



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

A ATUAÇÃO DOS DOUTORES PALHAÇOS:
CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO-ALVO E DO
CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Psicologia do Bem-Estar e Promoção
da Saúde

Por

Sofia Chaveiro

Faculdade de Ciências Humanas

Setembro 2023



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

A ATUAÇÃO DOS DOUTORES PALHAÇOS: ADPTAÇÕES
CONSOANTE AS CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO-ALVO
E DO CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Psicologia do Bem-Estar e Promoção
da Saúde

Por

Sofia Chaveiro

Faculdade de Ciências Humanas

Sob orientação de Bárbara Nazaré

Setembro 2023

Resumo

Este estudo teve como objetivo perceber de que modo determinados fatores poderiam levar os Doutores Palhaços a adaptar as suas visitas e o seu trabalho com crianças e adolescentes. Nesta investigação, participaram 17 indivíduos, 6 do sexo masculino e 11 do sexo feminino, que trabalham como Doutores Palhaços. Os participantes foram entrevistados em grupo, tendo sido utilizado um guião semi-estruturado. As entrevistas permitiram concluir que os profissionais têm em consideração um conjunto de fatores individuais e contextuais. Ao nível das características da população-alvo identificaram-se: a idade, o grau de receptividade, os interesses e as características clínicas da criança. Ao nível das características do contexto de intervenção, identificaram-se o período de estadia e utilização do serviço do hospital, a modalidade de intervenção e as adaptações à pandemia. Como tal, foi possível observar que os Doutores Palhaços têm em consideração diferentes características consideradas relevantes pela comunidade científica na adaptação do seu trabalho a cada criança e adolescente com a qual interagem.

Palavras-Chave: Doutores Palhaços; Palhaços de Hospital; Crianças; Adolescentes; Hospitalização.

Abstract:

This study aims to identify the characteristics that Clown Doctors take into account in their intervention with children and adolescents. Seventeen individuals participated in this research, 5 male and 11 female, who were interviewed following a semi-structured script. The interviews allowed us to conclude that professionals take into consideration a set of individual and contextual factors. The personal factors identified were: age, degree of receptivity, interests and clinical limitations of the children. Regarding the factors associated with the intervention context were identified: length and use of hospital service, the modality of intervention and the adaptations to the pandemic. As such, it was possible to observe that Clown Doctors take into account different characteristics considered relevant by the scientific community when adapting their intervention to each child and adolescent with whom they interact.

Keyword: Clown Doctors; Hospital Clowns; Children; Adolescents; Impact of Hospitalization.

Índice

Introdução.....	7
1. Enquadramento Teórico	9
1.1. A Infância e o Desenvolvimento Humano.....	9
1.2. O Impacto da Hospitalização.....	10
1.3. A Importância de Brincar.....	12
1.4. Os Palhaços de Hospital	14
1.4.1. Doutores Palhaços	15
1.4.2. Impacto das Visitas dos Palhaços de Hospital	17
Metodologia.....	19
2.1. Desenho de Investigação	19
2.2. Participantes	19
2.3. Procedimento de Recolha de Dados	19
2.4. Procedimento de Análise de Dados	20
Resultados.....	21
3.1. Dicionário de Categorias	23
Discussão de Resultados.....	35
4.1. Implicações Práticas	37
4.2. Limitações e Implicações para a Investigação	38
Conclusão	39
Referências Bibliográficas.....	40

Introdução

A infância é uma fase de desenvolvimento reconhecida como uma etapa estrutural para a trajetória futura de cada indivíduo (Brodbeck et al., 2022). Durante a mesma, as crianças enfrentam um conjunto de mudanças a nível físico, psicológico e social, considerando-se essencial que estas tenham momentos lúdicos no seu dia a dia, pois estes parecem cruciais para um desenvolvimento saudável (Sawyer et al., 2018). Tal como estas, os adolescentes são também alvo de grandes alterações, sendo uma fase caracterizada por uma elevada necessidade de relações sociais, sentimento de pertença e motivação para a autodescoberta (Tsagem, 2022).

Por volta dos anos 90, surgiu uma crescente preocupação com o impacto da hospitalização nas crianças e adolescentes (Barros, 1998). Neste sentido, ocorreu a criação de um grupo de palhaços que tinha como intuito melhorar a experiência hospitalar (Battrick et al., 2007). Após terem verificado os resultados deste trabalho, houve uma expansão do projeto para diversos países, incluindo Portugal, com o nome Doutores Palhaços (Operação Nariz Vermelho, 2019). Este trabalho é realizado até aos dias de hoje, sendo acompanhado de diversos estudos para garantir a sua qualidade (Koller & Gryski, 2008). No entanto, poucos focaram o trabalho destes profissionais face a diferentes características destas crianças e adolescentes (Moreira et al., 2015).

Esta dissertação está inserida num projeto de investigação do CRC-W- *Catolica Research Center For Psychological, Family and Social Wellbeing* coordenado pela Professora Doutora Bárbara Nazaré, no contexto de um protocolo com a Operação Nariz Vermelho. A investigação realizada apresenta um desenho qualitativo, de modo a recolher o máximo de informação subjetiva acerca deste tema. Em relação à estrutura do presente documento, o mesmo está dividido em cinco capítulos: Enquadramento teórico; Metodologia; Resultados; Discussão; Conclusão.

Primeiramente, no enquadramento teórico, será abordado o desenvolvimento das crianças e adolescentes bem como a importância do brincar nestas fases, salientando o impacto da hospitalização e a importância do trabalho dos Doutores Palhaços; por fim, também serão apresentados os principais objetivos deste estudo.

Relativamente à Metodologia, serão apresentadas informações acerca do desenho de investigação, participantes, instrumentos aplicados e procedimentos de recolha e análise de dados, incluindo o dicionário de categorias. No capítulo Resultados, serão discriminados os principais resultados qualitativos encontrados nesta investigação. No quarto capítulo, são

relacionados os presentes resultados com a literatura analisada, sendo apresentadas as implicações práticas e principais limitações.

Por fim, é apresentada a Conclusão, em que se encontram evidenciados os principais contributos desta investigação para a literatura existente.

1. Enquadramento Teórico

1.1. A Infância e o Desenvolvimento Humano

A infância constitui uma das fases mais importantes e impactantes no funcionamento psicossocial e na saúde mental ao longo da vida (Brodbeck et al., 2022). As teorias sobre o desenvolvimento humano focam, geralmente, o desenvolvimento motor, perceptivo, cognitivo, emocional, social ou de personalidade, considerando que se complementam (Shaffer & Kipp, 2013). Uma das primeiras teorias que incluía também a dimensão psicológica foi a desenvolvida por Freud (Teoria Psicosexual), que propunha um conjunto de etapas de desenvolvimento, que terminam com a adolescência. Esta perspetiva é atualmente rejeitada, mas estimulou o surgimento da Teoria Psicossocial do Desenvolvimento Humano (Shaffer & Kipp, 2013), criada por Erik Erikson (Martínez, 2008). Nesta teoria, defende-se o papel da interação do próprio com os contextos culturais e sociais em que existe, sublinhando a capacidade de adaptação e o papel ativo de cada um. Através dessa teoria, é possível examinar as necessidades sociais e psicológicas das crianças e adolescentes em cinco grupos etários: Confiança vs. Desconfiança (até aos 2 anos); Autonomia vs. Vergonha e Dúvida (2-3 anos); Iniciativa vs. Culpa (4-5 anos); Diligência vs. Inferioridade (6-11 anos); e Identidade vs. Confusão e Identidade (12-18 anos). Em cada etapa, parece ocorrer um conflito ou crise interna que tem de ser superada para que haja um desenvolvimento saudável (Shaffer & Kipp, 2013), sendo que este não termina na adolescência, considerando-se o processo até à velhice.

A Teoria Piagetiana do desenvolvimento cognitivo surgiu na mesma época, sendo considerada um dos maiores contributos para a compreensão das crianças e do seu desenvolvimento. Esta tornou-se muito importante por salientar que a criança tinha um papel ativo no seu desenvolvimento, sendo o seu comportamento motivado por influências internas e externas, aprendendo a adaptar-se aos diferentes contextos e criando a sua própria perspetiva sobre os mesmos (Shaffer & Kipp, 2013).

Durante a infância, a criança tem tempo para se autodescobrir através de experiências e aprendizagens, sendo que a maioria desses momentos enriquecedores decorre durante o contexto de brincadeira (Tavares, 2011). Como tal, a infância é uma fase crucial para a aprendizagem e desenvolvimento do indivíduo, devido à descoberta da relação com o próprio e com o exterior, através das relações estabelecidas e experiências vividas ao longo desta etapa (Dijk, 2017). Por vezes, esta pode ser turbulenta, quando as crianças são confrontadas com stressores atípicos, podendo passar por experiências adversas (Brodbeck et al., 2022), tal como acontece quando a mesma é hospitalizada.

