



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA



ESCOLA SUPERIOR DE
EDUCADORES DE INFÂNCIA
MARIA ULRICH

A IMPORTÂNCIA DO EDUCADOR DE INFÂNCIA EM CONTEXTO
HOSPITALAR ONCOLÓGICO

RAQUEL JESUS

Nº 25.016

Orientador do Relatório:

Professora Doutora Ana Teresa Brito

Relatório da Prática de Ensino Supervisionada submetido como Requisito parcial
para a obtenção do grau de:

MESTRE EM EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR

2018



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA



ESCOLA SUPERIOR DE
EDUCADORES DE INFÂNCIA
MARIA ULRICH

A IMPORTÂNCIA DO EDUCADOR DE INFÂNCIA EM CONTEXTO
HOSPITALAR ONCOLÓGICO

RAQUEL JESUS

Nº 25.016

Orientador do Relatório:

Professora Doutora Ana Teresa Brito

Relatório da Prática de Ensino Supervisionada submetido como Requisito parcial
para a obtenção do grau de:

MESTRE EM EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR

2018

Relatório da Prática de Ensino supervisionada realizado sob a orientação da Professora Doutora Ana Teresa Brito, apresentada no ISPA – Instituto Universitário/ESEI Maria Ulrich para obtenção do grau de Mestre em Educação Pré-Escolar criado por Aviso n.º 11450/2015, publicado no Diário da República, 2.a série, n.º 195, de 6 de outubro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Durante a escrita deste Relatório foram várias as pessoas que estiveram do meu lado e que, nos momentos de maior desmotivação, nunca deixaram de me apoiar.

Primeiramente, quero agradecer aos meus pais que, mesmo estando longe, me apoiaram sempre nas minhas escolhas profissionais e pessoais e que, ao longo da escrita deste relatório e do estágio, sempre me deram muita força, acreditaram que eu iria conseguir e que este contexto era o sítio onde eu sentia que deveria estar.

Aos meus padrinhos, meus segundos pais, que me apoiaram sempre e estiveram sempre disponíveis para me ajudar em tudo o que precisasse.

Ao meu namorado, Miguel, que foi quem esteve mais presente neste processo todo, que me apoiou bastante durante o estágio, nos momentos mais complicados e durante a escrita deste trabalho.

Às minhas amigas, Carolina, Mariana e Matilde que, sempre se disponibilizaram para me ajudar em tudo o que precisasse, nunca deixando de estar presentes.

À Inês e ao Daniel, que muitas vezes sem saber, me deram tanta força e motivação com o seu bom humor sempre presente.

À minha orientadora, Professora Ana Teresa Brito, um ser humano incrível, sempre disponível para me ajudar, que se disponibilizou para ser minha orientadora num contexto tão complicado como este e que sempre acreditou em mim. Que esteve sempre presente, que durante as visitas do estágio foi sempre bastante compreensiva, adaptando-se perfeitamente ao contexto onde eu me encontrava a estagiar e que durante o período de escrita me deu sempre muita força, nunca me deixando desmotivar.

A duas pessoas que tive o prazer de conhecer durante o meu percurso enquanto estagiária. À Dina e à Sandra - sem elas nunca tinha sido possível estagiar pela segunda vez neste contexto. Que me apoiaram sempre e estiveram sempre disponíveis para me ajudar.

É impossível agradecer a todos pelo apoio que me deram, mas espero um dia conseguir apoiá-las tanto como me apoiaram a mim ao longo deste percurso e do resto da vida.

Muito, muito obrigada a todos!

RESUMO

O presente Relatório Final da Prática Supervisionada foi desenvolvido tendo como base o contexto de internamento da pediatria de um hospital oncológico onde decorreu o estágio de intervenção. Com a elaboração deste trabalho pretendeu-se entender e analisar qual o papel do/a educador/a de infância neste contexto, tendo por base a relação do/a mesmo/a com os diferentes intervenientes, destacando-se a relevância da sua intervenção junto de crianças e respetivos acompanhantes.

Trata-se de um estudo de caso, em que foi utilizada uma metodologia qualitativa, baseada em observações que foram sendo realizadas ao longo da Prática de Ensino Supervisionada, e que se traduziram em notas de campo. Estas foram complementadas por entrevistas semi-dirigidas realizadas às três educadoras do Hospital onde decorreu a investigação. A pesquisa bibliográfica efetuada, em articulação com a análise de conteúdo das observações e entrevistas, proporcionou o suporte para melhor articular, sustentar, descrever e compreender as situações experienciadas, inerentes a um contexto tão particular de estágio como o hospitalar.

Após este percurso de investigação, observação e intervenção, foi possível concluir que o papel do/a educador/a é determinante para a humanização nos hospitais, sendo que este/a deve respeitar tanto as necessidades e escolhas das crianças, como as dos seus acompanhantes e, assim, contribuir para o seu bem-estar, nomeadamente aliando a relação pedagógica onde se destaca o brincar, ao respeito pelo outro e pela sua identidade.

Palavras-chave: Papel do Educador de Infância, Contexto Hospitalar Oncológico, Singularidade, Imprevisibilidade, Diversidade.

ABSTRACT

The present Final Report of the Supervised Practice was conceived having as reference the paediatric internment of an oncologic hospital where the internship took place. This research aimed to understand and analyse the role of the early childhood educator in this context, having as reference the relationship between the educator and the different subjects, having children and their caregivers as the main focus.

It is a case study, where a qualitative methodology was used, based in observations that were being made along with the Supervised Practice, that ended up as field notes. These have been completed by semi-directed interviews to the three kindergarten teachers of the Hospital where the investigation took place. The bibliographic research was done in articulation with the analyses of the observations and of the interviews content, which provided a better support to articulate, describe and understand the experienced situations, inherent to a context as particular as the hospital.

After this investigation, observation and intervention path, it was possible to conclude that the role of the early childhood educator is determinant for humanization in hospitals, which must respect both the needs and choices of the children and of their caregivers, thus contributing to their well-being, namely combining the pedagogical relationship, where play is highlighted, with respect for other and their identity.

Keywords: Role of the Early Childhood Educator, Oncologic Hospital Context, Singularity, Unpredictability, Diversity.

LISTA DE ABREVIATURAS

RPES	Relatório da Prática de Ensino Supervisionada
OCEPE	Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar
NC	Notas de Campo
OP	Observações Participantes
ONP	Observações Não Participantes

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1.1 Singularidade - contextos e pessoas	4
1.2. O papel do educador em contexto hospitalar.....	4
1.3. A importância do brincar em contexto hospitalar	6
1.4. A importância do acompanhante no contexto hospitalar	8
1.5. Touchpoints, um modelo que respeita o outro e a sua identidade	11
1.5.1. Vivência singular do Modelo Touchpoints no contexto hospitalar	14
2.1. Caracterização da instituição.....	16
2.2.1. Uma rotina singular	20
2.3. Caracterização do grupo	21
CAPÍTULO III - OPÇÕES METODOLÓGICAS E PROBLEMÁTICA.....	25
3.1. Metodologia de investigação	25
3.1.1. Observações e notas de campo.....	26
3.1.2. Entrevistas	27
3.2. Problemática e questões emergentes da mesma.....	30
CAPÍTULO IV - ANÁLISE REFLEXIVA DECORRENTE DA PRÁTICA SUPERVISIONADA	32
4.1. Projeto realizado no âmbito do estágio	32
4.1.1. Qual o projeto e porque surgiu	32
4.2. Época natalícia.....	34
4.3. Planeamento das atividades do projeto: vamos tornar o nosso quarto <i>nosso!</i>	35
4.3.1. Vamos ver qual é a mão maior!.....	36
4.3.2. Pintura com seringas.....	38
4.3.3. Digitinta	39
4.3.4. Árvore genealógica.....	39
4.4. Papel do educador, diferente e enriquecedor.....	41
4.5. As crianças no contexto hospitalar são crianças	43
4.6. Enriquecer com a diferença	44

4.7. Se os acompanhantes são essenciais, porque é que não têm nome?	45
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
5.1. Uma investigação que terminou com relações que permanecem	48
5.1.1. Todos estas famílias têm uma história de vida que nos marca, que nos ensina a ser persistentes e a não desistir	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
DOCUMENTOS LEGISLATIVOS	54
ANEXOS	55
Anexo I. - Planificações das atividades	56
ANEXO II. Entrevistas às Educadoras	61
ANEXO III. – Excertos de observações participantes (OP) presentes no Diário de Bordo	67
ANEXO IV. Excertos de observações não participantes (ONP) presentes no Diário de Bordo	70
ANEXO V. – Reflexões presentes no Diário de Bordo	71

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Pressupostos do Modelo Touchpoints no que respeita aos pais	13
Tabela 2. Educadoras de Infância do Serviço de Pediatria	18
Tabela 3. Docentes da escola	19
Tabela 4. Frequência de permanência de cada criança durante o período de estágio e dos seus acompanhantes	22
Tabela 5. Guião das entrevistas semi-dirigidas	29
Tabela 6. Atividades realizadas no Natal	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Corredor do internamento	17
Figura 2. Sala dos adolescentes	17
Figura 3. Sala de brincar	18
Figura 4. Sala de brincar	18
Figura 5. Sala de aula	19
Figura 6. Sala de aula	19
Figura 7. Exposição de trabalhos no quarto do E. (4 anos)	33
Figura 8. Exposição de um trabalho no quarto da N. (4 anos)	37
Figura 9. Exposição de um trabalho no quarto da D. (4 anos)	40

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I.	Planificações das atividades	56
Anexo II.	Entrevistas às Educadoras	61
Anexo III.	Excertos de observações participantes (OP) presentes no Diário de Bordo	67
Anexo IV.	Excertos de observações não participantes (ONP) presentes no Diário de Bordo	70
Anexo V.	Reflexões presentes no Diário de Bordo	71

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Educação Pré-escolar, Mestrado da parceria Escola Superior de Educadores de Infância Maria Ulrich e ISPA – Instituto Universitário, o Relatório da Prática de Ensino Supervisionada (RPES) faz parte integrante da Unidade Curricular (UC) de Prática Supervisionada em Jardim-de-Infância. Esta UC está fortemente relacionada com o Seminário de Intervenção e Investigação em Educação Pré-escolar. O RPES tem como base o estágio curricular realizado entre outubro e janeiro de 2018, integrado na UC de Prática Supervisionada em Jardim de Infância.

