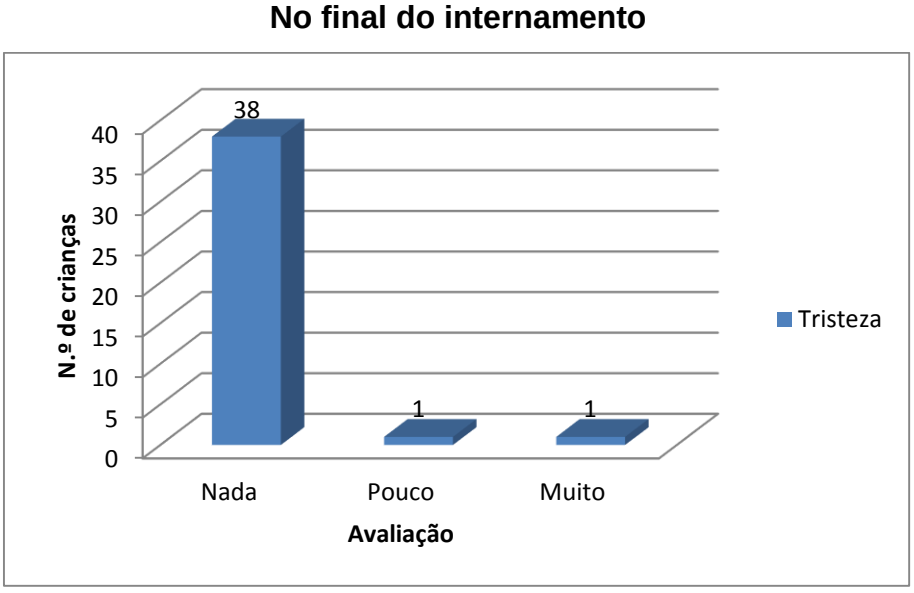


Gráfico 41

A maior percentagem 95%, equivalente a 38 crianças, revelam que não se sentiram nada tristes no final do internamento, 1 (2,5%) sentiram pouca tristeza, 1 (2,5%) sentiram muita tristeza. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”muitíssimo”.

Os maiores motivos de tristeza referiram-se ao afastamento da criança do seu habitat habitual de vida, dos seus amigos e da incerteza relativamente ao tempo que irá permanecer no hospital devido à sua doença. De notar que, apesar destes factores estarem muito presentes na vivência hospitalar das crianças, a maioria delas conseguiu adaptar-se bem às novas circunstâncias da sua vida e manifestaram que a vida no hospital teve suficientes motivos de interesse para as fazer ultrapassar a perda da estabilidade quotidiana e as dores provocadas pela doença que as afectou.

Pela leitura dos gráficos acima apresentados, tornou-se claro que a emoção da tristeza apareceu com mais frequência quando a criança doente recorda e toma consciência do afastamento em que se encontra relativamente aos seus amigos e familiares próximos, mais do que aos tratamentos clínicos a que é submetida. A separação da escola, da casa, da família e dos amigos constituiu motivos mais significativos para o aparecimento da emoção da tristeza. Sendo uma emoção difusa, ela predominou nos momentos de solidão e de vazio.

No final do internamento, a maioria das crianças não se sentiram tristes e por vezes choraram dizendo que não querem ir embora, o que revela a boa impressão que levaram de si e do próprio internamento. Os dados revelados no momento da alta são compatíveis com a alegria sentida na mesma circunstância.

4.5. LEVANTAMENTO DOS DADOS REFERENTES À ANSIEDADE

A emoção ansiedade foi seleccionada ao verificarmos, por observação de comportamentos, que antes do internamento é muito sentida. Gostaríamos também de saber, se esta é igualmente sentida durante o internamento, e no final do mesmo, tendo presente as suas variações de intensidade.

Perguntamos, mais uma vez às crianças:

- “Em que momentos te sentiste ansioso?”

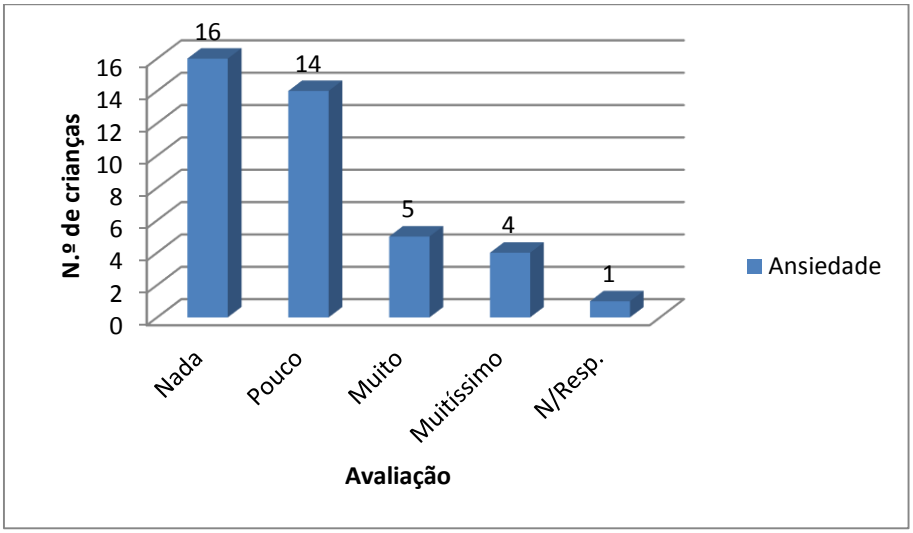


Gráfico 42

Os inquiridos, 16 (41,03%), não se sentiram nada ansiosos quando lhes foi dito que iriam ser internados, 14 (35,9%) sentiram-se pouco ansiosos, 5 (12,82%) sentiram-se muito ansiosos, 4 (10,26%) sentiram-se muitíssimo ansiosos e finalmente 1 (2,5%) não respondeu.

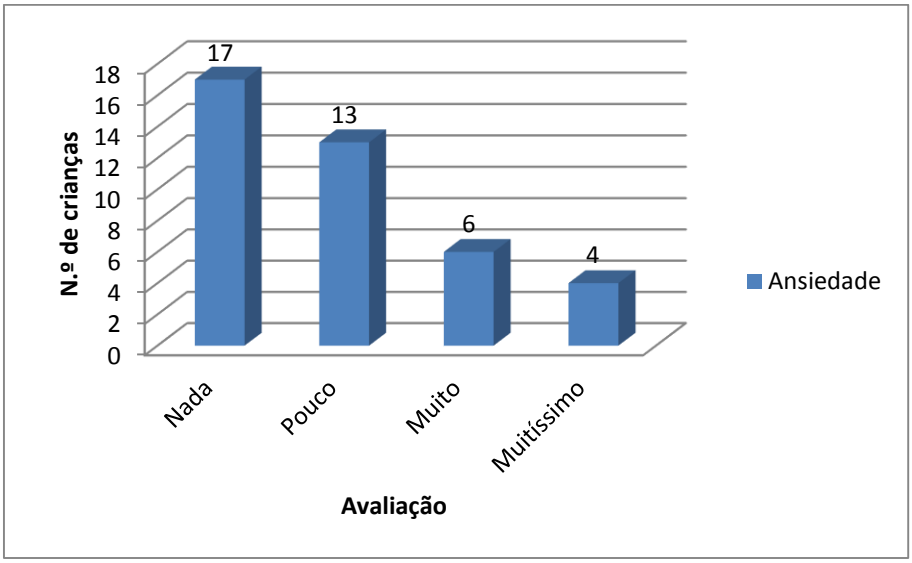


Gráfico 43

Quando estavam preocupados com os pais, 17 (42,5%) crianças não sentiram ansiedade, 13 (32,5%) sentiram pouca ansiedade, 6 (15%) sentiram muita ansiedade e 4 (10%) sentiram muitíssima ansiedade.

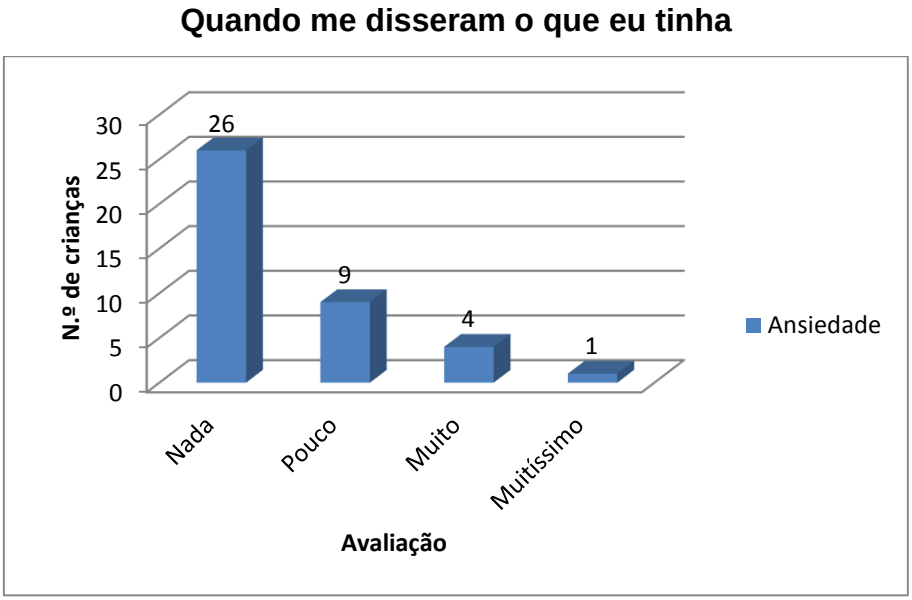


Gráfico 44

As crianças 26 (65%) não se sentiram nada ansiosas quando as informaram da sua doença, 9 (22,5%) sentiram-se pouco ansiosas, 4 (10%) sentiram-se muito ansiosas e apenas 1 (2,5%) sentiu-se muitíssimo ansiosa.

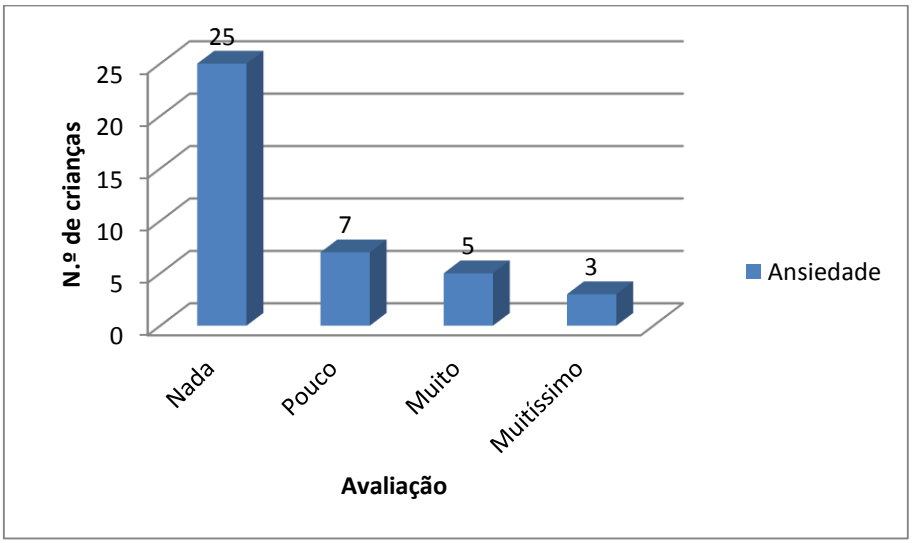


Gráfico 45

Quando tiveram que deixar a escola, 25 (62,5%) crianças não se sentiram ansiosas, 7 (17,5%) sentiram-se muito ansiosas, 5 (12,5%) sentiram-se muito ansiosas, 3 (7,5%) sentiram-se muitíssimo ansiosas.

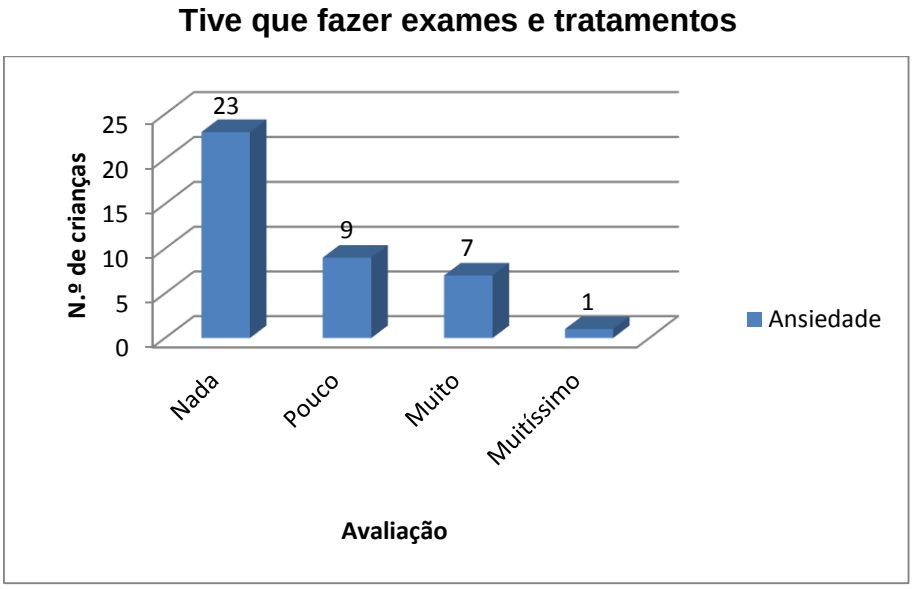


Gráfico 46

Quando tiveram que fazer exames ou tratamentos, 23 (57,5%) crianças não se sentiram ansiosas, 9 (22,5%) sentiram-se pouco ansiosas, 7 (17,5%) sentiram-se muito ansiosas e apenas 1 (2,5%) sentiu-se ansiosa.