A adolescência é uma fase de muito desenvolvimento, considerada por diferentes sociedades como a transição entre o ser criança e o ser adulto (Martínez, 2008; Santiago & Perez, 2002), e sendo percebida como uma das fases mais importantes dada a forma como se conecta com os restantes estágios (Tsagem, 2022). A adolescência corresponde às idades entre os 10 e os 19 anos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS; Swayer et al., 2018). É expectável que os adolescentes atinjam um conjunto de objetivos de desenvolvimento, tais como uma percepção mais ampla e individual de como funciona o mundo ao seu redor e de como os próprios se inserem nesse mundo, correspondendo à etapa em que estes definem a sua identidade (Waterman, 1982). Como tal, é neste período que os mesmos se tornam mais analíticos, começam a formular hipóteses e a corrigir falsas percepções e começam a chegar às suas próprias conclusões sociais (Santiago & Perez, 2002). A adolescência caracteriza-se pelas complexas mudanças a nível biológico, psicológico e social, gerando muitas vezes períodos de contradições e conflitos, provocando assim momentos de crise. É nesta etapa que o adolescente ganha uma maior independência psicológica e social (Santiago & Perez, 2002), sendo a partir desta fase que a sociedade começa a reconhecer a opinião e a validar mais o papel do adolescente (20, 2022). Santiago e Perez (2002) também referem que, para haver um desenvolvimento saudável na adolescência, é necessário que a sociedade assegure as suas necessidades a nível da saúde, do seu desenvolvimento e bem-estar social.

1.2. O Impacto da Hospitalização

Tendencialmente, as doenças surgem de forma imprevisível e, por isso, não existe uma preparação prévia por parte da família e das crianças para lidar com os stressores associados (De Oliveira et al., 2018). A hospitalização pode, portanto, causar sentimentos de stress, ansiedade e inquietação (Kain et al., 2000). A ansiedade tende a ser a resposta negativa mais relatada e, quando é excessiva, pode ter graves impactos na saúde fisiológica e psicológica das crianças, podendo ainda comprometer a forma como elas lidam com o tratamento médico e também potencializar um comportamento não cooperativo, desencadeando mais emoções negativas (Li et al., 2016). Além destes sintomas, a ansiedade pode ainda contribuir para um risco acrescido de perturbações de comportamento e/ou psicopatologia (Barros, 1998). Assim sendo, as crianças apresentam muitas vezes ansiedade associada a um conjunto de fatores, tais como: antecipação da dor, rotinas não familiares, procedimentos hospitalares, perda de controlo, medo da separação dos pais e de instrumentos cirúrgicos (Kain et al., 2000).

A dor é um determinante que pode potencializar reações negativas nas crianças no período de internamento (Jay, 1988). A própria fase de desenvolvimento da doença, o nível de gravidade da doença, assim como o risco de vida associado são também um grande fator da

ansiedade e stresse sentidos (Bluebond-Langner, 1978 cit in. Barros, 1998). Estas crianças e jovens sofrem também alterações significativas nas próprias rotinas, sejam elas alimentares, de lazer, de aprendizagem, entre outras, como tal, têm de se adaptar a uma nova rotina em que brincam menos, e isso acarreta mais sentimentos negativos (Dijk, 2017).

O aumento dos níveis de ansiedade, pode, portanto, comportar efeitos negativos a nível cognitivo, emocional e académico (Dijk, 2017). Adicionalmente, os progenitores e cuidadores apresentam, com frequência, elevados níveis de ansiedade, devido à perceção de que o seu filho ou filha está em sofrimento, o que potencia medos e preocupações (Moreira et al., 2015).

Ao nível do impacto dos procedimentos hospitalares, tais como tratamentos e exames, as crianças e adolescentes podem percecioná-los como ameaças, devido ao desconhecimento que têm sobre esses procedimentos, que muitas vezes incluem dor e desconforto (Bess d'Alcantara, 2008). O facto de serem submetidas a vários tratamentos também influencia o seu bem-estar, ampliando emoções negativas como medo, insegurança, preocupação e stresse (De Oliveira et al., 2018). O processo de recuperação pode ser perturbado por essas emoções negativas (Li et al., 2016).

A hospitalização infantil implica muitas privações e restrições, gerando mau estar e sofrimento psicológico (De Oliveira et al., 2018). Em primeiro lugar, o facto de as crianças e adolescentes terem de permanecer no hospital tem um impacto objetivo nas mesmas, e também em todo o agregado familiar (De Oliveira et al., 2018). Como tal, são muito frequentes sentimentos de stresse associados ao afastamento e separação da criança dos seus principais contextos de vida (escola, amigos, família; Bess d'Alcantara, 2008; da Silva & Cabral, 2015).

As crianças e adolescentes hospitalizados têm diferentes recursos para lidar com a situação de hospitalização. A experiência da hospitalização parece ser mais perturbadora para as crianças entre os seis meses e os quatro anos, pois é um período em que já foram estabelecidas relações de vinculação fortes e as crianças sentem-se ameaçadas, devido aos stressores indicados anteriormente (Esteves, 2015). Além disso, estas crianças mais novas têm menos competências para lidar com o stresse associado ao internamento, pois não conseguem compreender os procedimentos necessários, nem avaliar de forma realista a sua situação (Esteves, 2015). No entanto, estas já são capazes de expressar e representar a dor e o medo, reagindo também à separação dos pais, mas tendencialmente conseguem perceber que têm de ser cuidadas e aceitam os procedimentos necessários. A partir dos quatro anos, parece surgir uma postura mais hostil face ao momento de hospitalização, embora aceitem os tratamentos. A partir dos sete anos, o seu desenvolvimento cognitivo já lhes permite encarar a sua doença, questionando-se sobre a mesma e os respetivos tratamentos (Esteves, 2015).

As crianças a partir dos 12 anos, que já têm um maior desenvolvimento cognitivo, tendem a perceber a sua situação de uma forma mais realista, porque já questionam sobre tratamentos, causas, entre outros (Barros, 1998). Esta idade já corresponde à fase da adolescência, caracterizada por um conjunto de mudanças físicas, psicológicas e sociais, tal como referido anteriormente. Torna-se especialmente difícil para os próprios depararem-se com essas alterações normativas dentro do contexto hospitalar, podendo percebê-las como frustrantes a ponto de gerar algum conflito e revolta, que é comum nesta fase de desenvolvimento (Esteves, 2015). Pelo facto de, nesta fase, os adolescentes serem muito preocupados com a sua imagem corporal e percepção que gera nos outros, podem ter dificuldade e rejeitar a adesão às prescrições médicas (Baldini & Krebs, 1999 cit In. Esteves, 2015). Adicionalmente, os adolescentes podem demonstrar culpa em relação à doença, que normalmente irá desaparecer com a idade (Licamele & Goldberg, 1987 cit In. Esteves, 2015).

Conclui-se, portanto, que a hospitalização é um acontecimento de vida adverso, causando muitas vezes *distress* que pode ser traumático, principalmente no caso das crianças (Dionigi et al., 2012). Diogini e colaboradores (2012) referem que até uma hospitalização pediátrica curta pode ter um impacto negativo em diversos domínios de desenvolvimento das crianças ou adolescentes, incluindo emocional, comportamental, cognitivo e educacional, tal como mencionado anteriormente. Dados estes resultados negativos, é muito importante que haja estratégias para se diminuir os níveis de *distress* nas crianças e nos adolescentes, para minimizar o impacto negativo na vida das crianças (Barros, 1998).

Neste sentido, é também importante realçar que, dados todos os fatores que afetam as crianças e adolescentes neste contexto, muitas ficam privadas de oportunidades de brincar, devido a diferentes motivos (da Silva & Cabral, 2015). Como tal, ficam com escassas oportunidades de ter momentos lúdicos, em que possam brincar sem preocupações, sendo algo especialmente grave considerando o papel do brincar no desenvolvimento normal das crianças (da Silva & Cabral, 2015), enfatizando a importância de o incluir no contexto hospitalar, como veremos de seguida.

1.3. A Importância de Brincar

O ato de brincar constitui uma parte natural do quotidiano das crianças (Samuelsson & Carlsson, 2008), observando-se que o desejo e os benefícios da brincadeira permanecem até pelo menos à idade adulta (Van Vleet & Feeney, 2015), surgindo em várias situações e enquanto realizamos diferentes tarefas (Garwood, 1982). O brincar engloba diferentes componentes: ser prazeroso e valorizado positivamente por quem participa; ter motivação intrínseca; ser espontâneo e voluntário; bem como comporta um envolvimento ativo pelos participantes

(Garwood, 1982). Além das componentes lúdica e de diversão que estão intrínsecas à brincadeira, a mesma permite que as crianças desenvolvam a sua inteligência emocional e aprendam estratégias para lidar com emoções e sentimentos, sejam as suas, sejam as de outras pessoas (Tavares, 2011). Outra das vantagens associadas diz respeito ao facto de a brincadeira também ajudar a estabelecer relações entre o imaginário e a realidade, conduzindo à construção de uma ligação entre o seu próprio ser e o mundo de significados, símbolos e objetos (Tavares, 2011).