Como se sublinha no Regulamento do RPES, este deve apresentar uma investigação/intervenção decorrente da experiência e atividades desenvolvidas no âmbito da prática supervisionada, representando “uma ponte que procura articular as práticas educativas com a respetiva compreensão científica, tendo em vista o desenvolvimento de uma prática profissional consciente e reflexiva” (Regulamento do RPES, 2017, p. 1).

O estágio decorreu no internamento de pediatria de um Hospital Oncológico pertencente à área metropolitana de Lisboa. A problemática do presente Relatório tinha, desde logo, o objetivo de melhor compreender e estudar o papel do/a Educador/a de Infância no contexto hospitalar oncológico. Articulando a observação e a prática neste contexto com a teoria desenvolvida por autores de referência neste domínio, desejava desenvolver uma prática reflexiva que descrevesse da melhor forma o papel do educador neste contexto singular.

Refletindo hoje sobre a razão da escolha do local de estágio e da problemática do RPES, constato que, até à primeira visita de supervisão de estágio, nunca tinha associado o facto de ter passado uma situação grave de saúde ao meu percurso e a escolha atual. No entanto, a verdade é que os meus pais, tal como estes pais, abdicaram, em certo momento, da sua vida para lutar pela da filha. Conversando com a orientadora/supervisora de estágio, percebi que este momento pode ter sido determinante na escolha realizada.

Ao longo dos anos, nas consultas que realizava no Hospital de Santa Marta, era apoiada por uma Educadora, Educadora da qual os meus pais sempre me falaram com muito carinho. Quando eu estive internada, esta Educadora acompanhou muito de perto o meu caso e, quando passei para as consultas, esteve sempre presente. Recordo-me vivamente de ouvir os meus pais falar da sua ação e pessoa, que descreviam como maravilhosa, brincando com as crianças no hospital, e lembro-me bem de, durante muitos anos, ir à consulta e brincar com ela na sala de espera.

Recordo, agora no passado recente, da altura em que soube que, durante a Licenciatura em Educação Básica, na Escola Superior de Educação de Lisboa, nos era dada

a oportunidade de estagiar no contexto hospitalar oncológico. Lembro-me de ter dito aos meus pais que quando estivesse no terceiro ano da licenciatura não ia hesitar em escolher este contexto. Lembro-me também da reação dos mesmos, preocupados com esta possibilidade - foram diversas as vezes que me perguntaram se eu tinha a certeza que queria estagiar num contexto tão desafiante, onde todos os dias se viviam histórias de vida tão complexas. Recordo-me, ainda, de dizer aos meus pais que era o que mais desejava. Apesar desta convicção, foram diversas as vezes que me perguntaram se estava preparada. A esta pergunta eu não podia responder com certeza - a verdade é que tinha medo, associado à vontade profunda de experienciar esta possibilidade - tinha medo de não conseguir lidar com tudo o que aquele contexto exige de nós.

Quando perceberam que esta seria a opção de estágio, lembraram que, quando eu tinha estado internada no Hospital de Santa Marta, também havia uma Educadora que nos tinha apoiado, que eles gostavam muito dela e que ela brincava muito connosco. Era uma pessoa espetacular. Que mesmo depois de eu já estar recuperada continuou a estar nas consultas e eu adorava brincar com ela.

Será que foi por isso que, inconscientemente, este contexto me disse tanto logo desde o início? Não sei. Por vezes, escolhemos caminhos e nem pensamos no porquê de os escolhermos. Na altura parecem-nos os mais adequados, mas depois, quando pensamos mais aprofundadamente sobre o assunto, percebemos que houve uma razão para este caminho ter sido o escolhido. Chegada ao final do Mestrado em EPE, retomei a vontade e lutei para que fosse concretizada. Deste modo, o estágio e o RPES traduzem uma vontade enorme de estagiar neste contexto aliada à paixão que foi crescendo pelo mesmo, pelas crianças, pelas famílias, o que me fez crescer não só a nível profissional como pessoal.

Para a realização da presente investigação comecei, assim, por, no Capítulo I desenvolver temas que me permitissem melhor compreender qual o papel da Educadora de infância no contexto hospitalar, sendo Cardoso, Santos e Silva (2011) e Fontes (2015) autores fundamentais, uma vez que apesar de não aprofundarem o seu papel no contexto hospitalar oncológico, em muitos aspetos vão ao encontro do mesmo. Os temas que, em seguida, apresento no capítulo, são a importância do brincar e do acompanhante para o bem-estar, desenvolvimento e aprendizagem da criança, temas estes que foram emergindo como fundamentais a partir da observação e reflexão no contexto de estágio. Finalmente, ainda neste capítulo, apresento o Modelo Touchpoints (Brazelton & Sparrow, 2003; Gomes-Pedro, 2005), e de que forma se pode traduzir singularmente no contexto hospitalar oncológico, oferecendo uma base teórico-prática para melhor intervir neste contexto.

No capítulo II, é, por sua vez, contextualizado o local de estágio e caracterizado o grupo de crianças, procurando traduzir a sua singularidade através de uma descrição pormenorizada de espaço, tempo, grupo de crianças e seus acompanhantes.

No capítulo III apresento e fundamento a problemática e questões emergentes da mesma. O grande objetivo, inicialmente definido, traduz-se por compreender o papel do/a Educador/a de Infância no contexto hospitalar oncológico e a forma como a sua ação pode potenciar as vivências da criança, no que diz respeito ao seu bem-estar, desenvolvimento e aprendizagem. Deste grande objetivo, parte, então, a questão fundamental: qual o papel do/a educador/a de infância no contexto hospitalar, concretamente no contexto hospitalar oncológico?

Por sua vez, as restantes questões orientadoras do presente relatório emergem das observações realizadas e da necessidade de melhor compreender o impacto da hospitalização em crianças e suas famílias:

- As crianças no contexto hospitalar “perdem” o direito de brincar, passando apenas a pacientes?
- Como se traduz o respeito pelo outro e pelas suas singularidades?
- De que forma é a identidade dos acompanhantes valorizada?

A metodologia utilizada para a elaboração da presente investigação, e os instrumentos e procedimentos utilizados na recolha e tratamento da informação, relevantes para a análise do problema em estudo, são também aqui apresentados.

O penúltimo capítulo - Capítulo IV - fortalece a singularidade do RPES, uma vez que nele apresento, relato, contextualizo e analiso as atividades propostas e realizadas a partir do objeto de estudo escolhido, nomeadamente o projeto de intervenção “Vamos tornar o nosso quarto nosso!”, que surgiu com base nas observações e interações vividas. Neste capítulo são ainda apresentados os temas que, na articulação entre a revisão bibliográfica e o estágio emergiram como particularmente relevantes.

Finalmente, o capítulo V diz respeito às considerações finais decorrentes da presente investigação colocando em destaque o contributo do RPES para a emergência do desenvolvimento profissional experienciado; nele procuro dar resposta às questões colocadas. Destas considerações finais destaca-se a importância do educador para a humanização nos serviços hospitalares, procurando contribuir para o bem-estar das famílias, tendo sempre em vista o respeito que é essencial ter pela identidade do outro em paralelo à relação pedagógica que deve sempre estar presente.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Singularidade - contextos e pessoas

Muitos são os autores que abordam a questão da importância do papel do educador em contexto hospitalar, como pude constatar através da revisão de literatura realizada. No entanto, e devido à especificidade de cada prática e de cada contexto, foram diversas as perspectivas encontradas.

Neste âmbito, procurei destacar os autores e conteúdos que mais se articularam com a minha problemática/questão inicial - compreender o papel do/a Educador/a de Infância no contexto hospitalar oncológico - e com as questões que foram emergindo da minha prática. Cardoso, Santos e Silva (2011) e Fontes (2015) destacaram-se como autores fundamentais, uma vez que aprofundam o seu papel no contexto hospitalar, cruzando-se muitas vezes com a minha prática no contexto hospitalar oncológico. Outros autores como Azevedo (2004), Gomes e Erdmann (2005) e Brazelton e Sparrow (2003), surgem no contexto específico das questões que emergiram a partir da inicial, particularmente através das observações realizadas.

De referir ainda que, no que diz respeito a outros Relatórios da Prática de Ensino Supervisionada (RPES) consultados, como o de Braga (2014) e Proença (2013), todos abordam a questão do bem-estar, da necessidade de humanização dos serviços hospitalares, que também eu abordo como fundamental. No entanto, apesar de todos os RPES terem algo em comum, durante o decorrer do meu estágio, senti necessidade de abordar de forma mais detalhada a relação com a família e a importância da mesma.