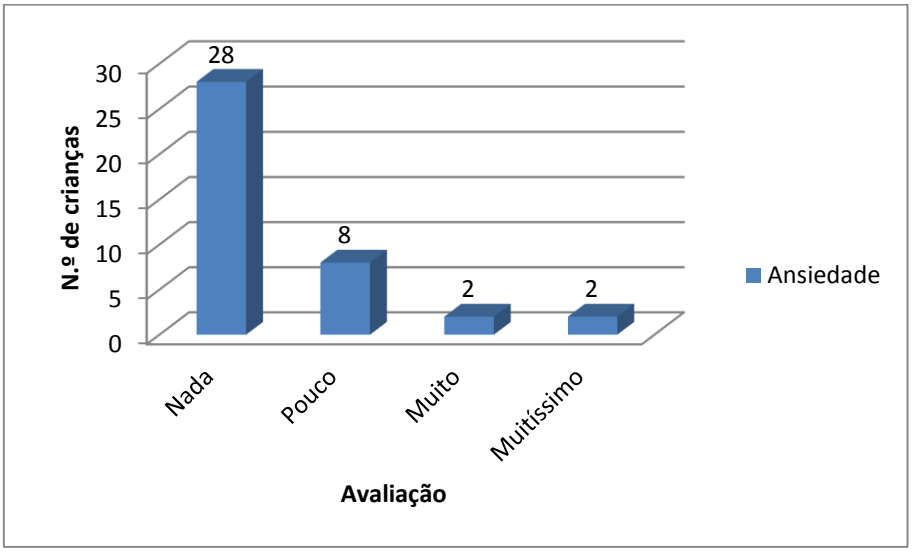


Gráfico 47

Quando falavam da doença das crianças somente com os pais, 28 (70%) não sentiram nenhuma ansiedade, 8 (20%) sentiram pouca ansiedade, 2 (5%) sentiram muita ansiedade, 2 (5%) sentiram muitíssima ansiedade.

Gráfico 48

Ao verem tantas pessoas desconhecidas à sua volta, 28 (71,79%) não se sentiram ansiosas, 9 (23,08%) sentiram-se pouco ansiosas, 1 (2,5%) sentiu-se muito ansiosa, 1 (2,5%) sentiu-se muitíssimo ansiosa e finalmente 1 (2,5%) não respondeu.

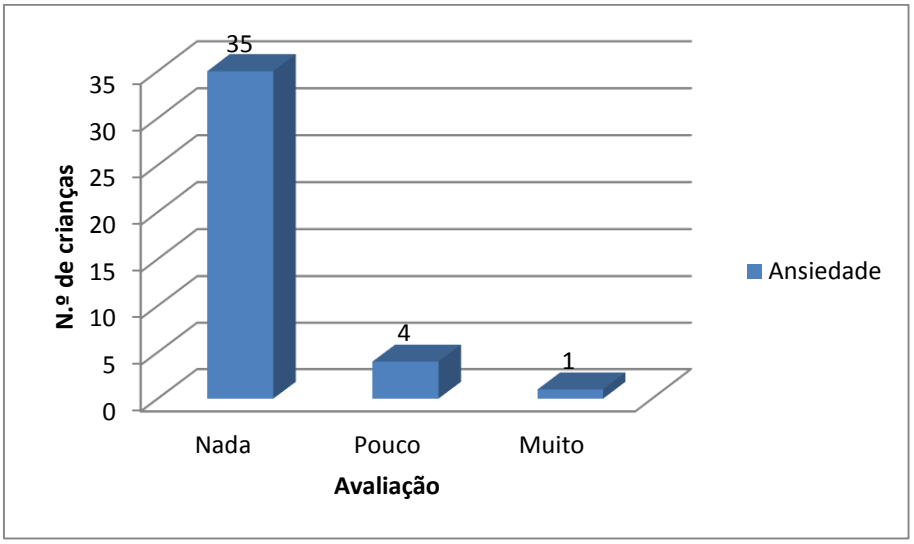


Gráfico 49

As crianças 35 (87,5%) não se sentiram ansiosas por considerarem que não confiam em si próprias, 4 (10%) sentiram-se pouco ansiosas, 1 (2,5%) sentiu-se muito ansiosa. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”muitíssimo”.

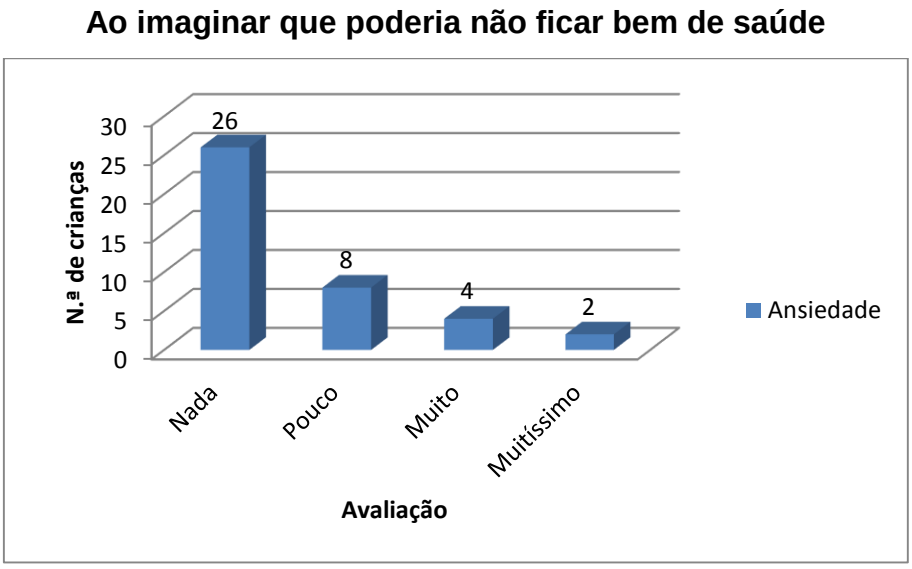


Gráfico 50

Ao imaginar que poderiam não ficar bem de saúde, 26 (65%) crianças não se sentiram ansiosas, 8 (20%) sentiram-se pouco ansiosas, 4 (10%) sentiram-se muito ansiosas e 2 (5%) sentiram-se muitíssimo ansiosas.

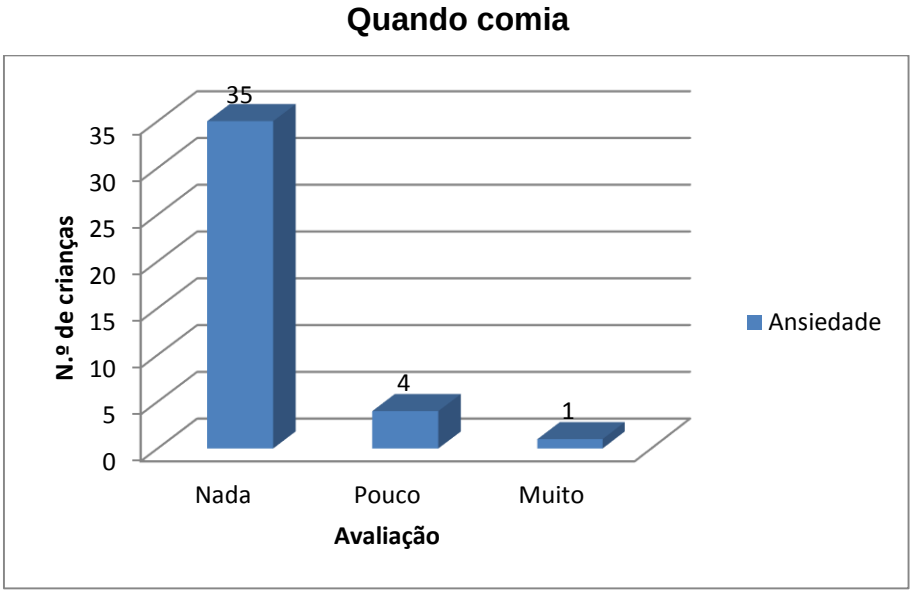


Gráfico 51

Nas refeições, 35 (%) crianças não se sentiram ansiosas, 4 (10%) sentiram-se pouco ansiosas e 1 (2,5%) sentiu-se muito ansiosa. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”muitíssimo”.

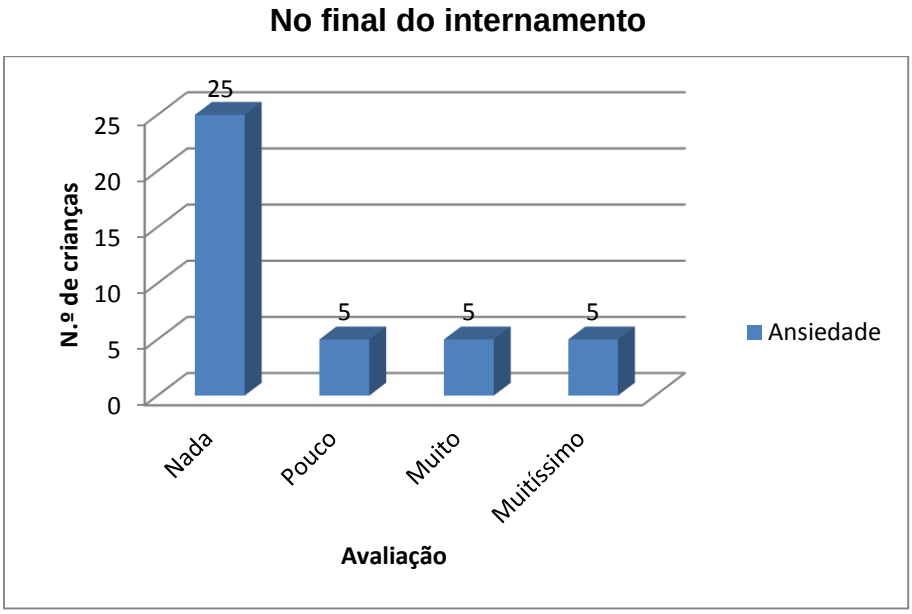


Gráfico 52

As crianças 25 (62,5%) revelaram que não se sentiram nada ansiosas no final do internamento, 5 (12,5%) sentiram-se pouco ansiosas, 5 (12,5%) sentiram-se muito ansiosas, 5 (12,5%) sentiram-se muitíssimo ansiosas.

Sendo a ansiedade uma emoção mais difusa e menos intensa do que o medo, ela manifestou-se, predominantemente, antes da hospitalização ou antes dos tratamentos hospitalares, ocasionando um sofrimento por antecipação do perigo com que cada um se imaginou confrontado num futuro mais próximo ou mais distante. Este perigo, é dimensionado subjectivamente de acordo com a indigência em que o próprio sujeito se encontra para poder gerir a situação em que hipoteticamente se encontrará num contexto mais ou menos indefinido.

Pelos dados do questionário, notou-se que a maior intensidade desta vivência ocorre quando se coloca a hipótese da hospitalização (sentiste-te ansioso quando te falaram em vir para o hospital?) e quando os acompanhantes (sentiste-te ansioso quando com a preocupação dos teus pais?) são afectados por ela. Se compararmos os valores de ambos os gráficos, verificamos a proximidade dos respectivos valores. A expectativa dos tratamentos menos agradáveis constituiu outro factor desencadeador desta emoção.

É curioso notar os valores do gráfico referente ao momento da alta. Eles indicaram, o sentimento de desprotecção da criança e acompanhantes, ao saírem para fora da zona de influência dos profissionais de saúde. Por outro

lado, exprimiram o nível de adaptação que a criança conseguiu durante o tempo de internamento e a confiança que gerou nos profissionais que dela cuidaram, tornando incómoda a separação.

Verificamos, por abservação, que as crianças habitualmente vêm ansiosas assim como os seus acompanhantes, pelo facto de desconhecerem a sua nova realidade. A ansiedade é exteriorizada por um certo nervosismo, stress, angústia, que a pouco e pouco se vai esbatendo consoante a personalidade de cada um e a situação em causa. Pensamos, que lentamente a criança vai encontrando estratégias de controlo e de auto domínio em circunstâncias de stress e de sofrimento, nomeadamente quando tiveram que fazer alguns exames médicos ou tratamentos clínicos.