Erik Erikson (cit. in Martínez, 2008) defende a grande importância do brincar ao longo do desenvolvimento, salientando que entre os quatro e os cinco anos é considerada a atividade primordial. Nesta etapa, o brincar proporciona momentos para as crianças exteriorizarem as suas emoções e preocupações, bem como para entenderem que se irão deparar com situações em que vão ter de ponderar fazer ou não fazer tal atividade, uma vez que o seu comportamento tem consequências. A aprendizagem mais importante desta fase é que a criança se depara, por um lado, com a vontade de aproveitar e de explorar e, por outro lado, com o sentimento de culpa, medo ou receio de ficar de castigo — tal acontece porque a criança sabe que correu algum risco durante a brincadeira ou desobedeceu a alguma ordem das suas figuras de autoridade.

Importa referir que, apesar dos riscos associados a algumas brincadeiras ou jogos, nos casos em que existe uma privação de momentos de brincadeira, a expressão das emoções, a criação de fantasias, os comportamentos futuros, os ideais, os valores e os objetivos serão uma consequência dessa ausência (Martínez, 2008).

Piaget argumentava que o desenvolvimento do brincar englobava três níveis: sensoriomotor, simbólico e jogos com regras: o sensoriomotor é predominante aos 2 anos de idade, consistindo na repetição de comportamentos já aprendidos; o simbólico vai surgindo à medida que as crianças vão adquirindo a capacidade de utilizar símbolos mentais para representar a sua experiência; e os jogos com regras ocorrem na presença de capacidades operacionais e elevados níveis de sociabilidade, consistindo em atividades com regras cooperativas e competitivas (Garwood, 1982). Piaget defendia que o brincar contribui para o desenvolvimento cognitivo, argumentando assim um racional teórico para o desenvolvimento de estratégias de intervenção baseadas no brincar (Huitt & Hummel, 2003).

Linge (2012) seguiu a mesma linha de raciocínio, defendendo que as respostas das crianças às brincadeiras variam consoante a idade. Relativamente às crianças de um ano, estas riem com cócegas, sons e contacto físico. As de 2 e 3 anos riem de palhaçadas, gostam de jogar às escondidas e já utilizam um humor mais “agressivo”. As crianças de 4 anos riem de piadas

e trocadilhos. Por volta dos 6 anos, as crianças começam a compreender melhor o mundo que as rodeia, sendo capazes de construir as suas próprias piadas. Entre os 7 e os 12 anos, ainda brincam sem preocupações, utilizando a linguagem verbal e corporal.

De acordo com Mitre e Gomes (2003), durante a hospitalização, brincar torna-se uma oportunidade para enfrentar os constrangimentos do dia a dia do hospital, produzindo uma realidade única que, alternando entre o imaginário e o mundo real, permite às crianças transpor a barreira da doença e os limites do espaço e do tempo. Deste modo, as crianças e adolescentes têm a oportunidade de se distrair das preocupações associadas à doença, promovendo, assim, a expressão saudável de emoções (Dionigi et al., 2012). Vários autores defendem que se devem procurar possibilidades para que as crianças tenham momentos lúdicos durante o período de hospitalização (da Silva & Cabral, 2015).

Neste sentido, brincar durante este período pode estimular uma maior aceitação do tratamento e de possíveis opções invasivas e dolorosas, facilitando o desenvolvimento normal das crianças e adolescentes, considerando a situação em que se encontram, desenvolvendo melhores formas de lidar com a condição que apresentam (da Silva & Cabral, 2015) e favorecendo uma maior capacidade de adaptação em situações semelhantes futuras (Barros, 1998). Nesta sequência, Oremland (1988) defende que o objetivo da brincadeira terapêutica é a promoção do desenvolvimento normal contínuo das crianças e da capacidade, para que as mesmas desenvolvam ferramentas para ultrapassar desafios futuros, bem como para melhorar a utilização de estratégias de *coping* positivas, relativas ao tratamento e à doença (da Silva & Cabral, 2015; Tavares, 2011).

1.4. Os Palhaços de Hospital

A intervenção dos Palhaços de Hospital (PH) constitui uma forma de terapia não farmacológica, que visa proporcionar distrações baseadas no humor, para assim melhorar o humor de pacientes pediátricos e reduzir a sua dor (Ding et al., 2022; Dionigi, 2017; Manyande et al., 2015). Pretende-se que, através da brincadeira e do riso, as crianças e jovens doentes tenham outro meio para desenvolverem a sua inteligência emocional e usufruam de interações sociais (Koller & Gyski, 2008).

Historicamente, os PH foram criados com o intuito de amenizar o impacto emocional do internamento e dos tratamentos nas crianças/adolescentes (Caires, 2014). Esta ideia foi implementada pela primeira vez por Karen Ridd em Winnipeg, no Canadá, e por Michael Chistensen, em Nova Iorque. Este fundou o *Big Apple Circus Clown Care*, tendo observado que a presença de palhaços no hospital parecia ter um efeito benéfico nos pacientes, divertindo-os e fazendo-os rir (Dionigi et al., 2012). Verificou-se, também, que, após as visitas, os

pacientes sentiam-se felizes e a necessitar de menores doses de medicação para gerir as dores (Dionigi et al., 2012). A partir destes resultados, foram desenvolvidos programas semelhantes de intervenção com palhaços em todo o mundo, especialmente para crianças, embora não limitados a elas (Koller & Gryski, 2008; Zhang et al., 2017 cit. in Ding et al., 2022).

Esta expansão tem resultado em programas de PH com diferentes graus de profissionalismo (Dionigi et al., 2012), enfatizando a necessidade de se analisar as suas diferentes formas de intervenção e os fatores que são tidos em consideração aquando da intervenção. De forma geral, os PH fornecem cuidados complementares que são respeitados pelos restantes profissionais presentes no contexto hospitalar, apesar de, por vezes, os palhaços voluntários tenderem a apresentar pouca formação e pouco conhecimento relativo ao seu papel e potencial efeito positivo (Koller & Gryski, 2008). Comumente, os PH são *performers* profissionais selecionados através de audições, passando por uma formação inicial, para que sejam capazes de trabalhar no ambiente hospitalar, devendo colaborar com os restantes profissionais do hospital, com o objetivo primordial de reduzir os níveis de ansiedade das crianças e familiares (Dionigi et al., 2012).

Portugal é um dos países que valorizam estes programas e reconhecem os benefícios deste tipo de intervenções, pelo que criou os seus próprios palhaços: os Doutores Palhaços (Operação Nariz Vermelho, 2014).

1.4.1. Doutores Palhaços

Em Portugal, a primeira associação profissional de PH, a Operação Nariz Vermelho, foi criada em 2002. A sua missão passa por proporcionar momentos de riso e alegria às crianças e aos adolescentes hospitalizados, assim como aos seus cuidadores e equipa médica, através das visitas dos Doutores Palhaços (DP). Os DP fazem visitas uma ou duas vezes por semana a 17 hospitais de Lisboa, Coimbra, Porto, Braga e Setúbal (Ver <https://narizvermelho.pt/sobre-nos/#hospitais> ; Operação Nariz Vermelho, 2014). Os DP utilizam o humor e a brincadeira para criar afinidade, potenciando momentos de riso, criação e imaginação, pois o objetivo principal dos DP é desconstruir a realidade, tentando minimizar as circunstâncias menos positivas que justificaram a ida das crianças e adolescentes ao hospital (Moreira et al., 2015).

Os DP são figuras profissionais e competentes, capazes de prestar ajuda às crianças e adolescentes hospitalizados, conseguindo identificar pistas que demonstrem se o seu trabalho está a causar desconforto ou não (Koller & Gryski, 2007). Estes profissionais devem ter habilidades e requisitos a dois níveis: a dimensão artística (e.g., alguma formação em teatro, drama, música, comédia, mímica e/ou com fantoches) e as habilidades de interação com os

outros (e.g., capacidades psicológicas que lhes permitam interagir com outros, autocuidado, responsabilidade, capacidades de automonitorização e de escuta, além de conseguirem ser gentis, sensíveis e carinhosos; Dionigi et al., 2012; Linge, 2012).

Através do seu disfarce colorido (cores vivas, narizes vermelhos e bata branca) e das brincadeiras, apresentam uma aparência amigável e menos intimidante de modo a tentarem minimizar as experiências negativas das crianças (Koller & Gryski, 2008). Os DP pretendem adaptar o seu trabalho ao estado de humor das diferentes crianças, utilizando o improviso como ferramenta de humor (Operação Nariz Vermelho, 2014; Dionigi et al., 2012). Transportam consigo alguns brinquedos e utilizam técnicas de humor específicas que permitem criar rapidamente momentos de brincadeira (Koller, & Gryski, 2008).

Os DP trabalham em pares, sendo que todos devem ser capazes de trabalhar de ambas as formas. Quando estão em pares costumam criar um esquema em que um faz o papel de voz racional, enquanto o outro representa uma personagem emocional e amável que arranja problemas. É importante que haja uma comunicação sincronizada entre a criança e o *performer*, mantendo sempre o foco no bem-estar da criança (Linge, 2012).