Neste diálogo com os autores, procurei, assim, encontrar uma maior compreensão sobre o que me interpelou, inicialmente e no decurso do estágio, como, em seguida, apresento.

1.2. O papel do educador em contexto hospitalar

Um papel “sem limites”

Segundo Navarro e Santos (2012), a criança ao ser internada pode passar a ser menos encarada como criança e mais como paciente, potencialmente perdendo a sua essência de ser humano, com vontades e sonhos, e passando a ser vista como “um diagnóstico” pela equipa médica. Esta perda de identidade não é apenas uma consequência para as crianças, mas também para os familiares que a acompanham.

Cabe ao educador amenizar este processo de hospitalização, proporcionando à criança e aos acompanhantes momentos de brincadeira, de exploração, de lazer e de prazer, num contexto tão limitado fisicamente, que lhes é estranho (Navarro & Santos, 2012).

O educador deve ajudar a criança a abstrair-se, por pouco tempo que seja, do seu novo contexto. No entanto, até mesmo para o educador, é difícil não se deixar afetar pelo estado de saúde da criança, uma vez que, ao longo do processo, vai desenvolvendo uma relação com a mesma e com quem a acompanha. Muitas das crianças recebem alta, mas outras acabam por falecer, cabendo ao educador realizar propostas que façam o seu dia valer a pena - no hospital cada dia é único e deve ser aproveitado ao máximo, pois o futuro é uma incógnita (Fontes, 2015; Navarro & Santos, 2012).

Tendo em conta estas singulares circunstâncias, é essencial que o educador saiba adaptar-se a cada situação e à diversidade existente no contexto hospitalar, que se expressa na diversidade cultural, mas também no que diz respeito às características físicas e psicológicas de cada um. Segundo Navarro e Santos (2012), atributos como a criatividade e capacidade de adaptação devem estar presentes em todos os profissionais de educação, independentemente do contexto onde estão inseridos; no entanto, no contexto hospitalar deve existir uma sensibilidade acrescida para entender e corresponder às expectativas de cada um (Navarro & Santos, 2012).

Como referido no artigo 2 na Lei de Bases n.º 46/86 de 14 de outubro, “É da especial responsabilidade do Estado promover a democratização do ensino, garantindo o direito a uma justa e efectiva igualdade de oportunidades no acesso e sucesso escolares.” – sublinha-se, assim, que todos os cidadãos devem ter igual direito à educação, cabendo ao educador proporcionar propostas que despertem as capacidades de cada um, não esquecendo que o nível de exigência tem de ser adequado, para que a criança não desmotive, mas sim aumente a sua autoestima, o que, conseqüentemente, potencialmente resultará numa maior vontade de resposta às propostas realizadas. Recorrendo à brincadeira, o educador deve diminuir o impacto que é para a criança, de repente, sentir que já não tem poder sobre o que a rodeia (Cardoso, Santos & Silva, 2011; Fontes & Vasconcelos, 2007; Navarro & Santos, 2012).

Todo o ser humano precisa de interagir, de desenvolver capacidades de socialização e, com frequência, nestes contextos, a criança e a família encontram-se desmotivadas, pessimistas, confinando-se apenas ao seu espaço, cabendo ao educador promover ao máximo a interação entre todos (Cardoso, Santos & Silva, 2011). Esta ação nem sempre é possível, uma vez que muitas crianças não podem sair do quarto porque estão isoladas; no entanto, sempre que exista esta possibilidade, o educador deve promover atividades em conjunto, incentivar a interação, tentar encontrar pontos em comum de/para partilha. Desta forma, a criança percebe que não está sozinha, o que diminui a tensão inerente a uma situação de internamento, vendo-se como parte de uma realidade diferente, mas onde não está isolada (Fontes, 2015; Navarro & Santos, 2012).

A criança é um ser humano, um ser humano com uma história, com vontades, com sonhos, o que nunca deve ser esquecido pelo educador. Este deve valorizar, mostrar

interesse no passado de cada um e aproveitar esta diversidade para que todos se conheçam melhor e, também, para realizar propostas que vão ao encontro dos seus interesses. Desta forma, a criança ganha um maior entusiasmo pelas propostas do educador, valorizando-se, uma vez que a sua história passa a ser relevante. Assim, poderá deixar de encarar o hospital como uma referência de perda de identidade, mas sim como uma nova realidade a enfrentar (Fontes & Vasconcelos, 2007; Goffman, 2001 citado por Fontes, 2015; Navarro & Santos, 2012).

Um educador, em contexto hospitalar, deve proporcionar à criança momentos de prazer, por muito curtos que sejam, uma vez que, frequentemente, estes são interrompidos para realizar procedimentos clínicos. Assim, podemos afirmar que o educador tem a responsabilidade de proporcionar à criança oportunidades para sonhar, brincar, expressar-se de forma livre e de, fundamentalmente, ser criança (Cardoso, Santos & Silva, 2011; Fontes, 2015; Fontes & Vasconcelos, 2007).

Estar atento aos diferentes sinais que as diferentes crianças lhe vão dando é essencial, uma vez que, por vezes, estas não têm vontade de realizar determinada atividade porque estão com as defesas físicas em baixo, cansadas. Para além disto, por vezes, as crianças começam a centrar-se muito na sua doença, cabendo ao profissional de educação ter sensibilidade, expressa no saber escutar a criança, não invadindo a sua privacidade, incentivando-a a mudar o seu foco. Este deve conhecer o seu estado clínico para que possa estar seguro da sua prática e, conseqüentemente, transmitir segurança à criança e à família (Cardoso, Santos & Silva, 2008; Fontes, 2015).

1.3. A importância do brincar em contexto hospitalar

[Brincar] Atividade espontânea da criança, que corresponde a um interesse intrínseco e se caracteriza pelo prazer, liberdade de ação, imaginação e exploração. [...] Pode incluir-se brincar no que é designado na literatura internacional como “jogo da iniciativa da criança”, em que esta escolhe o que quer fazer e com quem, mantendo o controlo sobre o desenrolar da atividade (Silva, Marques, Mata & Rosa, 2016, p.105).

Como referido acima nas Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar (OCEPE) (Silva, Marques, Mata & Rosa, 2016), brincar permite à criança criar o seu mundo, sem limites, e, muitas vezes, fazer representações do meio que a rodeia através da brincadeira - brincar tem uma importância indiscutível, permitindo que a criança vá conhecendo a realidade e descobrindo o seu lugar na sociedade que a rodeia (Azevedo, 2004).

No que diz respeito ao contexto hospitalar, frequentemente, como referido por Parcianello e Felin (2008), a criança ao dar entrada no mesmo deixa de se sentir responsável pelo seu próprio corpo, vendo-o sofrer diversas alterações. Esta vê-se obrigada a passar por procedimentos complicados sem ter qualquer opinião, ou escolha, sendo este processo muitas vezes traumático para a mesma e para quem a rodeia; nesta circunstância, é ao brincar que a criança tem oportunidade de “expressar tensões, frustrações, inseguranças, medos, agressividades e sentimentos de dúvida e confusão” (Azevedo, 2004, p. 250).

Mesmo estando a criança limitada ao espaço interno do hospital, ao brincar pode transformar aquele espaço no que quiser, pois a sua imaginação não tem fronteiras - é através do brincar que a criança tem oportunidade de se abstrair do local onde está e transportar-se para onde o seu pensamento a leva (Fontes, 2015; Santos & Navarro, 2012).

Não obstante o facto de a brincadeira permitir à criança abstrair-se do espaço onde está, como referido por Azevedo (2004), as condições que são dadas às crianças também são essenciais. Deve-lhe ser, dentro do possível, proporcionado um ambiente que transmita conforto, segurança, que desafie as suas capacidades e lhes permita imaginar, sonhar e criar.

Quando está internada, a criança é obrigada a sair do seu mundo, da sua casa, do seu aconchego, e a abdicar da sua rotina, substituída pela rotina do hospital. Esta é, muitas vezes, difícil de enfrentar, difícil de aceitar, e é através da brincadeira, vivida de diferentes formas que a criança pode encontrar um espaço de bem-estar e de desenvolvimento. Brincar com o restante grupo de crianças hospitalizadas é muito importante uma vez que a brincadeira em grande grupo leva a criança a ter de se auto controlar, de, muitas vezes, ter de abdicar da sua vontade em detrimento da vontade do outro e, até mesmo, a partilhar o seu espaço (Azevedo,2004). A brincadeira com a família e com a educadora faz com que, juntos, possam construir algo que transmita segurança à criança (Fontes, 2015; Santos & Navarro, 2012). Como referido por Azevedo (2004), a brincadeira com o outro leva a que a criança desenvolva capacidades sociais essenciais para o seu desenvolvimento e aprendizagem presente e futuro.

A educação, a construção de conhecimento através da brincadeira, é algo sem limite de espaço e de tempo - todos aprendemos ao longo da vida e quando somos crianças queremos absorver tudo o que está à nossa volta. Não é por estar hospitalizada que a criança perde este direito que lhe é inato e que, muitas vezes, neste contexto, é a melhor fonte para lhe trazer um sorriso e permitir abstrair-se do que a rodeia, contribuindo assim para o aumento do seu bem-estar e da sua auto-estima. (Fontes, 2015; Parcianello & Felin, 2008; Santos & Navarro, 2012).

É com o brinquedo, e ao brincar ao faz de conta, que a criança tem, frequentemente, oportunidade de descarregar as suas frustrações, as suas revoltas, acima mencionadas, e sair daquele que passou a ser o seu mundo. Por outro lado, é também ao brincar que a criança

elabora as suas representações sobre o que a rodeia, do que é para ela aquele novo contexto e da forma como o está a enfrentar (Cardoso, Santos & Silva, 2011; Fontes, 2015).