É ainda de salientar que a maior parte das crianças não se sentiram ansiosas ao imaginar que não poderiam ficar bem de saúde, o que demonstrou a confiança e protecção dos adultos que cuidavam delas, para além de sentirem bem.

Tal como verificámos no inquérito da tristeza, as crianças sentiram que estabeleceram boas relações inter-pessoais o que permitiu vivenciarem menores estados de ansiedade quando confrontadas com pessoas desconhecidas.

O facto de não se terem sentido ansiosas relativamente à sua auto confiança permitiu-lhes aceitar a realidade, compreendendo-a, embora nos momentos mais dolorosos os níveis de ansiedade tivessem subido.

Deixar a escola, para a maioria das crianças, não foi motivo de ansiedade pelas seguintes razões: falta de interesse pelos saberes académicos ou porque sabiam que poderiam dar continuidade ao seu desempenho escolar (estudar e fazer os testes). A ansiedade aqui verificada esteve muito associada às saudades dos colegas e para os mais velhos, adolescentes, associada aos exames escolares.

4.6. LEVANTAMENTO DOS DADOS REFERENTES AO MEDO

Esta emoção foi a mais preocupante pelo conceito social que as crianças têm do Hospital. Pretendemos estar informados sobre o tipo de medos sentidos durante o internamento para podermos apoiar as crianças.

Finalmente voltamos a perguntar às crianças:

- "Em que momentos sentiram medo?"

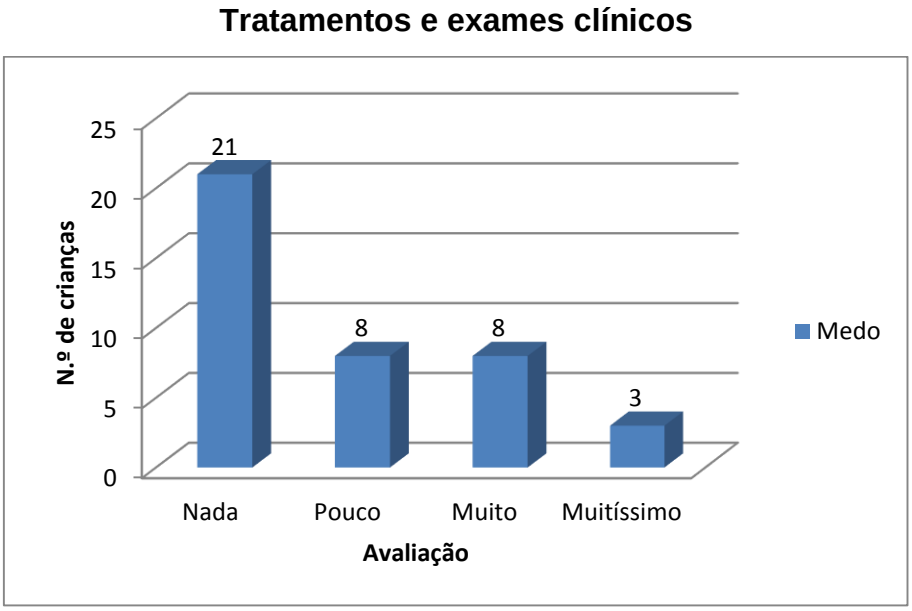


Gráfico 53

Os inquiridos 21 (52,5%) revelaram que não sentiram medo dos exames e tratamentos, 8 (20%) sentiram pouco medo, 8 (20%) sentiram muito medo, 3 (7,5%%) sentiram muitíssimo medo.

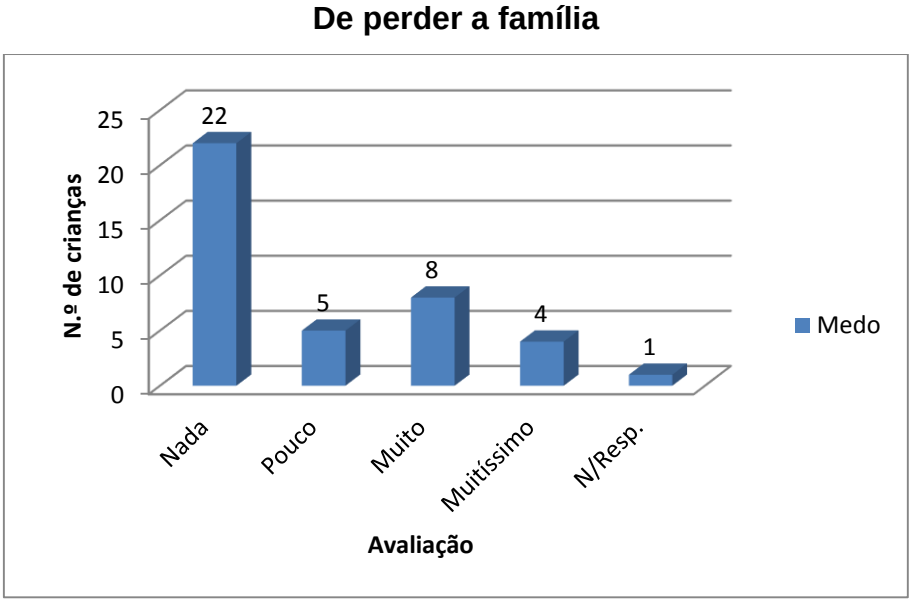


Gráfico 54

De perder a família, 22 (55%) crianças não sentiram medo, 5 (12.5%) sentiram pouco medo, 8 (20%) sentiram muito medo, 4 (10%) sentiram muitíssimo medo e 1 (2.5%) não respondeu.

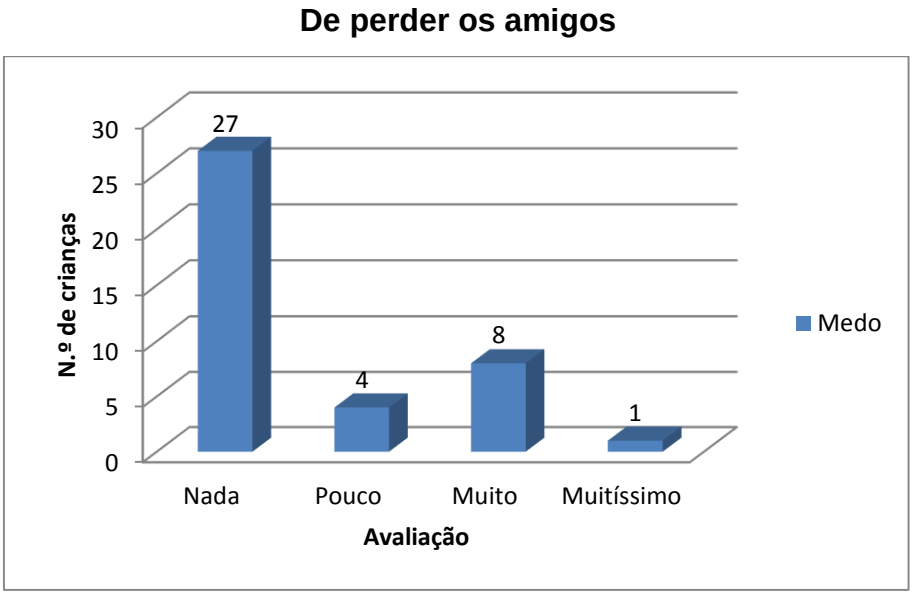


Gráfico 55

As crianças 27 (67,5%) não sentiram medo de perder os amigos, 4 (10%) sentiram pouco medo, 8 (20%) sentiram muito e apenas 1 (2,5%) sentiu muitíssimo medo.

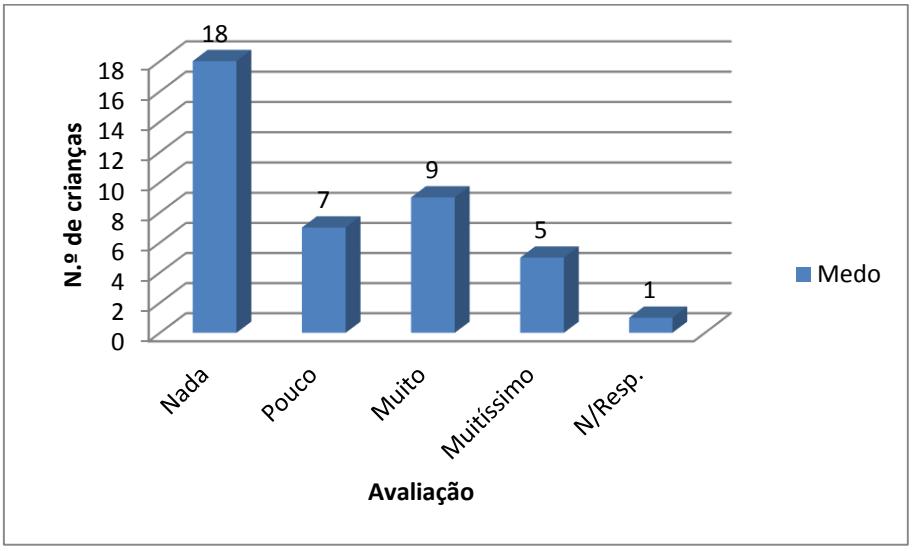


Gráfico 56

As crianças, 18 (45%) não sentiram qualquer medo de não voltar para casa, 7 (17,5%) sentiram pouco medo, 9 (22,5%) sentiram muito medo, 5 (12,5%) sentiram muitíssimo medo de não voltar para casa e apenas 1(2,5%) criança não respondeu.

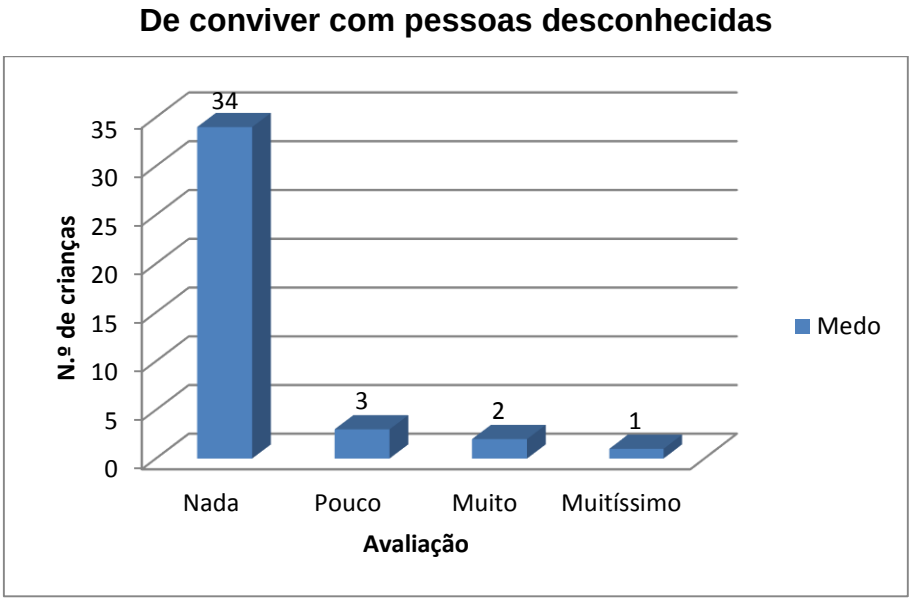


Gráfico 57

As crianças, 34 (85%) não sentiram medo de conviver com as pessoas desconhecidas, 3 (7,5%) sentiram pouco medo, 2 (5%) sentiram muito medo e apenas 1 (2,5%) sentiu muito medo.

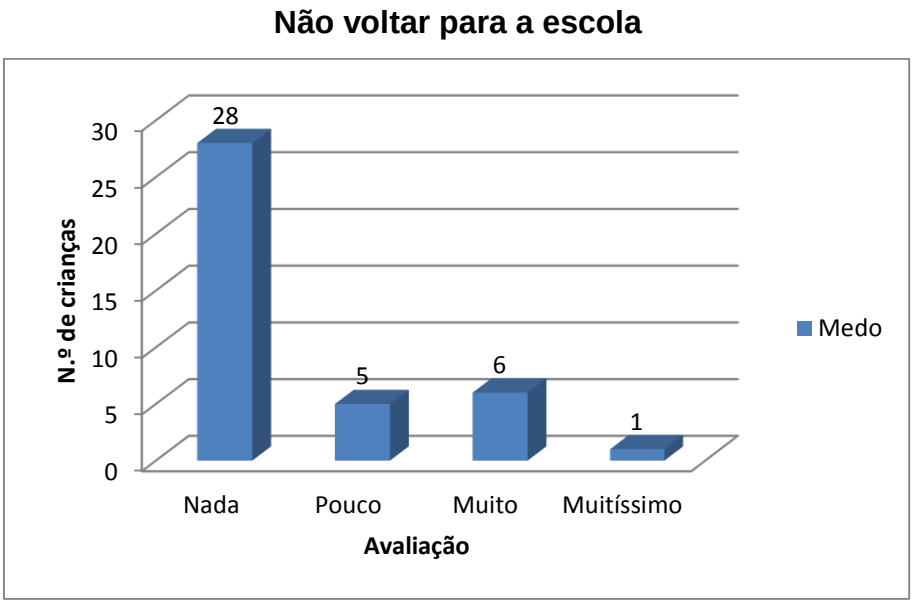


Gráfico 58

Os inquiridos, 28 (70%) não tiveram medo de não voltar para a escola, 5 (12,5%) tiveram pouco medo, 6 (15%) tiveram muito medo e apenas 1 (2,5%) teve muitíssimo medo.