Existem DP com diferentes “especialidades”, apresentando cada um a sua própria identidade - por exemplo, a Dra. Acredita acha que é urgente acreditar, o Dr. Paco é originário da República das Bananas e tem uma grande capacidade para inventar histórias. No fundo, cada DP tem o seu próprio estilo, práticas, piadas, gestos, vocabulário e voz e utiliza diferentes técnicas para promover o *empowerment*, encorajando as crianças/adolescentes a sentirem controlo sobre as situações (Dionigi et al., 2012; Koller, & Gryski, 2008).

Os DP utilizam uma variedade de técnicas, como magia, brincadeiras, jogos, bolas de sabão, danças, músicas, histórias e até cenas não verbais, dependendo da idade e saúde da criança (Ding et al., 2022). Como tal, através de brincadeiras, a tensão é aliviada (e.g., transfusões de sangue, mas com chocolate; radioterapia feita com um rádio de ouvir música; Operação Nariz Vermelho, 2014). Um exemplo desses jogos, "às escondidas", permite que as crianças percecionem que alguém está à sua procura e por isso não está esquecida. Outro exemplo é comparar uma borbulha com um tumor, enfatizando a ideia de que ela aparece, mas também desaparece. Como figura de riso, o PH pode desarmar situações dolorosas ao inverter os papéis com as crianças, para que elas sintam que têm algum controlo sobre a sua situação (van Troostwijk, 2006 cit. In Ford et al., 2014).

Caso as crianças, os adolescentes ou os pais se sintam desconfortáveis com a situação, podem não interagir com os DP, visto que estas visitas não são obrigatórias nem impostas. Assim, as crianças e adolescentes sentem que podem tomar as suas próprias decisões, num

contexto em que tal não acontece muitas vezes (Esteves, 2015). Cabe também aos DP, através da sua sensibilidade, perceber o quão disponíveis as crianças e adolescentes ou os cuidadores estão para o seu trabalho (Operação Nariz Vermelho, 2014).

1.4.2. Impacto das Visitas dos Palhaços de Hospital

Como já foi salientado, os PH parecem ter um impacto positivo na vivência hospitalar das crianças e adolescentes a diferentes níveis.

Em relação ao desenvolvimento emocional e resiliência, os PH, além de entreterem os pacientes e os ajudarem a lidar com o silêncio e com o ruído (Ford et al., 2014), também contribuem para que as crianças e os adolescentes fiquem menos preocupados com a hospitalização, com os procedimentos médicos, com a doença e com as consequências negativas desta, ao mesmo tempo que melhoram o humor (quando comparadas com as crianças que não são alvo deste tipo de programas), pelo que a presença dos PH pode reduzir o sofrimento associado ao internamento hospitalar (Dionigi et al., 2012); os PH contribuem para minimizar o stresse associado à doença (Battrick et al., 2007; Dionigi et al., 2012; Koller & Gryski, 2008); promovem um maior controlo dos níveis de angústia e ansiedade (Klein, 1993, cit. in Moreira et al., 2015); propiciam o aumento da autoestima (Dionigi et al., 2012), da autoconfiança, da vitalidade, bem como da capacidade de abstração da doença e do contexto em que os pacientes estão inseridos (Moreira et al., 2015).

Em relação ao desenvolvimento cognitivo, a experiência de brincar com um PH promove oportunidades para as crianças e os adolescentes se autoexpressarem de forma criativa e desenvolverem novas formas de comunicação (Koller & Gryski, 2008); além de que aumenta a disposição das crianças para cooperar com outras pessoas, o que é benéfico para o seu desenvolvimento (Dionigi et al., 2012). Em relação ao desenvolvimento físico, os PH permitem preservar a intimidade e ainda apoiar as crianças/adolescentes a lidar com o seu próprio corpo e as suas emoções no ambiente hospitalar (Ford et al., 2014); observam-se melhorias no apetite e no sono dos pacientes após o contacto com os PH (Araujo & Gomes, 2009 cit in. Moreira et al., 2015); e, ainda, vários estudos (Bertini et al., 2011; Cheng et al., 2019; Wolyniez et al., 2013) mostram que a intervenção dos PH pode reduzir a dor em crianças. Por fim, em relação à família, através da interação com os PH, os pais conseguem controlar melhor os seus níveis de angústia e ansiedade (Klein, 1993, cit. in Moreira et al., 2015). Um estudo de Vagnoli e Caprilli (2005) permitiu identificar que a combinação do humor dos PH com a presença parental durante um procedimento anestésico foi eficaz na gestão dos níveis de ansiedade das crianças e dos pais. Adicionalmente, a maioria dos cuidadores afirmou que sentiu um impacto positivo

dos palhaços nos seus filhos e famílias e os pediatras que participaram também confirmaram esse impacto positivo em ambos (Battrick et al., 2007).

No entanto, há também investigações que demonstram que, por vezes, as crianças têm medo dos palhaços (Meisel et al., 2009 cit. in Moreira et al, 2015), por serem caras não familiares que estão com maquilhagem e roupas estranhas, porque tiveram contacto no passado com palhaços pouco sensíveis e atentos, ou ainda devido à representação de “palhaços maus” nos *media* (Koller, & Gryski, 2008).

Relativamente à intervenção destes com adolescentes, não se encontram muitos dados, só se tendo verificado, que se tenha conhecimento, que, os adolescentes entre os 14 e 18 anos parecem perceber muitas vezes a presença dos PH como uma infantilidade, podendo até ser embaraçoso (Meisel et al., 2009 cit in. Moreira et al, 2015).

Assim sendo, este estudo tem interesse prático, uma vez que visa compreender de que modo os diferentes fatores influenciam as visitas dos Doutores Palhaços, por forma a que a atuação dos mesmos seja o mais eficiente possível face às condições existentes. Esses fatores incluem as características do público-alvo a quem se dirige o trabalho dos DP, tais como a idade (i.e., se são crianças ou adolescentes), os interesses que têm, as características clínicas e eventuais limitações que tenham no momento, bem como as próprias condicionantes ambientais e do contexto de atuação, como a modalidade em que se realizam as intervenções — *online* ou presencial — e os constrangimentos decorrentes dos recursos disponíveis ou inacessíveis (i.e., consequência da pandemia COVID-19).

Metodologia

2.1. Desenho de Investigação

Este estudo teve um desenho qualitativo, de natureza exploratória, transversal e não-experimental.

2.2. Participantes

Como critérios de inclusão, os participantes tinham de ter formação para ser Doutor Palhaço e estar a exercer essa função numa ala hospitalar pediátrica. A amostra foi constituída por 17 participantes, em que 11 eram do sexo feminino e 6 do sexo masculino. As suas idades variaram entre os 29 e 67 anos.

2.3. Procedimento de Recolha de Dados

O presente estudo integra-se num projeto de investigação mais vasto, resultante de um protocolo entre o centro de investigação CRC-W, da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, e a Operação Nariz Vermelho.

De modo a recrutar participantes, contactou-se a pessoa responsável pela área de investigação da Operação Nariz Vermelho, apresentando-lhe o projeto e solicitando o seu apoio no recrutamento de participantes, para dinamizar dois grupos focais, com cerca de 8 participantes cada. Quando selecionados, foi pedido aos participantes que lessem e assinassem o consentimento informado e que este fosse enviado novamente às investigadoras por via digital. Os mesmos foram informados de que a recusa em participar no estudo não teria qualquer consequência e que poderiam desistir a qualquer momento; adicionalmente, as investigadoras asseguraram aos participantes que os seus dados apenas seriam usados no âmbito da investigação, garantindo o seu anonimato ao apresentar os dados publicamente.

Os grupos focais foram dinamizados em maio de 2021, através da plataforma *Zoom*, tendo durado entre 122 e 127 minutos. Num dos grupos, participaram 8 Doutores Palhaços, e no outro 9. Participaram duas moderadoras, tendo sido pedido aos participantes autorização para gravação áudio e vídeo, garantindo-se a sua confidencialidade.

Para recolher a informação pretendida, utilizou-se um guião semi-estruturado elaborado especificamente para este projeto de investigação. Este guião tinha uma primeira parte de legitimação, em que foi feita uma apresentação aos participantes do projeto e do que iria acontecer durante a entrevista em grupo, além de se terem explicitado as informações que se

pretendem obter com a entrevista e como serão posteriormente usados os dados recolhidos. Seguidamente, o guião incluiu algumas perguntas introdutórias, para obter informações sociodemográficas sobre os participantes e, por fim, foram apresentadas as questões específicas a que se pretendeu responder com o estudo, nomeadamente, “Imaginem que me queria tornar Doutora Palhaça... que características é que eu tinha que ter, que são essenciais a um Doutor Palhaço?”, “O que acham que pode facilitar ou dificultar o vosso trabalho como Doutores Palhaços?” e “(...) A vossa intervenção com crianças e adolescentes é diferente? Se sim, é diferente em quê?”.

2.4. Procedimento de Análise de Dados

As transcrições das entrevistas em grupo foram analisadas, tendo-se identificado as informações relevantes. Foi realizada uma análise temática abductiva, que consiste numa fusão entre o método indutivo e o dedutivo, que é bastante recomendada (Fereday & Muir-Cochrane, 2006). Para identificar os segmentos de registo relevantes, que foram classificados em categorias, foram utilizadas unidades semânticas, sintáticas e de contexto. Para definir os códigos, foi utilizada uma abordagem mista, que é a conjugação da abordagem de codificação fechada e aberta.