É ao proporcionar momentos de brincadeira e propostas diferentes que o educador em contexto hospitalar pode fazer a criança voltar a sentir que é um ser humano com vontades e que não é apenas um paciente/doente. O profissional de educação é essencial neste contexto uma vez que funciona como alguém que transmite segurança à criança e à família que também se vê obrigada a alterar a sua rotina para acompanhar a criança da melhor forma. Assim, auxilia no processo de recuperação da mesma, reduzindo o impacto negativo que a hospitalização tem na sua vida (Cardoso, Santos & Silva, 2011; Fontes, 2015).

As oportunidades que são dadas à criança pelo educador, de brincar, de explorar novos materiais, levam também a que esta tenha momentos de prazer que a façam esquecer, mesmo que por instantes, as características mais difíceis do contexto onde está inserida. O educador procura proporcionar à criança a oportunidade de ser criança, de explorar, de imaginar, de brincar, de sorrir, sendo, muitas vezes, o mediador entre a criança e o ambiente que a rodeia, alterando assim a sua forma de encarar este novo mundo que não escolheu (Fontes & Vasconcellos, 2007; Navarro & Santos, 2012).

1.4. A importância do acompanhante no contexto hospitalar

Ao longo dos anos, tem havido um processo de humanização constante nos hospitais, em busca do bem-estar da criança. Em 1988, na cidade de Leiden, foi elaborada a Carta da Criança Hospitalizada sendo que esta, não exclui idades, estratos sociais, nem nacionalidades; esta doença também não, e os direitos de todos os cidadãos, aquando de uma situação como esta, devem ser assegurados.

Aprender a partilhar o seu espaço com pessoas tão diferentes pode conduzir à descoberta de que, apesar desta diversidade, têm todas tanto para partilhar - como é referido por Martins (1999):

Uma das maneiras de nos conhecermos a nós próprios como cultura de dimensão universal consiste em conhecer as culturas dos “outros”, já que nos obriga a prestar atenção a certos aspetos da vida quotidiana que delas nos diferenciam ou nos identificam. (p.22)

Ao dar entrada no contexto hospitalar oncológico a mudança da rotina, quer da criança quer dos acompanhantes, torna-se inevitável. Muitas vezes veem-se obrigadas a mudar de país, o que é um choque, tanto para elas como para quem as acompanha. São obrigados a

sair da sua casa para ir viver num novo espaço onde habitam pessoas de culturas distintas e onde irão ter de alterar grande parte dos seus hábitos.

Até este momento de mudança, os pais ou acompanhantes tinham mais capacidade de proporcionar bem-estar ao seu filho; de certa forma, isto era algo possível de controlar. No entanto, a partir do momento em que as crianças entram no Hospital, perdem o controlo de muitas das suas capacidades, podendo os acompanhantes ter menos controlo emocional aliado ao facto de verem quem mais amam a sofrer e pouco conseguirem fazer para atenuar esta dor (Gonçalves, 2006 referenciado no livro *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem Hospitalar*).

Muitos progressos têm sido feitos no que diz respeito à dor e à tentativa de redução da mesma, para proporcionar bem-estar, tanto à criança como à família; no entanto, de acordo Gonçalves (2006) referenciado no livro *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem Hospitalar*, os pais são assombrados por um sentimento de impotência em relação a quem mais amam - ver os filhos sofrer e nada poderem fazer e, ao mesmo tempo, terem o papel de os tranquilizar perante uma situação que, muitas vezes, não entendem.

Como referido por Gomes e Erdmann (2005) o cuidado nos hospitais deve ser um cuidado humano. Estes pacientes são crianças fragilizadas, que muitas vezes não entendem o significado da dor que têm, e pais que nunca esperaram que algo desta dimensão acontecesse. Por esta razão, é essencial que se explique a nova circunstância que vivem com verdade, que haja um cuidado redobrado na forma como se dá a notícia e, também, que desde o início se explique, de forma clara, quais as possíveis consequências, quais os tratamentos necessários, qual a gravidade da situação e o que fazer para a tentar resolver.

Os pais, apesar de já poderem esperar a notícia, estão ansiosos e, é a partir deste momento que, se tudo for explicado de uma forma clara, podem então tranquilizar-se um pouco e prosseguir para todos os procedimentos necessários, participando de forma ativa em todo o processo. (Ferreira, Lima, Melo & Mello, 2014; Gonçalves, 2006 referenciado no livro *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem Hospitalar* Lima, Rocha & Scochi, 1999;)

Muitas das vezes o internamento torna-se inevitável; no entanto, e como referido por Jardim e Batista, 2006 referenciados no livro *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital* este deve ser evitado uma vez que obriga as famílias a saírem da sua zona de conforto, do seu lar, o que se torna muito exigente, quer física quer psicologicamente, para todos os envolvidos. Não conseguindo evitar esta situação, é fundamental que da parte da equipa hospitalar haja um cuidado redobrado, valorizando os interesses da criança e dos familiares. Assim como os médicos explicam os procedimentos, também os enfermeiros devem ter esta preocupação.

Os enfermeiros são quem está mais presente na vida da criança, uma vez que realizam a maioria dos procedimentos, como a administração da quimioterapia, sendo

também quem recebe as famílias no primeiro momento do internamento e uns dos principais responsáveis pelo cuidado para com as famílias e as crianças ao longo do seu internamento (Gomes & Erdmann, 2005).

Não só no contexto hospitalar, como em muitos outros primeiros encontros, o primeiro contacto é essencial, pois é aquele em que desenvolvemos uma opinião sobre o contexto, sobre a pessoa. Deste modo, é importante salientar de novo o facto destas crianças e estes pais não se encontrarem confortáveis com esta nova situação e por isso, ser necessário um cuidado redobrado na tentativa de estabelecer uma relação de confiança entre quem recebe e quem é recebido (Curado, 2006; Varanda, 2006 referenciados no livro *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital*).

É importante, neste contexto, explicar à criança e ao acompanhante qual irá ser o seu espaço, o seu quarto, e tentar sempre manter a autonomia da família, permitindo que estes realizem algumas das rotinas, como a higiene, e, assim, se sintam simultaneamente acolhidos e respeitados nas suas capacidades. Para além disto, a família ao conhecer todos os processos inerentes ao acompanhamento da criança, pode também auxiliar o enfermeiro, prevenindo, inclusivamente, algumas situações de menor prontidão da parte dos profissionais de enfermagem que se devem ao elevado número de crianças no serviço de pediatria (Gomes & Erdmann, 2005). A permanência de um acompanhante 24 horas por dia é fundamental para que, no caso de surgirem imprevistos no estado clínico da criança, possa ter auxílio mais rapidamente.

Devido à importância que a família tem para a criança e a criança para a família, é essencial que esta seja incluída quer no que diz respeito à higiene, quer no que diz respeito aos procedimentos clínicos e à administração de medicamentos. Para que isto seja conseguido da melhor forma, tendo em conta tanto os interesses clínicos como os pessoais e familiares, é essencial o respeito mútuo e a partilha. Nem todas as famílias têm os mesmos hábitos de higiene e, num contexto como o hospital, estes têm de ser realizados com mais rigor; no entanto, é indispensável haver o cuidado da parte da equipa médica em entender a diferença e respeitá-la, consciencializando os pais para que seja possível auxiliarem-nos da melhor forma. Este processo de consciencialização da rotina e dos novos hábitos, como referido por Lima, Rocha e Scochi (1999), por vezes é mais demorado e nem sempre é de fácil aceitação. Para que corra da melhor forma, é essencial que a família se sinta valorizada, sinta que o seu papel é realmente importante, potenciando o trabalho em equipa livre de preconceitos e em prol do bem-estar da criança (Ferreira, Lima, Melo & Mello, 2014 & Gomes & Erdmann, 2005; Varanda, 2006 referenciado no livro *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital*).

Quando as crianças se veem obrigadas a mudar para este novo espaço, tudo na sua vida se altera, se desestrutura. Deixam de ir à escola, de contactar com as pessoas que

conhecem bem, o que pode piorar o estado de saúde e atrasar os tratamentos. Dentro de todas estas alterações, o aspeto que não se altera é a presença da pessoa que mais amam, do familiar, do acompanhante. Este, por ser o único elemento que se mantém constante na sua rotina, auxilia a criança no seu processo de adaptação a este novo mundo, controlando melhor os seus medos e toda a ansiedade inerente aos processos pelos quais terá de passar. O acompanhante não é apenas essencial na fase de adaptação, mas também durante todo o processo, uma vez que este é quem dá mais afetos à criança e a faz sentir segura e protegida. Assim, é essencial que sejam dadas aos acompanhantes condições para permanecer no hospital com a mesma (Ferreira, Lima, Melo & Mello, 2014 & Gomes & Erdmann, 2005; Gonçalves, 2006 referenciado no livro *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital*).

Esta permanência dos pais no cuidado dos filhos nem sempre é fácil, privando-os, muitas vezes, de algo essencial como o sono e, por isso, é possível a troca de acompanhante para o bem-estar do mesmo - para além do acompanhante é essencial para o bem-estar da criança que esta continue a ter contacto com os restantes familiares (Gomes & Erdmann, 2005).