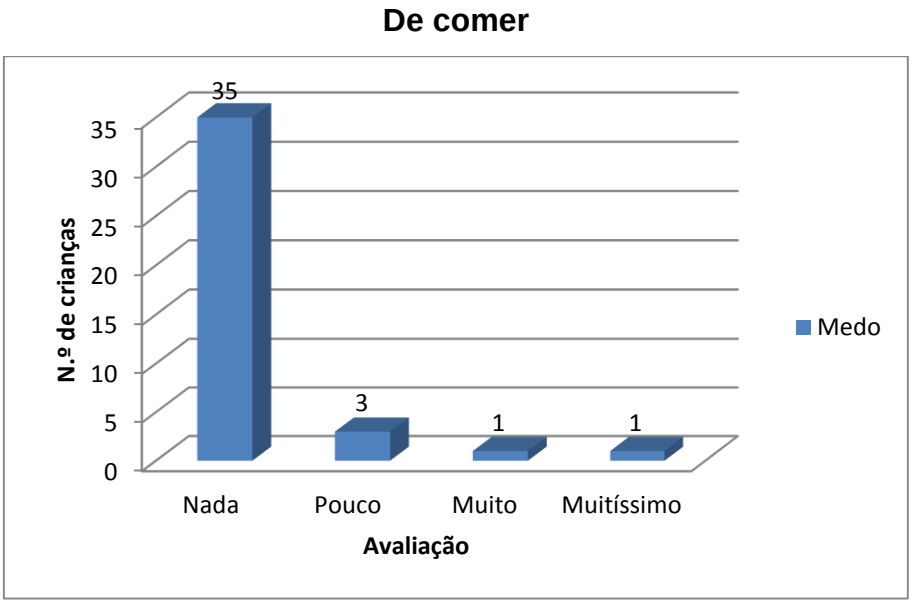


Gráfico 59

Nas refeições 35% (87,5%) das crianças não sentiram medo de comer, 3 (7,5%) sentiram pouco medo, 1 (2,5%) sentiu muito medo e 1 (2,5%) sentiu muitíssimo medo.

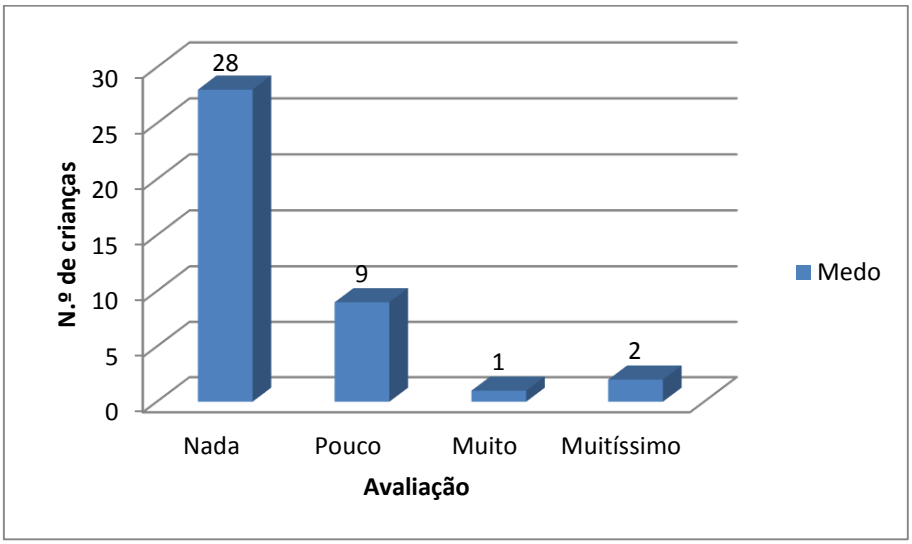


Gráfico 60

Quando as crianças pensaram na sua doença, 28 (70%) não sentiram medo, 9 (22.5%) sentiram pouco medo, 1 (2,5%) sentiu muito medo e apenas 2 (5%) sentiram muitíssimo medo.

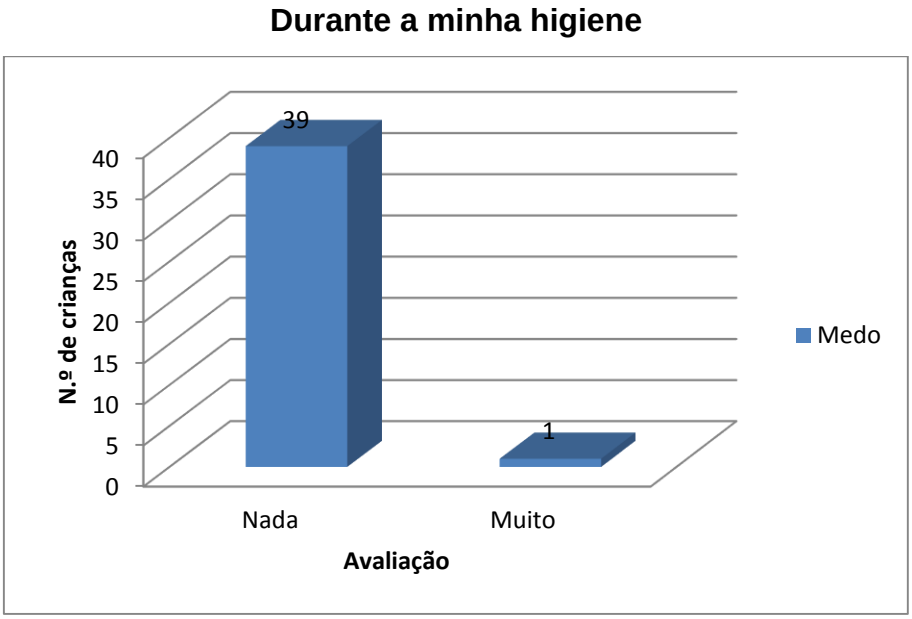


Gráfico 61

Durante a higiene 39 (97,5%) crianças não sentiram medo de fazer a sua higiene. Apenas 1 (2,5%) sentiu muito medo. Não se registam dados relacionados com os níveis da escala “pouco” e “muitíssimo”.

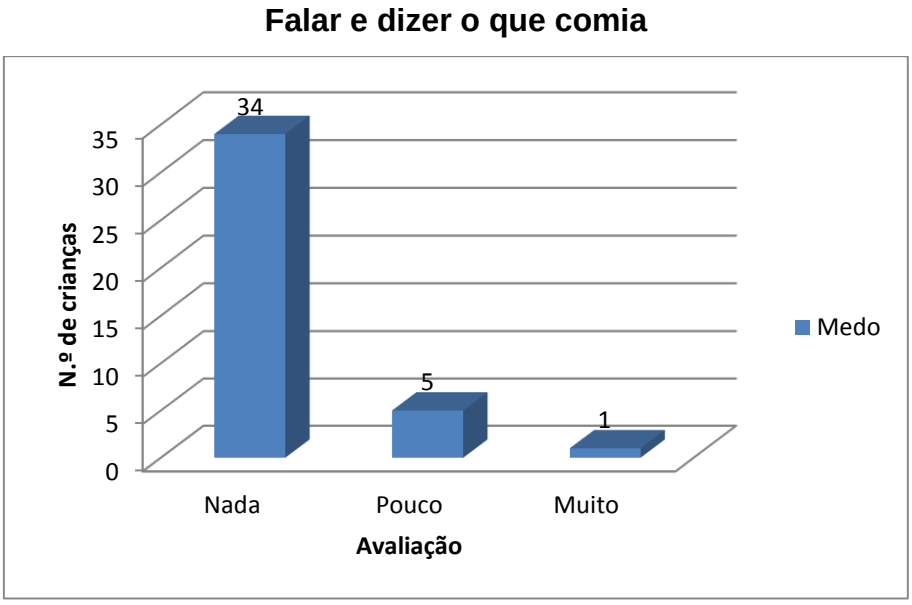


Gráfico 62

Maior parte das crianças, 34 (85%) não tiveram medo de expressar o que sentiam, 5 (12,5%) sentiram pouco medo e apenas 1 (2,5%) sentiu muito medo. Não se registam dados relacionados com o nível da escala ”muitíssimo”.

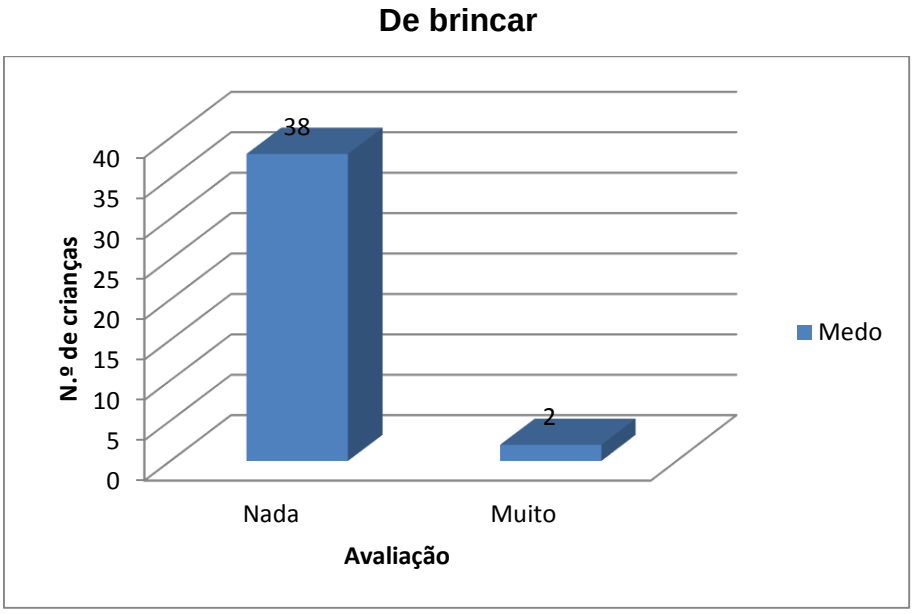


Gráfico 63

A maioria das crianças 38 (95%) não sentiram medo de brincar e 2 (5%) sentiram muito medo. Não se registam dados relacionados com os níveis da escala "pouco" e "muitíssimo".

O medo não tem o carácter discreto e difuso da ansiedade. Ele é uma emoção forte que se manifesta em momentos nos quais o indivíduo sente que a sua vida corre perigo.

No caso das crianças hospitalizadas, esta emoção está muito ligada ao sentimento de perda dos seus referenciais de segurança ou à expectativa próxima de momentos de dor, como sejam os tratamentos hospitalares invasivos. Mas o medo está predominantemente ligado à possibilidade "experienciada" de perda dos amigos, familiares e contextos de vida com eles relacionados.

Duas notas mereceram especial realce:

1º - O medo é uma emoção relacionada com as expectativas negativas sobre o futuro;

2º - A família continua a ser o maior factor de segurança para as crianças.

Por isso, todas as estratégias que visem fortalecer os vínculos emocionais entre as crianças e os acompanhantes e baixar o nível de ansiedade destes últimos contribuem muito marcadamente para diminuir os medos infantis e para tornar a experiência hospitalar das crianças mais suportável e agradável.

O medo é uma emoção de desagrado, proveniente de experiências anteriores negativas ou da percepção de uma situação que coloca a criança em perigo, tornando-se um agente ameaçador. Pode ser resultante de informações incorrectas ou falta das mesmas. Para além disso, o medo pode provocar mudança de comportamentos, face a situações desconhecidas da vida hospitalar, dificultando a adaptação e adesão da criança nos procedimentos terapêuticos, criando um mal-estar geral.

Tal como se verificou no questionário da ansiedade, existiu uma desprotecção da criança no momento da alta. As referências hospitalares foram estruturantes e de grande confiança o que deixou a criança sem uma perspectiva vindoura face ao seu projecto de vida pessoal, sendo esta uma das razões pela qual choram no momento da alta. O acolhimento foi positivamente marcante e inesperado face às expectativas criadas antes da hospitalização.

Esta afirmação comprova-se com as respostas que as crianças dão à questão: “tens medo de não voltar para casa ou para a escola?”

A criança sabe que vai para casa e retoma a sua vida diária, com a certeza de que gostou do internamento e com a incerteza quanto ao seu futuro.