De seguida, foi desenvolvido um dicionário de categorias, através da revisão de literatura e da informação providenciada pelos participantes, com o nome das categorias, juntamente com a sua definição, e um exemplo do corpus, quando identificado nas entrevistas.

Resultados

Os resultados encontram-se organizados de acordo com a frequência com que cada categoria foi mencionada pelos participantes. Como tal, os fatores considerados pelos DP na adaptação da intervenção identificados na presente amostra são: ao nível das *características da população-alvo* — a idade, o grau de receptividade, os interesses e as características clínicas da criança; e ao nível das *características do contexto de intervenção* — período de estadia e utilização do serviço do hospital, modalidade de intervenção e adaptações à pandemia.

Primeiramente, relativamente às *Características da população-alvo*, observou-se que a *Idade* parece ser a característica mais notada pelos DP, tendo sido mencionada 21 vezes (“E também, no hospital tem essa adaptação às idades, porque nós atuamos desde a neonatologia até elas terem 18 anos, e às vezes mais, se os tratamentos forem prolongados.”). Dentro do tema da “idade”, a adolescência foi a faixa etária mais referida, sendo mencionada 14 vezes (“...porque às vezes há miúdos com 18 anos que, a gente entra e ‘lá vêm eles...’; “Depois, a partir dos 12 anos estes miúdos precisam de ser conquistados, sinto isso...”; “Eu lembrei de uma coisa que é, se você não entra no universo deles, você não consegue conquistá-los, tem que entender um pouquinho do universo do adolescente.”). De acordo com os DP, é mais fácil interagir com crianças, tendo sido referida as visitas às mesmas cerca de cinco vezes (“Eu sinto que, com crianças, geralmente as que tiram realmente muito gozo e que se entusiasmam...”; “...os jogos que você trabalha com uma criança não pode ser, de jeito nenhum, trabalhado com um adolescente...”).

O *Grau de receptividade* à intervenção dos DP também foi bastante salientado pelos mesmos (“...vermos como é que a criança está, se está receptiva a brincar connosco ou não e, temos essa possibilidade de improvisar trabalhando com ela, ou só entre nós.”; “...se a criança não quer, nós temos que medir o quanto de querer ou não querer, se calhar não quer, mas se for a uma certa distância já quer, e então, há sempre essa leitura e vamos medindo se podemos entrar ou não...”), mencionado cerca de 8 vezes, demonstrando que não só estão atentos a este aspeto nas crianças e adolescentes com os quais intervêm, como adaptam as suas visitas ao nível de receptividade.

Os *Interesses* foram também salientados, tendo sido mencionado três vezes (“...ou seja, a minha atuação para aquela criança em específico, é completamente diferente da criança que está no quarto ao lado, que tenha outras motivações, outros interesses...”; “Cada pessoa que se cruza connosco tem especificidades e características diferentes para além da idade...”; “...e no hospital, porque nós conhecemos as pessoas, elas passam-nos informação acerca dos meninos,

dos interesses...”). Os DP preocupam-se em perceber as especificidades da sua população-alvo, especificamente ao nível dos seus “interesses” e “motivações”.

As *Características clínicas da criança* também foram mencionadas como fatores a ter em consideração na intervenção, tendo sido declaradas seis vezes. Os DP parecem estar atentos a limitações físicas (“...alguém que não veja, alguém que não oiça...”; “Se aquela criança só ouve, não vê, será um trabalho focado no áudio; se a criança, ao contrário, só vê e não ouve, será um trabalho focado no visual...”), cognitivas (“...alguém que tenha um défice cognitivo, alguém que não possa ser estimulado porque tem qualquer coisa...”) e emocionais (“...as características dos tratamentos têm consequências emocionais nas pessoas que os estão a fazer, que estão a ser submetidas a [tratamento]. Então, por exemplo, é muito comum as crianças ficarem muito violentas, ou estarem realmente deprimidas no caso dos adolescentes com cancro...”; “...criança meio deprimida...”), de modo a realizarem uma intervenção adaptada a cada caso.

Quanto às *Características do contexto de intervenção* e em relação ao *Período de estadia e utilização do serviço do hospital* foi mencionado três vezes, salientando a importância de adaptar as “brincadeiras” e estratégias de intervenção ao tempo durante o qual terão contacto com cada criança ou adolescente (“Acho que há um entendimento da nossa parte de adequar também a atuação para a relação que a criança tem com o hospital. Se está internada, tem uma relação mais profunda, se está só de passagem é outra coisa. Isso também altera, um bocadinho, até a disponibilidade que têm para a nossa atuação, porque se estão nas Urgências estão, se calhar, mais preocupadas em ouvir o próximo número da chamada e se calhar, a nossa atuação é um bocadinho menos profunda, menos intensa; se é no internamento, que já estão há uma semana internadas por alguma razão, se calhar, a nossa atuação pode ir mais fundo, o encontro pode ser mais intenso do que noutros contextos.”; E no internamento, às vezes há crianças que já estão à nossa espera, crianças que estão internadas há muito tempo já nos conhecem, já procuram saber a que horas chegamos, etc.”).

Em relação à *Modalidade de intervenção* e sua consideração na mesma (“é fundamental o espaço [em que é realizada a intervenção], esse contexto do espaço e o que é criado, é criado tendo em conta, também, aquela arquitetura e toda a dinâmica de funcionamento.”), tendo sido mencionado pelos DP 27 vezes. Os DP ajustam-se ao facto de estarem a trabalhar em contexto presencial ou não presencial, o que parece afetar a brincadeira em si (“no Palhaços na Linha [online] vocês têm uma mesa inteira, de baixo, por cima, do lado, coisa que vem...vira tipo um *show*, em frente à câmara vira um *show*, que é diferente que no presencial você só tem aquilo que você tem no bolso e na presença, que também é outra pesquisa, são pesquisas diferentes.”;

“que quando você faz um jogo com uma criança, presencial, você faz, você sai do quarto, tem tempo de você finalizar, baixar a bola, para começar com uma outra criança; e no PNL não, no PNL como você não tem o domínio das suas ações...”;). Os DP consideram importante analisar as características do contexto (“esta coisa de ler o ambiente é muito essencial para o nosso trabalho”) e ajustar a dinâmica às vantagens (“...mas, o mais curioso é que com esta coisa do PNL, o que eu tenho sentido é que está a ser mais fácil para mim o encontro com os adolescentes, e eu não sei muito bem explicar isto, mas eu acho que é esta coisa de repente estou a falar por Zoom, a minha presença não é física e a nossa respiração não é comum, porque o adolescente gosta muito pouco de ser incomodado”) e desvantagens (“São todos variantes que complicam um bocadinho esta atuação online.”; “o Palhaços na Linha, nos traz um adicional de dificuldade, a gente entra no quarto, a gente não vê se tem uma camisa de algum clube pendurada, a gente não vê se tem a foto da namorada próximo por exemplo, ou algum bicho de peluche, quando a gente chega a criança já está aqui, bota mais para cima, mais para baixo, então aí a gente fica sem esses referenciais que para o Doutor Palhaço são muito caros.”; “e ao levarem com ele têm de ter muita noção do espaço hiper-perigoso onde estou, porque há garrafas de soro, há medicação, há fragilidade, há milhentas coisas que, sim, acho que é uma questão de energia acima de tudo que tem que se concentrar muito mais.”) de cada modalidade.

Por fim, foi ainda mencionada três vezes a atenção tida pelos DP aos novos cuidados associados à *Pandemia* por COVID-19, que gerou um conjunto de alterações nos procedimentos em contexto hospitalar (“Mesmo a nível presencial, há uma diferença muito grande entre a forma de habitar o hospital pré-pandémica, para por exemplo, em outubro e talvez para agora, porque nós entramos com muitas, muitas restrições, sem poder tocar em nada, com muitas restrições de distância, e não é que elas não se mantenham, mas há uma certa adaptação de compreender ‘ok, aqui estamos a fazer, não precisamos de ter tantos cuidados extremos e aqui não estamos a cuidar’, então é este lugar.”; “Ora, a nível de atuação ou de forma de habitar o hospital, isto é completamente distinto, nós agora vivemos no corredor e o corredor tem a sua própria vida, então, existe uma demanda extraordinária de tudo o que está a acontecer e daquela criança...”)

3.1. Dicionário de Categorias

De seguida será apresentada a tabela de categorias, subcategorias e exemplos de cada uma, elaborada mediante as respostas dos participantes deste estudo às questões colocadas pela investigadora.