É a família que conhece a história desta criança, os seus gostos, e é também esta que lhe dá afeto, apoio, ajudando a que a criança receba de melhor forma a equipa hospitalar. A partilha de experiências é um aspeto crucial pois todos temos uma história - todas aquelas famílias são únicas e todas aquelas crianças têm os seus pontos fortes e as suas vulnerabilidades. Assim, e para uma melhor relação entre todos, deve existir igualdade e partilha, estabelecendo-se uma relação de parceria entre todos – pais, famílias e profissionais (Ferreira, Lima, Melo & Mello, 2014; Gomes & Erdmann, 2005;).

Para além do auxílio aquando do internamento, após esta fase, a criança vai para casa não deixando de necessitar de cuidados redobrados e de medicação. Deste modo, e ao conhecer os procedimentos, a família já possui capacidade de responder às necessidades da criança, sentindo-se segura para realizar alguns dos procedimentos em casa, como a administração de medicação e a sua higiene (Gomes & Erdmann, 2005; Ferreira, Lima, Melo & Mello, 2014)

1.5. Touchpoints, um modelo que respeita o outro e a sua identidade

Como já havia sido referido anteriormente, ao dar entrada no contexto hospitalar a vida das famílias sofre uma mudança drástica, o que faz com que o papel dos adultos que as rodeiam seja crucial nesta adaptação a uma nova realidade.

Para que esta mudança ocorra da melhor forma possível, é necessário que haja coerência na forma de atuar junto das crianças e das suas famílias, coerência esta defendida e expressa pelo Modelo Touchpoints. Este foi criado nos finais de 1980 por Berry Brazelton.

Este baseou-se nos problemas emergentes de parentalidade nos Estados Unidos da América e na falta de informação que existia no que diz respeito a cada fase de desenvolvimento da criança (Sparrow, 2014).

As relações que se vão estabelecendo com os diferentes sujeitos que fazem parte do contexto relacional da criança irão influenciar os seus pensamentos e intenções, como defendido por Carvalho, Almeida, Felgueiras, Leitão, Boavida, Santos et al. (2015), pois esta não adquiriu, ainda, a capacidade de se autorregular - “Viabilizar sentido de coerência em cada bebé, em cada criança, em cada adolescente, em cada pessoa é, creio eu, o nosso grande desafio no nosso tempo” (Gomes-Pedro, 2005, p. 250)

Este Modelo não encara o desenvolvimento da criança como um processo linear, igual em todas as crianças, dependendo exclusivamente da sua idade; esta perspetiva, como referido por Brazelton e Sparrow (2003), pode levar a falsas expectativas e diagnósticos que se devem à comparação linear entre crianças. Segundo o Modelo Touchpoints, a criança ao longo do seu desenvolvimento, vive diversos “pontos de viragem”, sendo estes caracterizados por avanços e recuos que, muitas vezes destabilizam o contexto familiar, podendo originar sentimentos de baixa autoestima e incapacidade face à desorganização sentida pelos pais. Devem, assim, ser partilhados pelos profissionais e famílias, de modo a serem encarados com a naturalidade inerente ao processo de desenvolvimento. Desta forma, os pais irão entender os comportamentos dos seus filhos como parte integrante do seu crescimento e não pensar que estes têm algum tipo de atraso no seu desenvolvimento (Brazelton & Sparrow, 2003; Gomes-Pedro, 2005). Como defendido pelos mesmos autores, é essencial que a saúde se alie à educação de modo a proporcionar às crianças e às suas famílias bem-estar e segurança durante estes períodos/Touchpoints, para que, com o trabalho em equipa, possam alcançar o melhor resultado possível em cada etapa do desenvolvimento.

Segundo Brazelton, criador do Modelo Touchpoints, os períodos de regressão no desenvolvimento da criança devem ser encarados como oportunidades dadas aos profissionais para se aproximarem das famílias, vendo-as como aliadas no processo de compreensão do seu significado no contexto das conquistas desenvolvimentais da criança. Proporcionando-lhes apoio e segurança, os profissionais oferecem aos pais tranquilidade de modo a antecipar potenciais comportamentos menos organizados da criança, encarando-os como algo positivo e não negativo. (Brazelton, 2008; Brazelton & Sparrow, 2003; Gomes-Pedro, 2005)

Para que este acompanhamento seja realizado da melhor forma, o profissional deve ter em conta os Princípios orientadores do Modelo Touchpoints, sendo que destes fazem parte a valorização e compreensão da relação estabelecida entre o profissional e os pais, devendo o profissional dar prioridade à compreensão da relação pais-filho, reconhecendo os benefícios que traz para a interação. Este deve aproveitar sempre as oportunidades que lhe são

proporcionadas de interagir com ambos, não se limitando apenas a discutir assuntos do âmbito profissional, para que, assim, consiga transmitir confiança e um sentimento de proximidade a todos, permitindo que os pais partilhem as suas inseguranças e medos; as alegrias e esperanças. Finalmente, o profissional deve mostrar-se disponível, valorizando os pequenos momentos de interação que lhe são proporcionados e fazendo um esforço por observar de forma cuidada a criança, para que assim possa ir transmitindo *feedback* positivo aos pais - reforçando as evoluções positivas dos seus filhos, e valorizando a desorganização inerente a este processo, dará assim força aos pais para não desistirem (Brazelton, 2008; Brazelton & Sparrow, 2003).

Por vezes, enquanto profissionais de educação e de saúde, possuímos uma lente que nos foca apenas nos insucessos; no entanto, segundo os Princípios acima referidos, o respeito pelo outro e pela sua identidade devem ser uma prioridade, sendo que, apesar das diferenças inerentes a culturas, classe social, nacionalidade, todos somos humanos e todos os pais e crianças merecem respeito da parte de todos os profissionais, para que assim possamos aprender uns com os outros (Brazelton & Sparrow, 2003; Gomes-Pedro, 2005).

Nos Pressupostos abaixo descritos (Tabela 1), que o Modelo Touchpoints evidencia, referentes aos pais, estão presentes os seus direitos enquanto principais responsáveis e “peritos” no que diz respeito aos seus filhos.

Tabela 1

Pressupostos do Modelo Touchpoints no que respeita aos pais

Os pais são os peritos relativamente aos seus filhos
Todos os pais têm forças (competências e saberes)
Todos os pais querem o melhor para os seus filhos
Todos os pais têm qualquer coisa que desejam partilhar em cada novo estágio do desenvolvimento
Todos os pais têm sentimentos ambivalentes
Ser pai representa um processo contínuo de tentativa erro.

Fonte: Gomes-Pedro (2005, p.257)

Nós, enquanto profissionais de educação, devemos apoiar os pais e ser quem melhor os compreende. Fazê-los entender que a desorganização é algo inerente a este processo e que os pais são quem tem mais competências para apoiar os seus filhos. Devemos entender que, como referido na Tabela 1, os pais desejam apenas o melhor para os seus filhos, mesmo que nem sempre tomem decisões com as quais concordamos. Tentar entender o outro e a sua perspetiva, fazê-lo sentir-se escutado e compreendido, é essencial para que este processo seja encarado de uma forma mais positiva e otimista, para que todos se sintam apoiados e não desamparados. Todo o ser humano tem forças que desconhece e é em

momentos de maior vulnerabilidade que estas aparecem, cabendo-nos, a nós profissionais, reforçá-las e valorizá-las. A impotência, muitas vezes, sentida pelos pais deve ser atenuada com o nosso apoio - devemos fazê-los compreender que são eles quem conhece melhor os seus filhos, que apesar de não terem, necessariamente, conhecimentos na área da saúde, também nesta podem ter repercussões positivas se apoiarem os filhos. Uma criança que sinta os pais seguros, sente-se apoiada, protegida e feliz, tendo também um processo de recuperação mais rápido. (Brazelton, 2008; Brazelton & Sparrow, 2003; Carvalho et al., 2015; Gomes-Pedro, 2005)

Pais que se sentem respeitados, ajudam as crianças a sentir-se apoiadas e com mais forças para enfrentar todo este processo; para isto é essencial, mais uma vez, que a saúde e a educação estejam em sintonia - que tanto os profissionais respeitem as famílias, como as famílias respeitem os profissionais, para que, deste modo, exista coerência e um trabalho em equipa em que todos se respeitam e são respeitados, em prol do bem-estar de todos.

1.5.1. Vivência singular do Modelo Touchpoints no contexto hospitalar

No contexto hospitalar, todos os Princípios e Pressupostos acima referidos têm particular significado e sentido. Quando as crianças estão doentes, muitas vezes perdem o andar, como foi o caso do D. (4 anos) que por ter leucemia e por esta estar alojada numa das pernas, perdeu o andar. Este retrocesso é algo que não é fácil enfrentar tanto para a criança como para os pais, e como acima referido, cabe-nos a nós profissionais explicar aos pais que isto é um processo normal, mas que não é definitivo. No dia 12 de Janeiro de 2018, como retratado no Diário de Bordo (anexo IV, ONP 1), o D. (4 anos) realizou a consulta na sala de atividades, onde uma das coisas que foi referido pela médica aos pais foi que estes não deviam forçar o D. (4 anos) a andar porque era normal, devido às dores, ter medo e que no futuro ia começar a ter náuseas e perder alguma da energia que o caracterizava, mas que, depois, ia voltar ao normal. Como defendido pelo Modelo Touchpoints a comunicação entre os profissionais e os pais deve ser clara e constante, para que assim se possa encarar todo este processo com a máxima normalidade possível.