Revelaram ainda não terem medo de conviver com as pessoas desconhecidas e de exteriorizarem o que sentiram, vivenciando momentos saudáveis num ambiente securizante e afável.

Quando pensavam na sua própria doença não demonstraram muito medo, considerando-a de menor importância relativamente aos momentos de vida diária do internamento. No entanto, nas circunstâncias de procedimentos clínicos dolorosos o medo dispara e por observação constatamos que este diminui rapidamente após o referido procedimento.

É de salientar que estas conclusões abrangeram respostas de um baixo número de inquiridos, porque a maioria destes revela não ter ou ter poucos medos.

Sabemos que o medo existe e sua intensidade varia com diversas circunstancias. No entanto, este é reduzido no decorrer da hospitalização, o quer dizer que o conceito social que a criança tem de um internamento não é coincidente com a realidade vivenciada.

5. MENSAGENS DOS DOENTES E ACOMPANHANTES

Não podia terminar a dissertação sem partilhar algumas expressões dos doentes e acompanhantes que fomos recolhendo em trabalho de campo e que merecem ser reveladas. A escrita é livre e natural exprimindo os seus sentimentos. Estas são colocadas, pelos próprios, num placard exposto na sala "Pátio das Ideias", onde se desenvolvem as actividades pedagógicas. É de realçar o número de palavras que se repetem, tais como: "gostei", "obrigada", "beijinhos", entre outras expressões. Habitualmente as mensagens são colocadas no final do internamento.

O tempo é escasso para uma análise mais profunda que nunca a deixaremos de fazer e sempre com um carácter de investigação.

Pelos testemunhos expostos podemos igualmente conferir a complementaridade entre os resultados dos questionários e as mensagens das crianças e acompanhantes maioritariamente familiares.

Mensagens das crianças e adolescentes relativas ao que sentiram enquanto estiveram internadas:

> "não pensava que o hospital tinha tantos jogos e diversões", " quando vim para cá tive medo, agora não", " estava triste e nervoso antes de vir, agora gostava de ficar mais uns dias", " o hospital parece um hotel", "dormi mal esta noite (noite anterior ao internamento) e não precisava" , "esta caminha é minha, não quero ir"..
>
> "Durante a nossa vida são tantas as coisas que vivemos que acabamos por nos esquecer do que é realmente viver. È só no meio das coisas que acontecem que conseguimos perceber que existem pessoas piores que nós.
> Foi no dia 29 de Maio que dei entrada no Hospital Pedro Hispano. Para ser sincera, foi tão de repente que pensei que ia passar apenas dois dias e depois ia para casa.
> Fiquei impressionada quando cá cheguei, pois vi a quantidade de crianças que estavam internadas e enquanto eu me podia queixar e falar, elas tinham que se submeter a vários exames até os médicos descobrirem o que se passava com elas.
> Acabei por passar cá mais de uma semana e apesar de ter saudades de me sentir "livre", acabei por aprender várias coisas com as pessoas que lutam no dia a dia para salvar vidas, que vêm trabalhar com um sorriso na cara, mesmo que as coisas não estejam a correr da

melhor maneira porque sabem que todas as crianças que aqui estão contam com elas. Com a simpatia, carinho e esforço que fazem para que sejamos tratados da melhor maneira. Estas pessoas são os médicos, enfermeiros e auxiliares, cada um com o seu papel, consegue marcar qualquer pessoa que por aqui passe, pois cada um acaba por ensinar um bocadinho do que é viver, incluindo também, a presença de uma educadora e uma auxiliar deste serviço que têm uma tamanha alegria que conseguem pôr toda a gente a sorrir.
Um enorme obrigado por tudo e um grande beijinho.
(…), 16 anos"

"Olá! Eu sou o (…) e tenho 6 anos. Gostei muito de brincar com a Sofia, com a Stephanie e adorei fazer os jogos e os trabalhos propostos. Quero agradecer pela atenção e pelo carinho que me deram enquanto cá estive. Beijinhos.
(…), 6 anos"

"Foi muito bom estar neste hospital apesar de o Atarax que é o remédio que eu tomo por não ser muito bom, bem quer dizer muito bom não eu odeio esse remédio, é amargo e tem um sabor esquisito mas eu tomo-o porque sei que é para o meu bem e foi por isso eu aguento. Aqui no Hospital tratam-me muito bem e eu quero agradecer por isso. Até me emprestaram um computador para eu jogar jogos. Faço o que posso para me entreter e os senhores enfermeiros também fazem o que podem que eu sei. Quero agradecer muito à pediatria por me estar a ajudar. Passei aqui o meu dia de anos mas não importa, o que interessa é que recebi muitas prendas.
"

"Para D. Isabel e menina (…) (auxiliar),
Durante o tempo que estive internado gostei muito de estar na sala, Pátio das Ideias, brincar, pintar e construir coisas com legos. Um grande beijinho de (…).

Gosto muito de estar no hospital, é muito divertido. Só não gosto de fazer exames. Estou divertida a brincar porque tenho aqui a minha amiga (…), da escola. Tenho a certeza que tu também vais gostar"

"A (…) está muito feliz por estar a ser tratada neste hospital. Toda a equipa que trabalha nele são óptimos funcionários. Muitos beijos e muito carinho para todos."

"A todos os que tornaram a estadia de (…) o mais alegre e o menos doloroso e triste possível, deixamos os nossos agradecimentos. Muitos beijos em especial para os responsáveis pela "sala dos jogos", como a (…) lhe chama e as melhoras para todos que cá ficam"

“Olá amiguinhos da pediatria.
Eu fui um dos muitos doentes, que por aqui passei! A mensagem que quero deixar, é que recuperem rapidamente. Eu sei que para quem vem doente como eu, pode ser muito doloroso, mas nas alturas de maior sofrimento, pensem no que de bom esta pediatria oferece:
- Médicos e enfermeiros sempre com um sorriso no rosto.
- Uma salinha com playstation2 e jogos, muitos computadores, um parque para brinca, uma mesinha e diversos lápis de cor e DVDs para ver filmes.
-Empregadas auxiliares sempre prontas a ajudar.
Desejámos boa sorte e muitas felicidades.
(…), 10 anos”

“Queridas amigas:
Gostei muito das actividades propostas no pátio das ideias. Quero agradecer á (…) e á Isabel por me ajudarem a passar o tempo neste período de internamento. Gostei muito das actividades da música e de ouvir histórias.
Obrigada às duas por me aturarem!
Beijinhos.
(…), 10 anos”

“Entrei no dia 3 de Junho de 2010 ao princípio não queria ficar internada. Conforme foram passando os dias, comei a gostar de estar cá, todo o pessoal que fora meu amigo. Trataram de mim com carinho e amor, por isso o meu e dos meus pais um grande abraço e um grande obrigado.”

“Eu, (…) agradeço aos médicos fofinhos, aos enfermeiros fofinhos, aos auxiliares fofinhos por me tratarem bem de mim; apesar de estar doente, gostei muito de estar aqui.
Um beijo do tamanho do mundo para todos”

“Olá, chamo-me (…). Tenho 10 anos e ando no 4º ano. Vim para o Hospital Pedro Hispano no dia 9 de Abril com enjoos, vómitos e dores de barriga. As senhoras Enfermeiras e as Doutoras (…) e (…) tem me ajudado muito para eu recuperar. Gosto muito deste hospital.
(…), 10anos”

“Eu chamo-me (…) e tenho 10 anos. Estive aqui internada duas vezes. Gostei muito das enfermeiras e auxiliares, são todas tão simpáticas. E a sala dos brinquedos é muito divertida. O mundo dos pequenos.
(…), 10 anos”

"Quero agradecer a oportunidade e confirmar o meu compromisso, em participar em regime de voluntariado na animação da sala de actividades de pediatria do Hospital Pedro Hispano, local onde passei algum tempo. Esta contribuição é muito pequena comparada com aquilo que recebi por parte da equipa: médica em especial a Dr.ª. (…) enfermeiros, estagiários, pessoal auxiliar, que desde o primeiro dia foram excelentes; durante a minha estadia demonstraram muita dedicação, empenho e carinho.
Obrigada."

"Sou o (…) e tenho 5 anos, e gostei muito de estar aqui, foram bons os enfermeiros e trataram-me bem."

"Gostei muito da Hello Kitty! Como sabem estou doente, por isso estou aqui, apesar de tudo estou feliz, pois sinto-me bem, neste hospital sou bem tratada e mimada e fiz este desenho com a minha mamã para dizer quanto gosto de vocês, como gosto da Hello Kitty, beijinhos da (…).
Com carinho e gratidão!!!

"Olá chamo-me (…) tenho 14 anos estou aqui no Hospital Pedro Hispano porque tive um problema no joelho estou cá há duas semanas, no inicio estava com receio,mas fiz amigas que me deixaram saudades, mas trocamos contactos e foi giro estar cá apesar de tudo, a equipa de enfermagem e de médicos são muito amigos de todas as crianças.
Beijinhos (: e para todos as melhoras!"

"Eu chamo-me (…), estive algumas vezes internada neste hospital…
Quero agradecer aos médicos e enfermeiros que cuidaram sempre muito bem de mim!
Quero agradecer também, à Isabel todo carinho e atenção que têm com todas as crianças que por isso passam!"

"Ex.Senhor Director do Serviço de Pediatria. Eu sou a (…) encarregada de educação da (…). Venho por este meio dar os parabéns à equipa da sala "Pátio das Ideias" da Pediatria. Pois está muito bem organizada e limpa sabem trabalhar com as crianças.
A minha filha é uma criança que quando está doente tem dificuldades em brincar e neste ultimo internamento em Agosto de 2008 foi mais fácil pois tive a ajuda preciosa D. (…) a auxiliar deste serviço. Dou-lhe os parabéns é uma senhora fantástica, carinhosa, atenciosa e muito obrigada pela ajuda que me deu.
Jamais esquecerei assim como a minha filha."

> "Olá eu sou a (…) e tenho 10 anos. Cheguei aqui no dia 17 de Março de 2008 vou ser operada amanha, a minha mãe está a fazer-me companhia, o meu pai também vem cá, mas tem que tomar conta do meu irmão (…) que tem 2 anos. Eu ando no 5ºano na escola da Barranha Senhora da Hora. As minhas amigas chamam-me (…). Estou a adorar estar aqui, é muito fixe."

"O (…), o (…) e o (…) agradecem a todo o pessoas da Pediatria, o carinho e atenção que lhe foram dispensadas enquanto aqui estiveram."

> "Olá eu sou o (…) e quero agradecer a todos o carinho, a dedicação e a paciência que tiveram comigo e com a minha mamã. Fica um grande beijo para todos aqueles que me ajudaram a recuperar com sucesso e aqueles que brincaram comigo e me fizeram sorrir.
> Obrigado."

"Estive aqui desde o dia 18/10/09 até ao dia 2/11/09, Agora que vou embora deixo o meu muito obrigado a todos vocês, que foram muito amiguinhos. Beijinhos para toda a gente que aqui trabalha."

> "Uma estrela de luz, um raio de gratidão
> Os meus pais todos babados dizem-me constantemente que eu sou a mais linda das estrelas! Na verdade, nestes últimos dias tenho vivido numa galáxia cheia de belas estrelas. Estrelas que me deram amor, que cuidaram de mim, estrelas branquinhas, estrelas de bata branca. Aos médicos, enfermeiros auxiliares e restante pessoal o meu beijinho. Na certeza que a partir de agora, toda esta constelação caminhará sempre no comboio da minha vida, fazendo parte do meu firmamento.
> Obrigada a todos amiguinhos."

> "Olá eu sou a (…).
> Pedi à minha mãe para escrever estas frases por mim pois ainda não sei escrever direito. Tenho 10 anos e sou epiléptica por causa da minha doença estou, internada neste hospital muitas vezes não me custa cá estar pois todos me conhecem bem e são todos muito, muito meus amigos a começar pelos enfermeiros e enfermeiras e também as auxiliares são muito amorosas para comigo e com a minha mãe. Também não posso esquecer os doutores e as doutoras. Muito, muito obrigado pela vossa paciência e carinho eu, não me esqueço de vocês.Um beijinho muito grande e um xi coração muito apertado."

“Devolveram-me o meu sorriso! A todos agradeço a forma carinhosa como me trataram. Sou de novo uma criança feliz…Obrigado!”

> “Hospital Pedro Hispano
> Gostei muito do Doutor (…), foi muito simpático comigo, e sempre me socorreu, é uma excelente pessoa, sem este doutor, na minha opinião o hospital não era o mesmo.
> O hospital está muito bem distribuído, e as funcionárias da pediatria são muito queridas comigo…
> Sou o (…) e moro na Estela, Póvoa de Varzim, tenho 17 anos… Estou neste “grande hospital para um tumor que tenho, tem que ser curado, muitos hospitais não curam, mas o hospital Pedro hispano cura esse problema e mais. Não pode haver melhor hospital!!!
> Os cumprimentos e a melhor atenção…
> Um beijo para todos os funcionários e restantes 2 médicos”

Algumas crianças, no momento da alta, choram por não querem ir embora dizendo que a sua experiência foi muito positiva. Não imaginavam o que era um internamento.