Tema	Categoria	Subcategoria	Definição	Exemplo
Adaptação da intervenção dos Doutores Palhaços	Características da População-alvo	Idade (Esteves, 2015)	Referências à necessidade de se considerar a faixa etária	<p>“...a idade também é uma outra questão que precisamos de adaptar.”</p> <p>“Eu sinto que, com crianças, geralmente as que tiram realmente muito gozo e que se entusiasmam são as crianças entre os quatro e os oito, as de três também, mas são mais inquietos”</p>

<p>Grau de recetividade (Hong, 2021)</p>	<p>Referências à necessidade de se considerar o grau de recetividade/ abertura à experiência</p>	<p>“...vermos como é que a criança está, se está recetiva a brincar connosco ou não e, temos essa possibilidade de improvisar trabalhando com ela, ou só entre nós.”</p> <p>“...eu gosto de falar que o palhaço traz o ‘não’ para a criança, porque a criança no hospital nunca pode dizer ‘não’...”</p> <p>“...se a criança não quiser a nossa visita a gente não faz, respeitamos sempre o seu espaço, a sua vontade, não quer dizer que desistimos logo, mas a criança manda, se ele não quer a gente fica onde nós estamos ou até onde ele permitir que nós nos aproximemos...”</p>
--	--	---

		Interesses	Referências à necessidade de se considerar os interesses da criança ou adolescente	“...ou seja, a minha atuação para aquela criança em específico, é completamente diferente da criança que está no quarto ao lado, que tenha outras motivações, outros interesses...”
		Características clínicas da criança (Novoa, 2008)	Referências à necessidade de se considerar as limitações físicas, emocionais e cognitivas da criança/adolescente	“muitas vezes acontece que a gente entra num quarto, e tem lá pais assim tristes e a criança meio deprimida, está tudo num ambiente assim bastante hostil para uma criança, e nós tentamos mudar isso de uma certa forma”

<p>Características do Contexto de Intervenção</p>	<p>Período de estadia e utilização do serviço do hospital (Skrbee & Andrusiewicz, 2007)</p>	<p>Referências à necessidade de se considerar o período e o serviço de estadia no hospital da criança/adolescente</p>	<p>“Enquanto num serviço de internamento nós visitamos os quartos, se estamos a ir a uma sala de espera das Consultas Externas estamos com uma sala de espera, com muitas ou poucas crianças, não estamos a entrar dentro dos consultórios onde está a haver a consulta. Também nas Urgências é um tipo de interação diferente, também é uma sala de espera...”</p>
---	---	---	---

<p>Modalidade de intervenção e dificuldades associadas (Mesa & Pérez, 2020)</p>	<p>Presencial vs. Online</p>	<p>“...no Palhaços na Linha vocês têm uma mesa inteira, de baixo, por cima, do lado, coisa que vem...vira tipo um show, em frente à câmara vira um show, que é diferente que no presencial”</p> <p>“No Palhaços em Linha fica mais difícil de perceber, ainda para mais com máscara, as crianças, na maioria delas, têm máscara, fica mais difícil de perceber se o nosso jogo, se a nossa relação está a fazer sentido, se estamos a ser adequados...”</p> <p>“Ainda hoje de manhã aconteceu nos Palhaços em Linha com o meu colega, que havia uma rapariga que, pelos vistos, tinha pânico de palhaços e</p>
---	------------------------------	--

		<p>nós não fomos avisados disso, e não havia maneira de perceber porque tínhamos cortes, também há isto, problemas técnicos...”</p> <p>“...às vezes a imagem congelava...”</p>
--	--	--

		<p>“...que é diferente que no presencial você só tem aquilo que você tem no bolso e na presença...”</p> <p>“...o lugar casa, o espaço casa, que as crianças não acediam muito facilmente...e agora elas têm outro patamar de conhecimento de cada palhaço...”</p> <p>“...então em casa nós também temos alguns objetos...objetos enormes tipo piano...”</p>
--	--	---

	<p>Adaptações à Pandemia (Nascimento et al., 2022)</p>	<p>Referências à necessidade de se considerar as especificidades do ambiente hospitalar após a pandemia por COVID-19</p>	<p>“Mesmo a nível presencial, há uma diferença muito grande entre a forma de habitar o hospital pré-pandémica, para por exemplo, em outubro e talvez para agora, porque nós entramos com muitas restrições”</p> <p>“(…) sem poder tocar em nada, com muitas restrições de distância, e não é que elas não se mantenham, mas há uma certa adaptação de compreender ‘ok, aqui estamos a fazer, não precisamos de ter tantos cuidados extremos e aqui não estamos a cuidar, então é este lugar.’”</p>
--	--	--	--

		<p>“Ora, a nível de atuação ou de forma de habitar o hospital, isto é completamente distinto, nós agora vivemos no corredor e o corredor tem a sua própria vida, então, existe uma demanda extraordinária de tudo o que está a acontecer e daquela criança, então nós estamos realmente a trabalhar com esse foco: como é que nós conseguimos continuar a estar com a criança, mas sabendo que aqui no quarto ao lado está uma criança a dormir e, realmente, já não podemos fazer barulho, mas aqui a porta também está fechada, então não conseguimos chegar ali sem fazer barulho, entretanto, há a auxiliar que nos quer falar acerca de</p>
--	--	--

--

		<p>não sei o quê, e passa uma médica que também assobia, então de repente, estamos a reaprender a trabalhar, mesmo no presencial.”</p>
--	--	--

				<p>“...nós usamos máscara, por debaixo da nossa máscara que é o nariz, então tem um processo também de adaptação, de oxigenação do nosso corpo, ou mesmo o volume da nossa voz, tanto é, que nós temos chamado de presencial adaptado, é presencial, mas é um presencial adaptado”</p>
--	--	--	--	--

Discussão de Resultados

Este estudo teve como principal objetivo perceber como determinados fatores são tidos em conta pelos DP no seu trabalho com crianças e adolescentes, de modo a que haja uma diminuição de sentimentos negativos consequentes de toda a experiência hospitalar e da doença nas crianças e adolescentes. A análise temática permitiu identificar duas categorias principais: as *Características da População-alvo*, com quatro subcategorias (Idade, Grau de receptividade, Interesses, Características clínicas da criança) e as *Características do Contexto de Intervenção*, com três subcategorias (Período de estadia e utilização do serviço do hospital, Modalidade de intervenção, Adaptações à Pandemia), observáveis no dicionário de categorias apresentado anteriormente.

A Idade foi a característica mais salientada, sendo que os participantes fizeram várias distinções entre o trabalho com crianças e adolescentes. Este resultado é concordante com a revisão de literatura, que indica que deve haver uma atenção especial à faixa etária, de modo que haja uma adaptação das intervenções consoante os seus interesses (Esteves, 2015). Os adolescentes parecem ser o grupo etário que mais precisa de “ser conquistado”, como referido por um dos participantes. Por não sentirem que as brincadeiras realizadas por palhaços sejam adequadas à sua idade, podem sentir-se infantilizados, como a literatura salienta (Meisel et al., 2009 cit in. Caires, 2014). Foi enfatizado pelos participantes que esta faixa etária exige que se identifique outra forma e se utilizem estratégias especializadas para a faixa etária da adolescência, procurando criar uma relação com os jovens baseada nas características deles que são próprias da idade. Por outro lado, as crianças parecem relacionar-se com os DP com mais facilidade, sendo as mais novas as mais facilmente entretidas, e que, de acordo com os participantes, parecem divertir-se mais com as brincadeiras. Tal é congruente com o facto de a infância se caracterizar por uma grande predisposição para a brincadeira, devido ao seu papel crucial para o desenvolvimento (Samuelsson & Carlsoon, 2008).

O Grau de receptividade foi também substancialmente mencionado, indo ao encontro da literatura, que salienta a necessidade de os DP serem atentos e sensíveis ao interesse e desejo da criança ou adolescente de participar na interação (Operação Nariz Vermelho). O grau de receptividade é mencionado na literatura como a capacidade de uma pessoa receber, processar e usar o suporte de intervenção (Hong, 2021), sendo dependente de fatores como o contexto onde está inserido (localização) e o seu estado de humor, por exemplo. Foi salientado pelos participantes que é importante estar atento a esse fator e dar espaço às crianças e adolescentes para recusarem a brincadeira ou socialização, pois tal promove uma maior perceção de controlo

num contexto como o hospitalar, em que esse sentimento fica muito diminuído (Dionigi et al., 2012; Esteves, 2015). Os participantes mencionaram também que as brincadeiras são adaptadas à vontade da criança ou adolescente de participar, considerando que, mesmo quando dizem que “não”, tentam ajustar um pouco a brincadeira, de modo a procurar forma de a estimular, mas aceitando sempre caso as crianças ou adolescentes prefiram não interagir. O grau de receptividade é, por isso, um fator decisivo para o prosseguimento ou não da intervenção, uma vez que, se o indivíduo não estiver receptivo a algum tipo de apoio, é importante não forçar, para não afastar a pessoa da intervenção (Inbal Nahum-Shan et al., 2018), observando-se que os DP o têm em consideração no seu trabalho.

Os participantes referiram também os interesses, ao nível das características das crianças e adolescentes que têm em consideração no seu trabalho. Este resultado não tinha sido observado na literatura analisada. No entanto, é congruente, considerando que já se observou num estudo que as intervenções beneficiam de ser ajustadas aos interesses da população-alvo, principalmente no caso dos adolescentes (Thunfors et al., 2009).