No que diz respeito aos pressupostos referidos na Tabela 1, os pais são, sem dúvida, os maiores conhecedores dos seus filhos, e querem apenas o melhor para os mesmos. Devido, essencialmente, à diversidade cultural presente neste hospital, muitas eram as vezes que nós profissionais de saúde e de educação não compreendíamos determinadas atitudes por parte dos mesmos, nomeadamente em questões de higiene, que são tão importantes num contexto como este. Esta mudança nas rotinas não era fácil e, por isso, a adaptação teria de ser progressiva e encarada com alguma normalidade, uma vez que apesar da falta de higiene

ser bastante prejudicial para as crianças com uma doença oncológica, os pais não queriam o pior para os seus filhos, apenas necessitavam de ser informados e ajudados.

Estes exemplos traduzem a relevância da aplicação do Modelo, seus Princípios e Pressupostos, no contexto hospitalar.

CAPÍTULO II – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

2.1. Caracterização da instituição

A Instituição onde decorreu o estágio, foi criada no século XX, nos anos 20, e presta cuidados de saúde na área da oncologia.

Para além de todos os outros objetivos estabelecidos pela instituição, desde o final dos anos 50, é de realçar o propósito de que a pessoa com cancro possa permanecer num ambiente o mais próximo possível do familiar, onde os seus estados emocionais possam ser mais e melhor satisfeitos. Procura-se, assim, garantir um maior equilíbrio e bem-estar à pessoa com cancro e sua família.

O ambiente familiar vivido na instituição traduz-se, desde o primeiro momento em que nos vemos nele embebidos, por sentimentos contrastantes - de tristeza, pela circunstância tão sensível de doença que caracteriza todas as crianças e famílias, mas, simultaneamente, de tantos sorrisos e cumplicidade(s), que crianças, famílias e profissionais trocam entre si.

O respeito pelo outro expressa-se de diversas formas na sua organização. De destacar, como um importante exemplo, que as crianças nunca ficam sozinhas, nem mesmo durante a noite, mesmo quando estão no internamento, onde as suas defesas se encontram mais em baixo – há sempre um elemento da família que as acompanha. São ainda permitidas visitas, embora controladas, para que a criança se sinta confortável no ambiente hospitalar.

A pediatria, nesta instituição, foi criada nos anos 60, tendo sido a primeira do país com capacidade para assistir doentes pediátricos oncológicos. Foi definido que este serviço iria abranger crianças dos 0 aos 15 anos, tendo sido também este um facto inovador uma vez que nos restantes hospitais do país a pediatria se destinava a crianças até aos 7 e aos 10 anos. No final dos anos 60, é criado um serviço de pediatria com 22 camas no internamento, ambulatório e consulta externa. Em meados dos anos 70, é criado, pela Segurança Social, o lar que alberga doentes em tratamento ambulatório e que se encontram longe da sua residência.

Atualmente, o serviço de Pediatria, recebe crianças desde os 0 até aos 18 anos de idade. Deste serviço, faz parte o internamento (local de estágio), a sala de espera para as consultas do Hospital de dia e o Hospital de dia, sendo que está uma educadora presente em cada um dos locais.

Esta instituição continua a ser a única da sua área de influência geográfica com capacidade para realizar tratamentos oncológicos na área da Pediatria, existindo mais duas em Portugal.

Como referido, deste instituto fazem parte três valências inteiramente dedicadas às crianças, sendo estas o internamento, o Hospital de dia e a sala de espera para o hospital de dia. Todas têm as suas singularidades, sendo que o internamento é constituído por uma sala de brincar, mais dedicada às idades mais jovens: 0-12 (Fig.3 e Fig. 4), e pela sala dos adolescentes:13-18 (Fig.2), sendo que na Figura 1 está representada uma das partes do corredor do internamento. Apesar de existirem duas salas, o trabalho da educadora não se restringe às mesmas, uma vez que eram diversas as vezes em que realizava atividades no quarto com as crianças, como retratado no dia 2 de Novembro de 2017 no diário de bordo (anexo III, OP 1); esta situação acontece porque as crianças não se encontram física e psicologicamente disponíveis para realizar atividades na sala ou porque estão isoladas. Tomando o retratado neste dia como exemplo, uma das crianças com quem realizei uma atividade estava isolada e, por isso, esta foi realizada no quarto. Para além disto, existe também uma sala de espera no internamento para algumas consultas que aí são realizadas; nesta sala de espera a educadora não está presente mas existem diversos materiais, como bonecos e jogos, para que as crianças que não estão internadas possam brincar com os seus acompanhantes.



Figura 1. Corredor do internamento



Figura 2. Sala dos adolescentes



Figura 4. Sala de brincar



Figura 3. Sala de brincar

No que diz respeito à sala de espera do hospital de dia, esta é constituída por dois espaços - um onde se realizam atividades com todas as crianças, e outro para que as crianças e os acompanhantes que não queiram brincar, e queiram estar num espaço onde o sossego é privilegiado, possam fazê-lo. Mais uma vez, há nesta instituição o respeito pelo espaço do outro, dentro das condições que são possíveis proporcionar.

O Hospital de dia tem também uma sala destinada a atividades e à brincadeira; no entanto, assim como no internamento, a área de intervenção da educadora não se cinge a este espaço. O hospital de dia é onde as crianças realizam diversos tratamentos em ambulatório, fazem análises, mudam o penso, sendo que todos estes procedimentos são bastante delicados e, muitas vezes a educadora intervém brincando também neste espaço.

Na tabela 2 está representado o grupo de três educadoras de infância que trabalham nesta instituição e os respetivos anos de serviço, sendo que, como referido pela Educadora M. em entrevista, desde que a instituição tem pediatria, sempre contou com o trabalho de uma educadora. Este aspeto realça a importância que é dada ao outro e ao facto de se procurar que as crianças nunca percam o seu direito de ser crianças.

Tabela 2

Educadoras de Infância do Serviço de Pediatria

Educadora	Área da Pediatria	Anos de serviço na Instituição
M. L.	Internamento	17
M. R.	Hospital de dia	24
M.	Sala de Espera	16

O local da pediatria onde cada educadora está colocada – internamento, sala de espera e hospital de dia - altera todos os anos, sendo que todas as educadoras passam por

todos os serviços da Pediatria.

No serviço de Pediatria, existe também a escola (Fig. 5 e Fig. 6). Dela fazem parte três docentes, estando cada uma delas mais direcionada para uma determinada área curricular, para que possam, assim, apoiar todos os alunos, com idades bastante diferentes.



Figura 5. Sala de aula

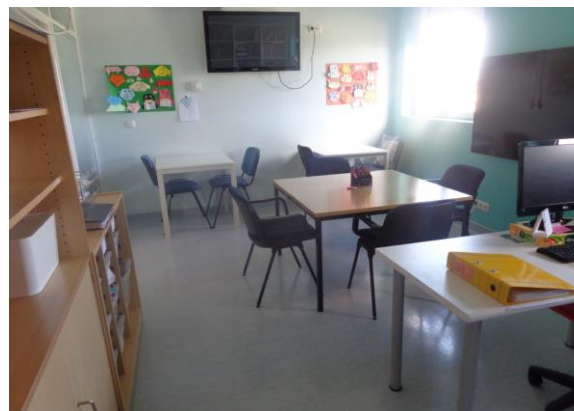


Figura 6. Sala de aula

Na tabela 3 estão representadas as docentes da escola, sendo que o grupo de recrutamento da professora D. e da professora S. é o 910 - Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor; o da professora M, também da Educação Especial é o 920 - Domínio da Audição e Surdez. As crianças que frequentam esta escola estão, temporariamente, impossibilitadas de frequentar a sua escola de origem devido à sua doença oncológica, pois encontram-se em fase de tratamentos.

Tabela 3

Docentes da Escola

Professora	Nível de Ensino	Área Disciplinar
S.	1o e 2o CEB	Matemática e Ciências
D.	3o CEB	Português e Matemática
M.	Ensino Secundário	Informática

2.2.1. Uma rotina singular

Em todas as instituições educativas é necessário haver uma rotina para que tanto as crianças como o educador sejam capazes de se organizar e “se vá progressivamente apropriando de referências temporais que são securizantes e que servem como fundamento para a compreensão do tempo: passado, presente, futuro” (Silva, Marques, Mata & Rosa 2016, p.27).

No entanto, como referido nas OCEPE, “o tempo educativo tem uma distribuição flexível” (Silva, Marques, Mata & Rosa 2016, p.27) - assim como a flexibilidade é um aspeto indispensável numa rotina de jardim de infância, também no contexto hospitalar a flexibilidade está presente, nomeadamente aliada à imprevisibilidade, como referido diversas vezes no Diário de Bordo (anexo V, reflexão 1)

No internamento, por norma, o dia começa com o educador a passar pelos quartos das crianças que estão isoladas para saber se os pais querem ir tomar o pequeno almoço. Por volta das dez, quando o educador já deu este apoio e está disponível, vai à sala dos enfermeiros verificar quem está internado e, de seguida “consultar o caderno de passagem de turno das enfermeiras para perceber como é que as crianças estão a nível psicológico e se estão com muita dor.” (anexo II, entrevista educadora M.L., questão 1).

Após realizar a lista das crianças presentes, a educadora dirige-se aos quartos de todas as crianças, para verificar se necessitam de algum material para brincar, ou de companhia. Por vezes, as crianças não solicitam nenhum material; no entanto, a educadora deixa o material no quarto, dando oportunidade e espaço à criança para brincar quando assim desejar.