Mensagens dos acompanhantes relativas a algumas actividades pedagógicas:

<u>Relaxamento através da visualização interior de imagens</u>

-‘‘Adorei imenso esta actividade. Gostava que repetissem mais vezes esta actividade. ”

-“Deve continuar; foi muito bom. Gostei muito.“

“Achei fantástico, que nunca acabe este incentivo.”

-“É bom, porque tanto as crianças como os pais relaxam o cansaço que estão a ter. Ele gostou muito.”

-“Gostei muito, quero voltar a repetir.”

<u>Sessões de expressão musical</u>

-“ Adorou, gostava que fosse mais tempo. O meu filho gosta muito de música e dançar. Obrigado.”

-“ Como mãe acho que estas actividades são excelentes para eles porque não se sentem tão deprimidos com as suas doenças.

Muito mais alegre.”

-“ Excelente. Que tenham sempre estas actividades para dar sempre ânimo às crianças e aos adultos também. “

-“ Gostei muito porque faz com que não me lembre onde estou e porquê. Diz que quer ir outra vez.”

> -“ Gostei muito da aula de música. Gostei muito dos instrumentos musicais.
> Acho muito importante assistir a estas actividades tanto para nós como para os nossos filhos. Além de não esquecer o problema do meu filho, fiquei relaxada ao vê-lo alegre e contente ao brincar com os instrumentos. Também é importante a comunicação que estabelecem com as outras crianças. Muito obrigado.”

-“ As crianças ficam a conhecer alguns instrumentos. Dá para se divertirem e até esquecem que estão no hospital.”

-“ Acho interessante, relaxa as crianças.”

-“ Penso que este tipo de actividades, bem como a leitura, são excelentes para as crianças uma vez que as entretêm, diverte e educa. Obrigado pela atenção.”

-“ Serviço excelente que deve ser sempre repetido. Muito obrigada.

O (…) gostou imenso. Muito obrigado.”

-“ Acho que devia haver em todos os hospitais estas iniciativas, são excelentes e a professora era cinco estrelas.”

O meu filho achou óptimo e que a professora é muito fixe e simpática. E tem muita vontade de repetir.”

-“ É muito bom, momentos assim. Podia haver mais coisas assim.”

-“ Esta é uma ideia gira e animadora.”

-“ A música é sempre importante nestes momentos. Gostei particularmente da introdução de música clássica na actividade.”

-“ Gostei muito, e acho que fazem bem ter esta actividade porque relaxa muito. Gostou muito até perguntou-me se amanhã havia mais.”

-“ É bom, participam todos em conjunto e é excelente descontrai muito.

Adorei.”

-“ O (…) adorou a actividade, teve pena de não ser mais participativo pelo facto de ter sido operado à garganta daí a sua frustração. Mas gostou muito.”

Excelente momento de descontracção para as crianças e pais.”

-“ Gostei muito, gostava de voltar a repetir.”

“ Acho uma boa iniciativa para as crianças também esquecerem este meio e o problema que estão a passar. É muito bom.”

“ A criança estava ansiosa, e logo se descontraiu, deixando-me inclusivamente, vestir o pijama. Obrigada.

Muito maior descontracção, o que para mim foi óptimo. Obrigado.”

“ Actividades como estas fazem com que nos esqueçamos um pouco de onde estamos.”

Sessões de riso

-“O meu filho ficou um pouco tímido mas gostou muito gostaria de repetir”

-“Muito bom”

-“Deve de se repetir mais vezes, faz bem às crianças e aos adultos, muito obrigado pelo vosso esforço. Foi bom divertir devia-se repetir mais vezes. Obrigada.”

-“É bom participar nestes programas, faz conviver mais com os meninos.”

> -“Achei que era uma maneira simpática e divertida para nos sentirmos um pouco melhor e achei muito simpático a maneira como as pessoas se empenham em fazer-nos rir! Um muito obrigado. A menina estava a ser operada, mas de certeza que ela ia adorar ter estado aquele bocado bom no clube do riso. Obrigados.”

> -“Faz bem às crianças e aos pais estes momentos de descontracção. É o meio de por uns minutos nos abstrairmos do porquê de estarmos aqui. O (…) ficou mais espantado com o que viu, do que propriamente feliz. De qualquer maneira descontraiu.”

-“Esta actividade foi óptima para a socialização e bem-estar das crianças e adultos. Obrigada. A criança só tem onze meses.”

-“A (…) adorou gostava de voltar a repetir.”

> -“Acho que se devem repetir situações como estas ou semelhantes, pois para as crianças e pais que passam aqui bastante tempo inevitavelmente numa situação de doença estas acções descomprimem, tanto os pais como as crianças, esquecendo por momentos a situação pela qual aqui se encontram. Obrigado.”

> -“É um excelente exercício, sobretudo para os pais que estão muitas vezes ansiosos, nervosos ou deprimidos. Ver os filhos rir ou sorrir é a coisa melhor que há! A minha filha é muito pequena (três anos), mas gostou

imenso e interagiu bem com o animador, que por sinal, tem muito jeito."

-"De facto, a risoterapia é uma terapia que vem aliviar todo o sofrimento aliado ao internamento. No momento em que a nossa filha está no bloco, foi a melhor forma de aliviar toda a tensão…
Bem ajam!!!
Cada vez que cá venho sinto-me cada vez mais em casa."

-"Eu como sendo mãe relativamente à pouco tempo, a minha pouca experiência de vida cada vez mais me capacita de que este tipo de actividades deve ser prioritário nas pediatrias para que possamos todos juntos fazer um mundo melhor para as nossas crianças. Abraço obrigada."

-"Acho que este tipo de actividades são sempre bem vindas… Obrigado."

-"É muito relaxante e descontrai, alivia o stress que sentimos por estarmos aqui, é reconfortante. Eu gostei muito."

-"Gostei bastante. É bom que tenham aqui na pediatria estas sessões para os meninos e os pais se distraírem. Obrigado. Gostou bastante e diz que quer repetir."

-"Parece-me ser uma actividade crucial para proporcionar bem-estar, relaxamento e auto-estima nos miúdos. Foi uma experiência excelente.
O (…) tinha acabado de ser internado. Tudo era novo. Para além disso está com muito receio de ser operado. Tudo isto condicionou a sua adesão à actividade. Não teve nada a ver com a actividade em si."

-" Embora seja pequenino gostou de observar, e também participou no riso."

-"Acho muito importante estas actividades, para que as crianças não se sintam mal. Mais doentes, presas, etc. Obrigado por este pequeno momento.
Eu (…) adorei muito este bocadinho. Obrigado."

-"Podia haver mais coisas destas para as nossas crianças se sentirem bem e viverem felizes, e saber desde bebés o que é a vida social.
Ela ainda não sabe é muito pequenina só tem oito mezinhos mas é uma criança muito feliz, ri-se e palra muito."

-"Para continuar. Alegra-nos muito."

Gráfico das mensagens positivas das crianças

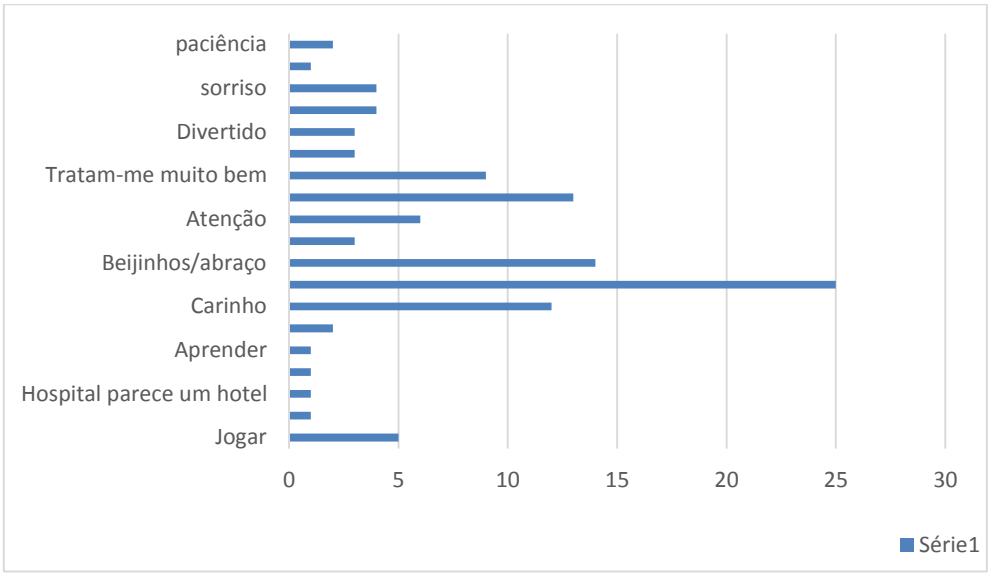


Gráfico 64

Gráfico das mensagens positivas dos acompanhantes

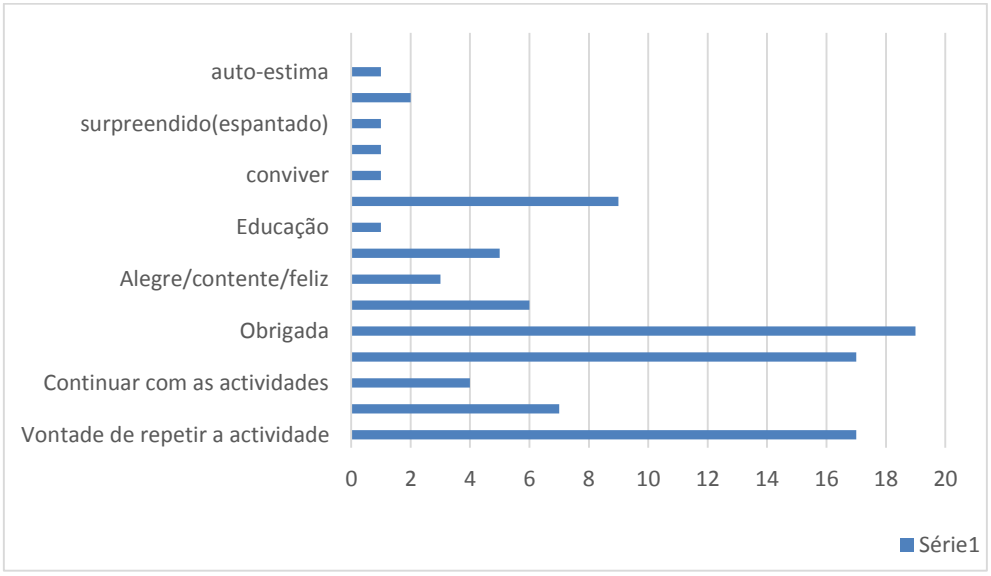


Gráfico 65

O uso da análise de conteúdo é uma ferramenta para o estudo das mensagens dos doentes e respectivos acompanhantes.

De acordo com Bardin (1994, p.18) esta definição surge com Berelson afirmando que análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem como objectivo a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo expresso na comunicação. Afirma ainda que é aplicável a todo tipo de comunicação. Sendo as mensagens uma forma de comunicação escrita, importa perceber e analisar qual o significado das mesmas.

5.1. ANÁLISE DAS MENSAGENS

Os depoimentos das crianças e acompanhantes são um testemunho de como se sentiram durante o internamento. A escrita foi livre e espontânea.

Após a sua análise verificamos que os referidos depoimentos confirmaram os resultados dos questionários, cujo nível de satisfação das crianças e acompanhantes foi positivo conferindo sintonia entre ambos. É relevante o número de palavras de estimação manifestadas, tais como: “sentir livre”, “carinhoso”, “adorei”, “muito bom”, “gostei muito”, “divertido”, “agradecer”, “alegre”, “interessante”, “sorriso”, “obrigada”, “beijos”, “brincar”, “fantástico”, “excelente”. Não se registaram afirmações de desagrado.

A implicação simultânea da criança e acompanhante no processo de internamento geraram emoções idênticas transmitindo-se mutuamente. A alteração das mesmas induziu a mudanças emocionais da dupla criança/acompanhante, porque o bem-estar de um, depende do estado em que o outro se encontra.

É de salientar o nível de satisfação dos adultos afirmando que se sentiram descontraídos, dizendo que “faz bem às crianças e adultos”, tendo vontade de repetir. Passaram aceitar o internamento e a saber conviver com o mesmo, tornando-se mais fácil de orientar o apoio à criança com atitudes assertivas.

CONCLUSÃO

A investigação realizada teve como objectivo principal o reconhecimento e avaliação das emoções sentidas pelas crianças durante o processo de internamento.

A fundamentação teórica evidenciou um conhecimento relacionado com as emoções estudadas. Desenvolvemos um estudo teórico das actividades pedagógicas que foram incrementadas junto das crianças e acompanhantes, o que nos permitiu adquirir e aprofundar saberes múltiplos que se complementaram entre a teoria e a prática.