As características clínicas das crianças, ao nível das suas limitações cognitivas, físicas e emocionais —intrínsecas às mesmas ou decorrentes da doença—, foram mencionadas. Ter estes fatores em conta é positivo para o trabalho dos DP, tendo em conta que estes influenciam o interesse e disponibilidade das crianças e adolescentes para receber visitas dos DP (Nóvoa, 2008). Os DP falaram principalmente da consideração de défices cognitivos, limitações físicas associadas aos sentidos e alguma desregulação emocional, que pode ser causada pela experiência adversa que as crianças e adolescentes estão a vivenciar. É importante que os DP estejam atentos à possibilidade de a criança ou adolescente poderem estar a receber tratamentos invasivos (Skrbee & Andrusiewicz, 2007).

O Período de estadia e utilização do serviço do hospital foi também falado, sendo positivo no que toca à otimização das intervenções, uma vez que o trabalho dos DP em hospital se deve reger pelas características de cada paciente, incluindo o seu tempo de hospitalização (Skrbec & Andrusiewicz, 2007). Além disso, como dito pelos participantes, o contexto de uma sala de espera das urgências e o de internamento são bastante distintos, ao nível de fatores como a duração, espaço físico, quantidade de crianças ou adolescentes presentes. Foi também referido que, no caso do internamento, se estabelecem relações mais profundas, por se ter mais tempo de contacto. Tal parece ser muito positivo, considerando que as crianças e adolescentes em regime de internamento sofrem consequências do mesmo (Alisic et al., 2011), parecendo ficar afetadas por se sentirem sozinhas, assustadas, zangadas e tristes durante esse período, além de aborrecidas e sozinhas (Wilson et al., 2010). Torna-se, assim, relevante o papel dos DP, para

reduzir os sentimentos de ansiedade, medo e solidão, acrescentando a brincadeira e o riso à experiência (Dionigi et al., 2012; Oppenheim et al., 1997).

Relativamente aos fatores tidos em conta sobre o Contexto de intervenção, tal como foi dito, os participantes falaram de questões associadas à Modalidade de intervenção e dificuldades associadas (presencial vs. *online*) (Kumar et al., 2021) e acerca das Adaptações à Pandemia, que se referem a novos cuidados justificados pela COVID-19 (do Nascimento et al., 2022).

Como exposto, a Modalidade de intervenção foi substancialmente mais referida do que as Adaptações à Pandemia, parecendo sugerir que a adaptação à modalidade não presencial foi um grande desafio para estes profissionais, que sempre trabalharam diretamente com as crianças e adolescentes (Mesa & Pérez, 2020). Mesmo através das plataformas *online*, a criança ou adolescente está com máscara no hospital, dificultando a comunicação e a capacidade do DP monitorizar envolventes seu envolvimento na brincadeira, além de existirem questões técnicas que perturbam a fluidez da comunicação. No entanto, alguns participantes referiram que esta limitação estimulou novas formas de brincar e intervir com as crianças e adolescentes, vendo como vantagens a variedade de recursos e de objetos que estão mais acessíveis e podem ser utilizados.

Finalmente, foram referidas as adaptações necessárias face à pandemia da COVID-19, em contexto hospitalar (do Nascimento et al., 2022). Alguns dos ajustes necessários foram uma intervenção sem toque, com distância mínima restringida. As alterações devidas à pandemia exigiram também dos DP uma reaprendizagem do seu trabalho, por questões exteriores a eles, como o local onde faziam as suas intervenções, que agora era no corredor, e as adaptações necessárias a esse espaço. A máscara é também mencionada pelos DP como um fator que os obriga a adaptar-se.

4.1. Implicações Práticas

Relativamente às implicações práticas da presente investigação, é primeiramente importante salientar que as crianças e adolescentes hospitalizados ficam muito vulneráveis, considerando todas as mudanças a que estão expostos. Portanto, é muito relevante que as intervenções com as mesmas sejam bem formuladas e analisadas para potenciar o seu sucesso. Como tal, esta investigação focou-se em entender de que modo podem determinados fatores levar a que os DP adaptem as suas visitas, permitindo especializar cada vez mais este tipo de intervenções, já que as diferentes características da população-alvo e do contexto da intervenção estão a ser tidas em conta. Esta investigação contribui para o conhecimento da comunidade científica acerca deste tipo de intervenção lúdica, além de também salientar a abordagem

aplicada por estes profissionais com estas crianças e adolescentes e a sua congruência com a literatura existente. Como a investigação sobre a forma como estes profissionais atuam é reduzida, em comparação com a literatura relativa à eficácia e qualidade destas intervenções, este estudo sobressai face a essa carência.

Investigar este tema é importante para identificar características e variáveis que contribuam para que as intervenções futuras sejam mais eficazes, adaptadas e promotoras de um bem-estar e desenvolvimento saudáveis. Esta informação é também muito útil para a formação de novos Doutores Palhaços, uma vez que permite que estes absorvam *a priori* determinados aspetos a ter em consideração nas suas futuras intervenções, prevenindo abordagens pouco adaptadas.

4.2. Limitações e Implicações para a Investigação

Existem algumas limitações inerentes a este estudo que devem ser discutidas. Primeiramente, estes resultados são acerca de uma população específica dos Doutores Palhaços, não podendo ser generalizada a todos os profissionais que fazem parte da área. Além disso, o facto de o guião semi-estruturado não ter sido criado para este estudo em concreto pode ter influenciado os resultados, dado o risco de se ter obtido menos informação do que seria possível, caso o guião de entrevista tivesse sido desenvolvido especificamente para este estudo. A desejabilidade social pode também ter influenciado as respostas, uma vez que os participantes podem ter mencionado algumas características a ter em conta e na realidade, em certos contextos, não serem viáveis de aplicar.

Como tal, sugere-se que, em investigações futuras, seja possível uma maior generalização de resultados através de uma maior heterogeneidade de participantes e que este tema seja um objeto de estudo de um maior número de projetos, a fim de se solidificar o conhecimento para este tipo de intervenções e garantir a sua eficácia.

Conclusão

O estudo apresentado ambicionou alcançar uma maior compreensão acerca do modo como os DP têm em consideração diferentes fatores no seu trabalho, objetivando um maior contributo para o conhecimento científico e, conseqüentemente, a melhoria das práticas e das estratégias utilizadas nas intervenções desenvolvidas pelos mesmos. Especificamente, foram consideradas características particulares da população-alvo e do contexto de intervenção, por forma a que o trabalho realizado seja o mais direcionado possível para alcançar o objetivo de melhorar o bem-estar e a adaptação das crianças e adolescentes à adversidade que estão a enfrentar no hospital. Estas características foram evidenciadas não só nas entrevistas feitas aos DP neste âmbito, como também na literatura, e abrem caminho a novas investigações, através da identificação de outras características que ainda não têm o seu devido aprofundamento na literatura.

Com esta investigação, foi possível destacar as características que os DP têm em conta na sua intervenção em Portugal: Idade, Grau de Receptividade, Interesses, Características clínicas da criança, Período de estadia e utilização do serviço do hospital, Modalidade de Intervenção e Adaptações à Pandemia. A intervenção sobre o trabalho dos Doutores Palhaços ganhou, com o decorrer do tempo, uma importância notória, considerando a quantidade de estudos desenvolvidos sobre o tema. Os Doutores Palhaços atenuam o impacto da hospitalização nas crianças e adolescentes (Dionigi et al., 2012), através de atividades como o brincar, que conduz a níveis de alegria e bem-estar em momentos emocionalmente muito intensos (Dionigi et al., 2012; Koller & Gryski, 2008; da Silva & Cabral, 2015; Tavares, 2011). Os Doutores Palhaços e as suas visitas parecem poder ser classificados como promotores da saúde, uma vez que levam, para o ambiente hospitalar, estratégias para promover o bem-estar das crianças e adolescentes, numa altura em que estes passam por momentos adversos, em que são retirados do seu ambiente normal e são expostos, por exemplo, a diversos procedimentos invasivos que lhes retiram parte da sua autonomia e privacidade.