Por vezes, as mães pedem para a educadora ficar com os filhos quando estes estão isolados ou não querem sair dos quartos. Durante o tempo de estágio, como estávamos uma educadora e estagiária presentes, uma de nós dirigia-se ao quarto e a outra ficava na sala de brincar, como foi o caso do dia 12 de janeiro de 2018, em que passei a maior parte da manhã no quarto com uma criança, enquanto a Educadora M.L. dava apoio às crianças que estavam na sala (anexo III, OP 2). No entanto, isto só era possível porque estávamos duas pessoas presentes; quando uma educadora está sozinha, deve permanecer na sala com as crianças e pedir o auxílio de uma das voluntárias da Liga Portuguesa Contra o Cancro para o acompanhamento nos quartos.

As atividades planeadas são realizadas, por norma, da parte da manhã, sendo que se tenta sempre que sejam de rápida execução. Quando se inicia uma atividade no período da manhã, esta deve acabar no mesmo período, uma vez que as crianças da parte da tarde podem já não estar física e psicologicamente disponíveis para ir para a sala. Na verdade,

apesar da singularidade do contexto hospitalar, como sublinham as OCEPE, em nenhum contexto os dias são iguais, “as propostas do/a educador/a ou das crianças podem modificar o quotidiano habitual” (Silva, Marques, Mata & Rosa 2016, p. 27).

Por norma, as crianças almoçam às 13h; é pedido aos pais para almoçarem ao meio dia (sendo as crianças neste período apoiadas pelos profissionais) e depois, às 13h, estarem presentes para acompanharem a hora de almoço dos filhos, que num contexto hospitalar é muito delicada. Como referido pela educadora M.L. na entrevista, “o almoço, de preferência, são os pais a dar, que são quem os conhece melhor, quando não têm apetite estamos a entrar numa luta que não é a nossa” (anexo II, questão 1). Apesar disto, por vezes, eramos nós – educadora, voluntárias e estagiária – a dar o almoço, como foi o caso do dia 12 de outubro de 2017, em que eu estava a almoçar no espaço da escola e ouvi uma criança que estava a almoçar com as voluntárias a dizer que não queria almoçar; neste momento, considerei que era melhor intervir uma vez que este não tinha muito à vontade com a voluntária, que conhecia mal (anexo III, OP 3).

Eu e a educadora M.L. fazíamos jornada contínua, o que significa que não tínhamos hora determinada para almoçar - almoçávamos quando havia tempo para o fazer. Deste modo, podíamos dar assistência às famílias e crianças da melhor forma, como em situações como a referida anteriormente, em que interrompi o meu almoço para dar apoio a uma criança.

Da parte da tarde, por vezes, realizavam-se atividades planeadas; no entanto, por norma, brincávamos ao que nos era solicitado pelas crianças.

2.3. Caracterização do grupo

Como referi anteriormente, o serviço de pediatria acolhe crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos, sendo que a composição do grupo de crianças se altera com bastante frequência. Ao longo do tempo de observação, a média de crianças que frequentaram a sala de atividades do serviço de internamento foi de aproximadamente quatro (4) por semana.

Como é possível perceber ao estagiar neste contexto, e como está presente no Livro da Família da Criança com Cancro (2010) da Associação Acreditar:

Para este Departamento são referenciadas todas as crianças com suspeita de doença oncológica da região sul do continente, assim como a maioria das crianças enviadas das regiões autónomas dos Açores e Madeira. [Recebem] também crianças transferidas dos [Países Africanos com Língua Oficial Portuguesa] (PALOP) para Portugal, ao abrigo dos acordos de cooperação (p.17).

Por norma, apenas sabemos as crianças com quem vamos estar no próprio dia, pois estão sempre crianças novas a entrar no serviço e outras a sair. Apesar disto, quando as crianças entram, por vezes, dependendo da relação com os pais, perguntamos quanto tempo vão ficar para podermos saber, aproximadamente, as crianças que vão estar presentes naquele dia/semana. Para além disto, existe também uma reunião multidisciplinar onde estão presentes uma educadora, uma professora e a restante equipa médica. Nesta reunião é discutido o estado de saúde de cada criança e quais serão os tratamentos necessários. É também partilhado se irá passar alguma criança para os cuidados paliativos e quais as crianças que vão dar entrada no serviço.

Apesar de, por vezes, conseguirmos saber se a criança vai estar presente no outro dia ou não, saber se vai estar disponível para ir à sala de atividades é impossível, uma vez que durante a noite o estado de saúde da mesma pode agravar-se e, no outro dia, encontrar-se isolada. Quando as crianças ficam isoladas, não podem sair do seu quarto; no entanto, nós podemos entrar para realizar atividades se a criança se encontrar física e psicologicamente disponível para nos receber.

A Tabela 4 refere-se à frequência de cada criança durante o período de estágio e aos seus acompanhantes.

Tabela 4

Frequência de permanência de cada criança durante o período de estágio e dos seus acompanhantes

Iniciais dos nomes das crianças e idade	Acompanhantes			Nº de semanas de internamento durante o período de estágio (11 outubro a 25 de janeiro)
	Mãe	Pai	outros	
L (16)	x			Uma (1)
D (15)			cuidadora	Uma (1)
A (13)	x			Duas (2)
J (13)				Uma (1)
S (13)	x			Uma (1)
R (11)	x	x		Quatro (4)
F (11)	x			Uma (1)
R (11)	x	x		Uma (1)
M (11)	x			Uma (1)
S (10)			tia	Uma (1)
G (9)	x	x		Quatro (4)
T (9)	x			Uma (1)
M (9)	x			Três (3)
A (9)	x	x		Uma (1)
T (9)	x	x		Uma (1)
F (7)	x	x		Duas (2)
M (7)	x	x		Uma (1)
S (6)	x	x		Duas (2)

Iniciais dos nomes das crianças e idade	Acompanhantes			Nº de semanas de internamento durante o período de estágio (11 outubro a 25 de janeiro)
	Mãe	Pai	outros	
D (5)	x			Uma (1)
J (5)	x	x		Cinco (5)
B (5)	x			Uma (1)
C (5)	x			Uma (1)
M (5)	x			Uma (1)
D (4)	x	x		Uma (1)
J (4)	x			Uma (1)
D (4)	x			Uma (1)
I (4)	x			Duas (2)
N (4)	x			Duas (2)
E (4)	x		avó	Cinco (5)
S (3)	x			Uma (1)
C (3)	x			Duas (2)
A (3)	x	x		Três (3)
B (3)	x			Duas (2)
Z (2)	x	x	avó	Uma (1)
M (17m)	x			Três (3)

Durante os quatro meses de estágio foram 35 as crianças com que contactei, como se pode verificar na tabela acima. Foi um período de tempo em que as semanas foram vividas de uma forma muito intensa - houve crianças que estiveram internadas apenas uma semana, e a percepção que tenho é que estiveram um tempo prolongado no hospital.

As 35 crianças acima descritas não são a totalidade de crianças que estiveram internadas ao longo do estágio, mas sim aquelas com quem estabeleci uma relação mais próxima, seja a fazer atividades, a brincar ou mesmo apenas a fazer companhia, que neste contexto é tão importante.

Como representado na Tabela 4, para além do número elevado de crianças com quem me cruzei, e da sua heterogeneidade de culturas e interesses, tinham também uma grande diversidade no que diz respeito às idades, sendo que a criança mais velha com quem estabeleci contacto tinha 16 anos e a mais nova 17 meses. Tudo isto aliado à grande imprevisibilidade inerente a um contexto hospitalar fez com que a minha capacidade de adaptação estivesse sempre presente, e com que a observação atenta fosse uma constante. Como referido nas observações participantes de dia 12 de janeiro de 2018 houve uma atividade que planeei para o Z. (2 anos) e que, devido ao isolamento do mesmo no dia seguinte, realizei com o D. (4 anos), porque este me solicitou apoio para realizar uma atividade (anexo III, OP 4). Esta teve de ser adaptada às características do mesmo, sendo que esta alteração foi efetuada no próprio dia.

Esta grande imprevisibilidade de interação, aliada ao facto dos acompanhantes estarem sempre presentes, torna este contexto muito enriquecedor e desafiante. Temos não

só de cativar as crianças, mas também as famílias - ver a evolução na nossa relação com as mesmas é gratificante. Por vezes, conquistamos primeiro os pais para chegar aos filhos; outras cativamos primeiro as crianças para posteriormente chegar aos pais, como foi o caso relatado no dia 17 de novembro de 2017 em que depois de alguma insistência a mãe do E. (4 anos) realizou pela primeira vez uma atividade (anexo III, OP 5).

São estas pequenas conquistas que fazem de um contexto como este, um contexto único e especial.

CAPÍTULO III - OPÇÕES METODOLÓGICAS E PROBLEMÁTICA

3.1. Metodologia de investigação

Para ir ao encontro das questões de partida e objetivos da presente investigação, realizei um Estudo de caso, privilegiando uma metodologia qualitativa que me permitiu analisar os fenómenos no contexto em que ocorrem e fazer uma análise dos mesmos no seu ambiente natural, onde se dá o contacto direto com os participantes. Neste enquadramento qualitativo, ainda que as situações devam ser descritas de forma verdadeira, o mais fidedigna possível, o modo como o investigador as observa irá sempre ser influenciado pelas suas vivências e pelos seus interesses.