Como podemos verificar, a investigação em causa abordou as emoções sentidas pelas crianças durante o processo de internamento, razão pela qual formulamos a seguinte pergunta de partida:

Quais as emoções sentidas pelas crianças durante as suas rotinas diárias de internamento?

Relembrando, as emoções estudadas na investigação, estas, foram as seguintes: alegria, carinho, vergonha, tristeza, ansiedade e medo.

Relativamente à emoção alegria, sentida pelas crianças durante as suas rotinas diárias de internamento, verificámos que esta emoção prevaleceu em momentos em que a criança esteve em convívio com os adultos de quem cuidaram dela, em situações lúdicas, em ocasiões em que lhe foi explicado o que passava consigo, revelando bem-estar geral.

Nestes momentos, as crianças demonstraram serem capazes de exteriorizarem aquilo que sentiram fortalecendo as ligações estabelecidas com os profissionais do Serviço de Pediatria.

Verificámos ainda, que os acompanhantes revelaram emoções de alegria face às circunstâncias vividas por ambos.

Frisaram com regularidade, a satisfação que tiveram em permanecerem na sala “Pátio das Ideias” porque lhes foi proporcionado um ambiente de satisfação, com relações mais abertas e espontâneas.

De salientar que, quando foram comunicadas às crianças e familiares os tratamentos a ministrar, estes foram aceites de uma forma positiva, embora alguns questionários tivessem revelado que nem sempre as crianças mantiveram a calma nos referidos procedimentos.

As refeições e exames ou tratamentos não foram momentos em que as crianças revelaram muita alegria, mesmo assim, existiu um grande número de crianças que se sentiu bem.

Por observação e por alguns comentários efectuados, verificámos que as refeições nem sempre foram do agrado das crianças, pela falta de apetite, pela dificuldade de engolir os alimentos no pós-operatório, ou por não gostarem da confecção dos alimentos. Salientámos as refeições podem ser trazidas de casa, desde que se cumpra as indicações aconselhadas.

É de destacar, que durante as rotinas diárias as avaliações de “bom” e “muito bom” tiveram uma cotação elevada, o que significou a expressão dos seus estados emocionais nos diferentes momentos do dia. Por outro lado, as actividades pedagógicas favoreceram a ligação entre crianças e adultos assim com beneficiaram um clima emocional agradável.

Em função da experiência de vida das crianças, da sua faixa etária, do seu contexto familiar e social, do estado de desenvolvimento, a emoção alegria foi sentida de várias formas, o que induziu a criança a diferentes interpretações das vivências do internamento, nomeadamente quando foi valorizada e elogiada pelo seu comportamento, quando realizou actividades pedagógicas, na alimentação e higiene, ou seja, durante as rotinas diárias, provocando momentos de alegria que se evidenciaram de uma forma positiva durante o processo de recuperação.

As respostas do questionário efectuado provaram que as referidas dimensões foram sentidas de uma forma positiva fomentando um estado de alegria.

Verificou-se ainda, que as crianças sentiram-se alegres quando lhes foi comunicada a alta. No entanto, existiram, por vezes, sentimentos contraditórios. Por um lado, queriam regressar ao seu ambiente familiar, por outro lado, desejavam ficar internadas por terem gostado da experiência da hospitalização, o que se tornou surpreendente face às expectativas que tinham antes de serem internadas.

Tanto os questionários, como os depoimentos das crianças, demonstraram os sentimentos antagónicos fazendo estes, parte dos processos de aprendizagem de cada uma.

O importante foi ensinar a gerir estes momentos, percebendo que não é necessário perder o contacto com o hospital, podendo este, ser uma referência

para a criança. Aliás, a prova deste facto, são as visitas que as crianças sempre fizeram após a alta, os SMS`s e e-mails enviados.

Relativamente à emoção carinho, verificou-se que a comunicação com o "outro", criança ou adulto, criou momentos de satisfação o que fez com o doente se sentisse protegido.

É de salientar, que o contributo das pessoas que acompanharam a criança só existiu, porque esta percebeu a disponibilidade, motivação e interesse da parte do adulto para proporcionar bem-estar através de uma comunicação aberta e uma relação afável.

Quanto às actividades pedagógicas realizadas, estas contribuíram para criar e reforçar as relações entre todos, não só porque foram efectuadas em conjunto, mas também porque se proporcionou a intensificação da comunicação, tal como provam os questionários A proximidade das relações positivas entre as crianças e acompanhantes não permitiu o isolamento. Os adultos centraram as atenções na criança, tendo esta desenvolvido uma imagem positiva de si própria.

Constatámos ainda, que a figura da educadora é relevante relativamente aos acompanhantes, cujo nível de confiança é elevado favorecendo a comunicação, transmitindo-lhes segurança. A emoção "carinho" é igualmente comprovada na comunicação com os médicos, enfermeiros o que significa que existe uma grande disponibilidade e confiança para colaborar nos procedimentos e orientações solicitadas pelos profissionais do serviço de Pediatria.

Por sua vez, os acompanhantes também estabeleceram níveis de confiança e intimidade com outras crianças numa dinâmica de interacções positivas, contribuindo para o bem-estar de todas as crianças internadas. Aliás nos depoimentos as citações: "sorridentes", "bem-dispostos", "disponíveis", etc, são comprovativos do "bem-estar" que as crianças sentiram.

Concluindo, a emoção carinho foi muito sentida, as relações foram positivas, as crianças sentiram-se protegidas verificando que os adultos que delas cuidaram as apoiaram, transmitindo-lhes confiança e estabilidade.

Relativamente à emoção vergonha verificámos, que esta se evidenciou mais nos momentos da higiene e nos momentos de sensação de culpa por estar doente, embora os dados não sejam muito significativos.

A enfatização da vergonha, perante a situação de debilidade e disfuncionalidade do próprio corpo, pôde ser um das condições de incómodo da criança.

Não se verificou neste questionário, que a criança/adolescente sentisse uma imagem negativa de si mesma, ou sentisse que não foi valorizada. Isto significa que, não sentiram “muita” ou “muitíssima” vergonha nas diferentes rotinas diárias.

Notou-se também, que as crianças, assim como os acompanhantes, estabeleceram boas relações com os prestadores de cuidados hospitalares referindo que “é bom que as pessoas se preocupem connosco”.

Relativamente, à emoção tristeza, esta verificou-se com maior evidência no afastamento das crianças do seu ambiente natural de vida diária e em relação à incerteza do tempo em que vai permanecer internada.

É de salientar que maior parte das crianças adaptaram-se bem ao internamento frisando que a vida no hospital teve diversos interesses o que ajudou a ultrapassar os aspectos menos agradáveis da hospitalização, como por exemplo a dor ou outras emoções desagradáveis.

Verificámos que as crianças valorizaram mais o afastamento dos entes queridos do que os tratamentos clínicos a que foram submetidas.

A família, a escola, os amigos têm uma importância muito grande na vida da criança doente e tal como vimos anteriormente, as relações interpessoais são de extremo interesse para a recuperação.

Esta emoção, sobressaiu nos momentos em que a criança não esteve ocupada e sentiu-se sozinha. No final do internamento as crianças queriam regressar ao seu ambiente natural, mas muitas choraram afirmando que gostaram da experiência e não queriam ir para casa. Estes dados são coincidentes com dados relativos à emoção alegria.

Relativamente à emoção ansiedade, esta manifestou-se com maior intensidade antes das crianças serem internadas e antes dos procedimentos terapêuticos.

As crianças sofreram por antecipação porque não tiveram conhecimento acerca da vida hospitalar, ou seja tinham medo do desconhecido.

Pelos resultados obtidos, podemos concluir que a ansiedade foi sentida e que a sua maior intensidade esteve presente quando criança teve conhecimento

da sua hospitalização, tal como se comprova na pergunta foi: “sentiste-te ansioso quando te falaram em vir para o hospital?” e quanto aos acompanhantes perguntamos-lhes: “sentiste-te ansioso com a preocupação dos teus pais?” Se compararmos os valores dos resultados das duas perguntas efectudas, verificámos a proximidade dos referidos valores.

Outro dado importante é a expectativa dos tratamentos menos agradáveis que desencadearam ansiedade.

É interessante verificarmos os resultados referentes ao momento da alta. Estes revelaram o sentimento de desprotecção da criança e acompanhantes, ao saírem da área de segurança hospitalar na eventualidade de poder acontecer algo inesperado. Por outro lado, indicaram aspectos positivos que se referiram: ao bom nível de adaptação da criança ao internamento, e à confiança que criaram nos profissionais que dela cuidaram, tornando a separação desagradável. Esta evidência já foi notada nas emoções de alegria e tristeza.

As crianças, assim como os acompanhantes, no momento do internamento estiveram ansiosos por desconhecerem a realidade hospitalar e no decorrer do internamento esta emoção diminuiu de intensidade, tal com os questionários e os depoimentos, assim o comprovaram.

É ainda de realçar que, um grande número de crianças não se sentiram ansiosas ao pensar que poderiam não ficar bem de saúde, o que comprovou a confiança e protecção dos adultos.

Tal como verificámos no questionário da tristeza, as crianças conseguiram estabelecer boas relações entre todos e não se sentiram ansiosas em construir novas relações.

Verificámos, que quando as crianças se sentiram menos ansiosas aceitavam melhor o internamento e todos os procedimentos inerentes ao mesmo. A intensidade da ansiedade disparou em momentos mais incómodos.

Faltar à escola não foi motivo de ansiedade, pela falta de motivação por aprender e também porque as crianças sabiam que podiam continuar a estudar durante o internamento e até, fazerem os testes. No entanto, sentiram-se ansiosas por terem saudades dos colegas e para os adolescentes a ansiedade relacionou-se com os testes ou exames escolares.

Relativamente à emoção medo, sentida pelas crianças durante as suas rotinas diárias de internamento, verificou-se que este, foi sentido fortemente em

situações ameaçadoras. Notou-se esta emoção quando a criança sentiu a ausência de referenciais de segurança ou quando pressentiu que algo lhe pôde provocar dor ou sofrimento.

Predominou o medo, quando ligado à possível perda dos familiares e amigos que se relacionaram com a criança. No entanto, verificámos dois aspectos muito importantes a frisar nesta conclusão. O medo esteve relacionado com as expectativas negativas perante o futuro, por outro lado, o medo da separação da família, o que levou a um sentimento de desprotecção da criança.

Por estes motivos, podemos promover e reforçar os laços familiares de modo a reduzir esta emoção tornado a hospitalização mais suportável e agradável.

Concluímos também, tal como se verificou no questionário da ansiedade, que no momento da alta existiu uma desprotecção da criança. Os profissionais foram referenciais muito fortes e de grande confiança o que deixou a criança sem perspectiva face ao futuro imediato. Gostaram de estar internadas, por vezes choraram, porque o medo do desconhecido não foi coincidente com a realidade vivida, Prova deste facto, foram o conjunto de respostas ao questionário efectuado assim com os testemunhos escritos.

O internamento foi claramente marcante face às expectativas criadas antes da hospitalização, tal como verificámos nas respostas à pergunta: “tens medo de não voltar para casa ou para a escola?”

A criança sabia que ia embora, prosseguia com a sua vida quotidiana e levava a certeza de que gostou do internamento, embora insegura acerca do seu futuro.

Afirmaram ainda, não terem medo de exteriorizarem o que sentiram, de conviver com as pessoas desconhecidas e de vivenciarem momentos sadios num ambiente afectuoso.

Não demonstraram muito medo face à sua doença porque deram maior valor aos momentos da vida diária. No entanto, quando as crianças eram solicitadas para alguns procedimentos clínicos, o medo disparava. Por observação, verificámos que após o referido procedimento o medo voltava a diminuir a sua intensidade sendo desvalorizado de acordo com vários factores, tais como: o apoio dos acompanhantes, experiência de vida, idade, estado físico, psicológico, etc.

Relativamente a esta emoção as conclusões tiradas abrangeram poucas respostas porque grande parte dos inquiridos confessou não ter ou ter poucos medos.

Às hipóteses inicialmente formuladas, e que se voltam a referir, apresentamos, de seguida, as respetivas respostas:

Hipótese 1 – A criança hospitalizada experimenta vivências emocionais que interferem no seu bem-estar.

As crianças sentiram novas experiencias cujo resultado induziu a novas aprendizagens tais como: aprenderam a lidar com a doença, a fazer novos amigos e ser solidário, adquirir conhecimentos relacionados com a saúde, que contribuíram para que as crianças se sentissem bem, levando uma impressão positiva de si e do Serviço de Pediatria, tal como observamos e os próprios depoimentos das crianças assim o provam.

Hipótese 2 – Os estados emocionais dos acompanhantes comunicam-se às crianças e têm impacto sobre o seu nível de bem-estar.