Referências Bibliográficas

- Alisic, E., Jongmans, M. J., van Wesel, F., & Kleber, R. J. (2011). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical psychology review, 31*(5), 736-747. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.001>
- Barros, L. (1998). As Consequências Psicológicas da Hospitalização Infantil: Prevenção e controle. *Análise psicológica, 1*(16), 11-28. <http://hdl.handle.net/10400.12/5676>
- Battrick, C., Gласper, E. A., Prudhoe, G., & Weaver, K. (2007). Clown humour: the perceptions of doctors, nurses, parents and children. *Journal of Children's and Young People's Nursing, 1*(4), 174-179. <https://doi.org/10.12968/jcyn.2007.1.4.24403>
- Bess d'Alcantara, E. (2008). Criança hospitalizada: o impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e Saúde, 3*(6), 38-55.
- Brodbeck, J., Bötschi, S. I., Vetsch, N., Berger, T., Schmidt, S. J., & Marmet, S. (2022). Investigating emotion regulation and social information processing as mechanisms linking adverse childhood experiences with psychosocial functioning in young swiss adults: the FACE epidemiological accelerated cohort study. *BMC psychology, 10*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00798-5>
- da Silva, L. F., & Cabral, I. E. (2015). Rescuing the pleasure of playing of child with cancer in a hospital setting. *Revista brasileira de enfermagem, 68*(3), 337-342. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680303i>
- Dionigi, A., Flangini, R., & Gremigni, P. (2012). Clowns in hospitals. In P. Gremigni (Ed.), *Humor and health promotion* (pp. 213–227). Nova Biomedical Books.
- Ding, Y., Yin, H., Wang, S., Meng, Q., Yan, M., Zhang, Y., & Chen, L. (2022). Effectiveness of clown intervention for pain relief in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical nursing. https://doi.org/10.1111/jocn.16195*
- de Oliveira, C. M. M., de Amorim, J. C., de Almeida Alves, I., Dias, T. L., Silveira, K. A., & Enumo, S. R. F. (2018). Estresse, autorregulação e risco psicossocial em crianças hospitalizadas. *Saúde e Desenvolvimento Humano, 6*(1), 39-48. <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v6i1.4132>
- do Nascimento, B. B., da Silva, N. M., de Paiva Moura, C. E., de Medeiros, B. V., Maia, A. M. L. R., & do Nascimento, E. G. C. (2022). Atuação do projeto pronto sorriso em um serviço oncológico: um relato de vivências e desafios durante a pandemia da covid-19. *Interfaces-Revista de Extensão da UFMG, 10*(1).

<https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistainterfaces/article/view/32685>. Acesso em: 1 fev. 2023.

- Esteves, C. H. F. (2015). Contributos dos doutores palhaços da operação nariz vermelho para a qualidade da adaptação e do desenvolvimento em contexto pediátrico: o olhar da criança e seus pais. In *Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas*. DOI: 10.1590/S0104-12902020190395
- Ford, K., Courtney-Pratt, H., Tesch, L., & Johnson, C. (2014). More than just clowns—Clown doctor rounds and their impact for children, families and staff. *Journal of Child Health Care*, 18(3), 286-296. <https://doi.org/10.1177/1367493513490447>
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International journal of qualitative methods*, 5(1), 80-92. <https://doi.org/10.1177/sage-journals-update-policy>
- García Pérez, L., Martín Luis, D., & Mora Quintero, M. L. (2017). El contexto hospitalario infantil: el efecto de los payasos de hospital y otras intervenciones. *Análisis y modificación de conducta*, 43(167-168), 19-38.
- Garwood, S. G. (1982). Piaget and play: Translating theory into practice. *Topics in Early Childhood Special Education*, 2(3), 1-13. <https://doi.org/10.1177/027112148200200305>
- Hong, S. (2021). *Exploring the Relationship Between Intrinsic Motivation and Receptivity to mHealth Interventions*. Disponível em: https://digitalcommons.dartmouth.edu/senior_theses/214
- Hubert, N. C., Jay, S. M., Saltoun, M., & Hayes, M. (1988). Approach--Avoidance and Distress in Children Undergoing Preparation for Painful Medical Procedures. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17(3), 194–202. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1703_1
- Huitt, W., & Hummel, J. (2003). Piaget's theory of cognitive development. *Educational psychology interactive*, 3(2), 1-5.
- Kain, Z. N., Mayes, L. C., Weisman, S. J., & Hofstadter, M. B. (2000). Social adaptability, cognitive abilities, and other predictors for children's reactions to surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 12(7), 549-554. [https://doi.org/10.1016/S0952-8180\(00\)00214-2](https://doi.org/10.1016/S0952-8180(00)00214-2)

- Koller, D., & Gryski, C. (2008). The life threatened child and the life enhancing clown: towards a model of therapeutic clowning. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 5(1), 17-25. <https://doi.org/10.1093/ecam/nem033>
- Kumar, P., Kumar, N., Aggarwal, P., & Yeap, J. A. (2021). Working in lockdown: the relationship between COVID-19 induced work stressors, job performance, distress, and life satisfaction. *Current Psychology*, 40(12), 6308-6323. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01567-0>
- Linge, L. (2012). Magical attachment: Children in magical relations with hospital clowns. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7(1), 11862. <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.11862>
- Li, W. H., Chung, J. O. K., Ho, K. Y., & Kwok, B. M. C. (2016). Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC pediatrics*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0570-5>
- Martínez, B. R. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. *Revista mexicana de pediatría*, 75(1), 29-34.
- Masud, H., Thurasamy, R., & Ahmad, M. S. (2015). Parenting styles and academic achievement of young adolescents: A systematic literature review. *Quality & quantity*, 49(6), 2411-2433. <https://doi.org/10.1007/s11135-014-0120-x>
- Mesa, M., & Pérez, I. (2020). El acto médico en la era de la telemedicina. *Revista médica de Chile*, 148(6), 852-857. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000600852>
- Moreira, C., Esteves, H., & Caires, S. (2015). A look into the intervention of clowns in pediatric context: a hospital professionals perspective. *Research and Networks in Health*, 1(1), 1-11. <http://hdl.handle.net/10400.8/4388>
- Nahum-Shani, I., Smith, S. N., Spring, B. J., Collins, L. M., Witkiewitz, K., Tewari, A., & Murphy, S. A. (2018). Just-in-time adaptive interventions (JITAI) in mobile health: key components and design principles for ongoing health behavior support. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(6), 446-462. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9830-8>
- Novoa, F. (2008). Dilemas éticos en la limitación terapéutica en edad pediátrica. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1), 51-54. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000700009>
- Operação Nariz Vermelho (2019). *Relatório Anual 2019*. <https://www.narizvermelho.pt/epages/1290->

- 080722.sf/pt_PT/?ObjectPath=/Shops/1290-080722/Categories/ONV/QuemSomos/Relat%C3%B3riosAnuais/Relatorio_2019
- Operação Nariz Vermelho. *As regras do jogo: Atuar de Improviso*. Retrieved from: https://www.narizvermelho.pt/epages/1290-080722.sf/pt_PT/?ObjectPath=/Shops/1290-080722/Categories/Os_Doutores_Palhacos/RegrasJogo
- Operação Nariz Vermelho. *Hospitais onde trabalhamos*. Retrieved from https://www.narizvermelho.pt/epages/1290-080722.sf/pt_PT/?ObjectPath=/Shops/1290-080722/Categories/ONV/HospitaisOndeTrabalhamos
- Rokach, A. (2010). The physical, psychosocial, and emotional needs of hospitalized children. *Psychology Journal*, 7(3), 94-102
- Samuelsson, I., & Carlsson, M. (2008) The Playing Learning Child: Towards a pedagogy of early childhood. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 52 (6), 623-641. <https://doi.o10.1080/00313830802497265>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Shaffer, D. R., & Kipp, K. (2013). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Cengage Learning.
- Skrbec, A. V., & Andrusiewicz, V. (2007). *El payaso de hospital como agente de salud*. <http://hdl.handle.net/11336/101826>
- Tavares, P. P. D. S. (2011). Acolher brincando, a brincadeira terapêutica no acolhimento de de enfermagem à criança hospitalizada [*Dissertação de mestrado não publicada*]. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Repositório aberto da Universidade do Porto.
- Tavares, P. (2008). “Acolher brincando”: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada [*Dissertação de mestrado, Universidade do Porto*]. Repositório aberto da Universidade do Porto.
- Tsagem, S. Y. (2022). The Adolescence Stage. In E. A. Akinade (Ed.), *Developmental Psychology: A Life-Span Approach* (pp. 71-98). Brightways Publishers Ibadan, Oyo State – Nigeria.

- Thunfors, P., Collins, B. N., & Hanlon, A. L. (2009). Health behavior interests of adolescents with unhealthy diet and exercise: implications for weight management. *Health Education Research, 24*(4), 634-645. <https://doi.org/10.1093/her/cyn064>
- Vagnoli, L., Caprilli, S., Robiglio, A., & Messeri, A. (2005). Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. *Pediatrics, 116*(4), e563-e567. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0466>
- van Dijk, L. (2017). *Interventions reducing anxiety in hospitalized children: A systematic literature review from 2010 to 2017*. Disponível em: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hj:diva-35793>
- Van Vleet, M., & Feeney, B. C. (2015). Play behavior and playfulness in adulthood. *Social and Personality Psychology Compass, 9*(11), 630-643. <https://doi.org/10.1111/spc3.12205>
- Waterman, A. S. (1982). Identity development from adolescence to adulthood: An extension of theory and a review of research. *Developmental psychology, 18*(3), 341. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.18.3.341>
- Weaver, K., Prudhoe, G., Battrick, C., & Glasper, E. A. (2007). Sick children's perceptions of clown doctor humour. *Journal of Children's and Young people's Nursing, 1*(8), 359-365. <https://doi.org/10.12968/jcyn.2007.1.8.27777>
- Wilson, M. E., Megel, M. E., Enenbach, L., & Carlson, K. L. (2010). The voices of children: stories about hospitalization. *Journal of Pediatric Health Care, 24*(2), 95-102. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.02.008>