O internamento visto por uma perspectiva positiva de aprendizagem de vida aprende-se a sentir, a estar, ouvir, falar. Dentro deste ponto de vista, os estados emocionais comunicam-se entre acompanhantes e crianças assim como entre as restantes pessoas presentes de uma forma espontânea criando um bem estar geral. Pelos resultados obtidos verificámos que as crianças têm um bem estar permanente mesmo em momentos menos atractivos o que pressupõem o bem estar dos acompanhantes como mediadores.

Hipótese 3 – As actividades pedagógicas contribuem para promover a expressão emocional, a comunicação emocional entre crianças e adultos e a emergência de emoções positivas que ultrapassam as negativas.

As actividades desenvolvidas foram programadas com o objectivo de criar momentos para a exteriorização de emoções. As estratégias de acção foram diversificadas de acordo com as faixas etárias e a patologia, de maneira a proporcionar uma comunicação fluida e a ultrapassar as emoções negativas, tal como se verificou. No entanto salientámos, que independentemente de qualquer actividade prevista ou improvisada, as relações humanas saudáveis entre todos atraem momentos de segurança e confiança sendo determinantes para que se promovam momentos de expressão de emoções.

Verificámos pelas respostas aos questionários apresentados que as actividades pedagógicas contribuíram para promoção da expressão emocional.

Hipótese 4 – A presença dos acompanhantes nas actividades contribui para reforçar os vínculos afectivos das crianças.

Foi nosso objectivo que os acompanhantes assim como as crianças realizassem as actividades em conjunto de modo haver uma sintonia de emoções. Com o questionário efectuado acerca das actividades, que são alvo de apresentação neste estudo, verificámos que o nível de emoções sentidas entre os acompanhantes e as crianças é idêntico. Daqui podemos interpretar que o adulto de referência participa na vida activa da criança reforçando os vínculos familiares. Nestas circunstâncias, os acompanhantes não podem dizer que não têm tempo para estar com as crianças tal como habitualmente ouvimos, porque permanece um, durante 24h e o outro, até às 21h. Este é um tempo útil para estar em família. Os acompanhantes motivam as crianças para a realização das actividades porque participam nas mesmas com prazer. Quando as crianças não o podem fazer, os acompanhantes substituem-nas, correspondendo para a criança o trabalho realizado da sua autoria. Nestes momentos sentimos e observamos o reforço dos vínculos afectivos e os depoimentos são o retrato desta afirmação.

Finalizo a minha dissertação cujo tema escolhido foi “Aprendendo com a doença”. Pretendi transmitir a ideia de que pode ser em momentos mais constrangedores que nos revelamos de uma forma positiva.

Conhecemo-nos nos padrões habituais de vida e por vezes não nos apercebemos das capacidades inesgotáveis que possuímos em circunstâncias adversas.

A facilidade de adaptação que as crianças têm a novas situações é enorme. Os conceitos negativos de hospitalização que a sociedade transmite às crianças, e acompanhantes por vezes nada tem a ver com a realidade vivida. Surpreendem-se de uma forma positiva sentindo-se felizes no momento da alta.

As crianças tal como os adultos vão convivendo e aprendendo ao longo da vida formas diferentes de estar e de sentir a sua realidade e a dos outros. A partilha é enriquecedora porque é, em circunstâncias adversas, menos agradáveis e por vezes inesperadas, que se criam empatias e grandes

amizades. Esta, é uma das razões pela qual as crianças e acompanhantes se encontram fora do contexto hospitalar e quando nos visitam informam-nos como estão os amigos.

Aprendizagem é global abrangendo todas as faixas etárias.

Aprende aquele que utiliza os seus conhecimentos e a sua experiência de vida, transformando-os em novos saberes.

BIBLIOGRAFIA

A. Freitas-Magalhães (2006). A Psicologia do Sorriso Humano. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Alzina, Rafael Bisquerra (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Editorial Praxis.

Ana Banana, (2008). Ria Agora. Lisboa: Edições Ariana.

Ander Egg. (1981). Metodología y práctica de la animación sociocultural. Madrid: Marsiega,

Bergson, H. (1960). *O riso*. Lisboa: Edições Guimarães Editores.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

Bradberry, T. & Greaves, J. (2008). *Guia prático da inteligência emocional*. Lisboa: Bertrand Editora.

Bronfenbrenner, U. El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la psicooncología. Annales de Psicologia. 2002, 18(1), p.45-59.

Bruno Bettelheim, (1988). Psicanálise dos Contos de Fada. Lisboa: Bertrand Editora.

Campbell, D. (2000). *O Efeito de Mozart*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.

Catret, Amparo (2001).*Emocionalmente inteligentes?.* Madrid: Ediciones Palabra

Copper-Royer, Béatrice (2007). *Os medos das crianças*. Casal de Cambra: Caleidoscópio.

Coutinho, C. & Chaves, J. (2002). O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. *Revista portuguesa de Educação*, nº 15, pp. 221-243. Braga: CIEd - Universidade do Minho.

Curran, Curan (2001). *Visualizaciones interactivas para curar a los niños*. Barcelona Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Damásio, A. (2000). *O sentimento de si*. Lisboa: Publicações Europa-América.

Denholm, C. J. (1988). *Positive* and negative experiences of hospitalized adolescents. *Adolescence*, Spring 1988, vol. 23, pp. 115-126. Disponível em http://www.proquest.com (acedido a 20.10.2012).

Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publication.

Evi, Crotti- Alberto Magni (2002). *Los miedos de los niños*. Barcelona: Oniro

Ferrario, G. (2006). *Reír de corazón*. Barcelona: Biblioteca de la salud.

Ferrer, Maria Costa (2000). *El juego y juguete en la hospitalización infantil*. Valencia: Instituto Tecnológico del Juguete.

Fox, David J. (1987). *El proceso de investigación en educación*. 2ª edicón. Pamplona : Ediciones Universidad de Navarra.

Goleman, Daniel. (1995). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós Editorial.

Gómez, Maria Dolores Morillas (2006). *Competencias para la ciudadanía*. Madrid: Narcea Ediciones.

Gonzalez, Manuel Alvarez (2001). Diseño e evaluación de programas de educacion emocional. Barcelona, Wolters Kluwers Educación

Graziani, P. (2005). *Ansiedade e perturbações da ansiedade*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Harvey, Jonhn R. (1998). *Relajación Total*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, SA.

Hunter, Erika M. (2007). *El pequeño libro de las grandes emociones*. Madrid: Los libros del Comienzo.

Imbernón, F. (coord.) & Alonso, M. J. & Arandia, M. *et al.* (2002). *La investigación como herramienta de formación del profesorado: Reflexión y experiencias de investigación educativa.* Barcelona: Editorial Graó.

José Pedro Machado (1991), Dicionário de Língua Portuguesa. Vol. 4: p.265.Lisboa, Publicações Alfa.

Klaus, M.H & Kenmell, J.H. (1993). *Pais/Bebê - A Formação Do Apego*. Porto Alegre: Artes Medicas.

Laurent (2002). *Tratado de la risa*. Madrid: Ediciones Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. N.York: Oxford University Press.

Minayo, M. C. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Moreira, P. (2001) . *Ser Professor: competências básicas…2*. Lisboa: Porto Editora.

Muñoz, Josep; Barceló Guel (2003). Educacion emocional:programa de actividades para a educacion secundaria post obrigatória. Barcelona: Wolters Kluwers educacion.

Omraam, Aiivanhov (2006). *La risa del sábio*. Fréjus Cedex: Ediciones Prosveta.

Ortiz, M. Barón & Yárnoz, S. Yaben (1993). *Teoria del apego y Relaciones afectivas*. Bilbao: Servicio Editorial del Pais Vasco.

OTTA, E.(1994). O sorriso e seus significados Petrópolis: Editora Vozes**.**

Plana, Agnès Remon (2003). Educacion emocional: programa para a educacion primária (6-12 años). Barcelona: Wolters Kluwers Educacion.

Schneider, Vimala (2002). *Masje Infantil- Guia prática para el padre y madre*. Barcelona: Editiones Médici.

Sousa, Alberto B. (2003). *Educação pela arte e artes na educação*. Lisboa: Instituto Piaget.

Shakti, Gawain, (2000). Lisboa: Edições Pergaminho.

Stake, R. E. (2007). A *arte de investigação com estudos de caso*. Lisboa: Gulbenkian.

Trilla, Jaune (1997 e 1998). *Animação Sociocultural*. Lisboa: Editorial Ariel.

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clinica-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.

Vicens, Sílvia Palou (2004). *Sentir y crecer - El crecimento emocional en la infancia.* Barcelona: Editorial GRAÓ, de IRIF, S.L.

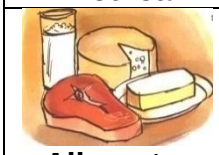
Yin, R. E. (2002). *Estudo de caso. Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Artemed.

http://www.redalyc.org/artimlo.oa?id=16718103

ANEXOS

ESCREVE COMO TE SENTES

Nome:_____ Idade_____ Data_____ Cama ___

Emoções / Rotinas Diárias	Alegria	Carinho	Vergonha	Tristeza	Ansiedade	Medo
Acordar						
Higiene						
Medicação Tratamento						
Visita Médica						
 **Alimentar**						
Ocupação dos Tempos Livres						
Visitas do Exterior						
Deitar						

Durante o internamento, senti-me alegre

	pouco	suficiente	bom	muito bom
quando realizei actividades (relaxamento, musicais, de riso, pinturas, jogos, computadores, playstation…)				
quando senti que os outros gostavam de mim				
quando fui bem recebido pelas pessoas do Serviço				
quando conversaram comigo sobre o que se ia passar comigo				
quando me disseram que colaborei bem com a equipa do hospital (médicos, enfermeiros, educadora e outras pessoas)				
durante a minha higiene				
com a comida				
quando consegui manter-me calmo nos exames e nos tratamentos				
quando verifiquei que no hospital não era aquilo que eu pensava. É interessante e agradável				
quando soube que já podia ir para casa				

Nome:_____ **Data:**_____

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Tempo de Hospitalização (dias):** _____**Acompanhante :** _____

Durante o internamento, senti-me ansioso (a)

	nada	pouco	muito	muitíssimo
quando me falaram em vir para o hospital				
quando senti a preocupação dos meus pais				
quando me disseram o que eu tinha				
quando tive que deixar a escola				
quando me disseram que tinha que fazer exames e tratamentos				
quando só falavam da minha doença com os meus pais				
ao ver tantas pessoas desconhecidas à minha volta				
porque não confio em mim				
ao imaginar que poderia não ficar bem de saúde				
durante a minha higiene				
quando comia				
no final do internamento				

Nome:_____ **Data:**_____

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Tempo de Hospitalização (dias):** _____**Acompanhante :** _____

Durante o internamento, sinto-me triste

	nada	pouco	muito	muitíssimo
por ter saudades da minha casa				
por ter saudades da minha família (irmãos, avós)				
por ter saudades dos meus amigos				
por ter saudades da minha escola				
por ter saudades do meu animal				
quando me dizem que tenho que fazer exames ou tratamentos				
por achar que não melhorei				
porque não confio em mim				
ao ver os meus amigos do hospital a irem embora e eu ficar				
durante a minha higiene				
sempre que comia				
no final do internamento				

Nome:_____ **Data:**_____

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Tempo de Hospitalização (dias):** _____**Acompanhante :** _____

Durante o internamento, senti-me envergonhado(a)

	nada	pouco	muito	muitíssimo
porque penso que tive culpa de ter ficado doente				
por não conseguir conversar e dizer o que sinto				
quando conversaram comigo sobre o que se ia passar				
por não colaborar e corresponder bem com a equipa do hospital (médicos, enfermeiros, educadora e outras pessoas)				
quando não consegui manter-me calmo nos exames e nos tratamentos				
no convívio com os amigos do hospital				
quando recebi visitas do exterior				
na relação que mantive com a educadora				
na relação que mantive com os enfermeiros				
na relação que mantive com os médicos				
na relação que mantive com as restantes pessoas do Serviço				
durante a minha higiene				

Nome:_____ **Data:**_____

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Tempo de Hospitalização (dias):** _____**Acompanhante :** _____

Durante o internamento, senti carinho

	pouco	suficiente	bom	muito bom
no convívio com os amigos que fiz no hospital				
na relação com a família que me acompanhou				
quando convivi com outros familiares(irmãos, avós, amigos…) que me visitaram				
na relação com a educadora				
na relação com as enfermeiras				
na relação com os médicos				
na relação com as restantes pessoas do Serviço				

Nome:_____ Data:_____

Idade: _____ Sexo: _____ Tempo de Hospitalização (dias): _____Acompanhante : _____

Durante o internamento, senti com medo

	pouco	nada	muito	muitíssimo
dos tratamentos e exames (picas)				
de perder a família				
de perder os amigos				
de não voltar para casa				
de ter dores				
de conviver com as pessoas desconhecidas				
de não voltar para a escola				
de comer				
quando pensava na minha doença				
durante a minha higiene				
de falar e dizer o que sentia				
de brincar				

Nome:_____ **Data:**_____

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Tempo de Hospitalização (dias):** _____**Acompanhante :** _____