Este tipo de abordagem atribui bastante relevância à forma como determinada situação acontece e não tanto ao produto final (Bodgan & Biklen,1994; Stake, 2007). No estudo de caso existe uma “focalização progressiva” (Stake, 2007), uma vez que a recolha de dados é realizada de forma gradual, sendo que, numa primeira fase, o investigador interessa-se pelo geral, descrevendo todas as situações observadas. À medida que vai conhecendo melhor o contexto onde está inserido, vai definindo com mais acuidade os seus objetivos e, conseqüentemente, tornando a sua recolha de dados cada vez mais específica, de modo a responder às questões por si colocadas, da melhor forma, descrevendo os casos com mais pormenor (Bodgan & Biklen,1994; Stake, 2007).

Para a elaboração da presente investigação, recorri, assim, a observações participantes, não participantes e reflexões registadas no Diário de Bordo, completadas por entrevistas semi-estruturadas. Tendo em conta que o meu grande objetivo é perceber qual o papel do educador em contexto hospitalar oncológico, as observações realizadas ao longo do estágio, foram efetuadas de forma discreta, procurando não perturbar o normal funcionamento do contexto, tal como é sublinhado por Stake (2007), Por sua vez, as entrevistas, concretizadas junto de cada uma das educadoras do Hospital, vieram complementar as observações, auxiliando-me, nomeadamente, a compreender mais aprofundadamente o modo de atuar de cada uma perante as diferentes situações inerentes a este contexto, e a forma como descrevem o seu papel no mesmo.

Como referido por Bodgan e Biklen (1994), as entrevistas devem ser flexíveis e respeitar sempre o outro, de forma a que este se sinta capaz de responder a todas as questões, mostrando de forma clara o seu ponto de vista. Não obstante o facto de ter realizado uma entrevista semi-estruturada às três educadoras que trabalham na Instituição, ao longo do tempo e, como retratado no Diário de Bordo, fui realizando algumas entrevistas informais à educadora cooperante, que foram surgindo no decurso do período de investigação, pela necessidade de clarificar, aprofundar e compreender as situações vividas. Estas entrevistas

não invalidam a existência uma entrevista de carácter formal com a mesma - neste caso com objetivos estruturados vão especificamente ao encontro das questões que foram sendo colocadas ao longo do processo de investigação.

No que diz respeito às observações, presentes no Diário de Bordo, estas permitem-nos perceber quais as relações entre os diferentes sujeitos do estudo no seu contexto natural, compreender melhor o seu dia a dia e retratar a singularidade deste contexto da forma mais fidedigna possível. Estas traduzem-se através de todas as notas de campo realizadas deste período, retratando – a) o meu processo de entrada no contexto estudado, b) a forma como iniciei o meu estágio, c) os diversos momentos vividos, descrevendo de forma o mais pormenorizada possível estas situações, tentando sempre realizar observações pertinentes e que oferecessem diferentes perspetivas referentes à mesma situação (Stake, 2007). Como afirmam Bogdan e Biklen, “a preocupação é a de captar imagens por palavras do local, pessoas, ações e conversas observadas” (1994, p.152).

Posteriormente, com base no observado e refletido, iniciei uma fase onde defini um projeto de intervenção, com objetivos específicos, refletindo, de forma mais detalhada, sobre as atividades propostas, as minhas ações, as da educadora, das crianças e dos respetivos pais.

3.1.1. Observações e notas de campo

Como defendido por Bodgan e Biklen (1994) as notas de campo devem ser registadas no próprio dia; no entanto, devido à carga emocional de determinados dias nem sempre foi possível. Por norma, realizava anotações no local de estágio e quando chegava a casa redigia-as no Diário de Bordo; no entanto, por vezes, precisava de algum tempo para me conseguir distanciar da situação e assim conseguir descrevê-la da melhor forma, como foi o caso da semana de 18 a 20 de outubro de 2017. Esta foi a minha segunda semana de estágio, uma semana particularmente difícil em que percebi realmente que “aqui pode-se morrer”. Como a reflexão do dia 26 de outubro de 2017 (anexo V, reflexão 2), foi uma semana complicada por diversas situações: “Esta semana foi bem difícil (...) só hoje, dia 26, é que acabei de escrever o que se passou!”. Situações como a descrita foram acontecendo ao longo de todo o estágio - por vezes, escrevia apenas o discurso dos intervenientes para que, posteriormente, o registo fosse o mais fidedigno possível e, então, quando me sentia capaz para registar a situação, fazia-o.

Todas estas situações são irrepetíveis, tendo conhecido um número elevado de crianças com quem, certamente, nunca mais vou poder contactar. O facto de todas as minhas observações e reflexões estarem escritas faz com que fiquem, de certa forma, perpetuadas - situações tristes, felizes, todas elas fizeram parte de um processo de crescimento profissional

e pessoal, de uma fase muito importante do meu percurso e que, devido ao Diário de Bordo, nunca vou esquecer.

Como nos alertam os autores Bodgan e Biklen (1994) e Stake, (2007), todos temos uma lente de observação que se constrói com base nos nossos interesses, na nossa história de vida, no nosso percurso, e, por isso, a forma como observamos as situações e os pontos de maior interesse, diferem de investigador para investigador. Apesar desta consciência, e justamente porque a temos, devemos fornecer aos nossos leitores uma apresentação de factos o mais rigorosa possível, fornecendo abertura suficiente para que possa desenvolver a sua própria interpretação.

Perspetivando o processo de investigação, posso afirmar que iniciei o meu estágio/ investigação mais como uma observadora atenta - apesar de participar ativamente nas atividades propostas, tinha um olhar mais atento sobre tudo o que se passava à minha volta, para melhor compreender este contexto singular; posteriormente, pude passar a assumir-me uma observadora mais ativa, com objetivos específicos, descrevendo no meu Diário de Bordo apenas as situações que, no meu ponto de vista, faziam mais sentido ser retratadas.

Como referido por Stake (2007) “O camaleão também é uma espécie de modelo” (p.119) e durante todo o meu percurso várias foram as adaptações que fui fazendo na minha prática enquanto estagiária de educação de infância e enquanto investigadora. Num contexto como este, tão especial, tão singular, temos de ser educadoras e investigadoras pacientes, respeitar o outro e as suas vontades e nunca colocar os objetivos da investigação ou das atividades acima dos interesses das crianças e dos pais. Assim, como é defendido por Stake (2007), a construção das perguntas de investigação é um processo longo, sendo que no decurso da investigação estas podem alterar-se, uma vez que vamos conhecendo cada vez melhor o contexto onde estamos inseridos.

3.1.2. Entrevistas

Como já havia referido, a entrevista não é o elemento principal deste estudo, mas sim as observações e reflexões que foram sendo realizadas ao longo do período de investigação. Apesar disto, estas entrevistas têm, também, como objetivo dar a conhecer a opinião das três educadoras e os seus pontos de vista em relação aos diferentes assuntos abordados (Bodgan & Biklen, 1994), vindo completar as observações e respetivas notas de campo (NC) realizadas.

Como referido por Bogdan e Biklen (1994), ao longo da investigação podem ser realizados diversos tipos de entrevistas, sendo que no decurso da presente investigação foram realizadas diversas entrevistas informais à educadora cooperante, como é o caso de dia 18 de outubro de 2017 retratado no diário de bordo (anexo IV, ONP 2). No entanto, estas

não impediram a realização de uma entrevista formal no final do período de estágio, para que pudessem responder de modo mais estruturado a todos os tópicos por mim abordados, e para que fosse possível comparar as opiniões de cada educadora no que diz respeito ao mesmo assunto.

Como abordado pelos mesmo autores, uma boa entrevista prima pelo facto de o entrevistado estar confortável em responder a todos os tópicos de forma livre, sem preconceitos. Para que tal fosse possível, optei por não as gravar, mas sim anotar as respostas das educadoras, uma vez que num contexto tão singular como este se abordam famílias fragilizadas, casos clínicos complicados, que, de outra forma, poderiam não ser abordados. Acresce a esta decisão que só havendo a possibilidade de realizar as entrevistas no contexto hospitalar, é particularmente difícil encontrar um espaço reservado para uma entrevista, sem que esta seja interrompida, como foi o caso da entrevista à educadora M.R. - no hospital de dia, em que a entrevistada foi sendo interrompida diversas vezes devido à chegada de crianças e de pais; havendo bastante ruído à nossa volta, a educadora M.R. tinha de falar num tom mais baixo para que os pais não se apercebessem de alguns temas dos quais estávamos a falar, como os relacionadas com a morte.

É ainda importante destacar que no guião da entrevista à Educadora M.R foi acrescentada uma questão - como esta era a única educadora que tratava os pais pelos nomes, sendo este um tema presente relatório, achei pertinente perguntar-lhe a razão pela qual o fazia.

Devido, mais uma vez, à imprevisibilidade do contexto, não foi possível a Educadora M. responder à questão: “Qual a importância do brincar no contexto hospitalar?” no momento, tendo respondido mais tarde por escrito.

Na Tabela 5 encontra-se o guião realizado para as entrevistas semi-dirigidas que realizei no final do estágio como forma de concluir este percurso. Cada questão baseia-se em objetivos como é explicitado na tabela.

Tabela 5

Guião das entrevistas semi-dirigidas

Questões da entrevista	Objetivos para cada questão
Como é a rotina no hospital de dia/ sala de espera/ internamento?	Caracterização específica de cada local no contexto hospitalar.
Planifica as atividades?	Compreender a forma como cada educadora concretiza, neste contexto singular, a planificação - Planifica mentalmente ou por escrito; qual a razão do tipo de planificação realizado.
Reflete sobre as atividades?	Compreender como se dá o ciclo de avaliação/reflexão - reflete e melhora posteriormente a proposta? Volta a realizar se não correu tão bem?
Qual o papel da educadora neste contexto hospitalar concreto?	Compreender a forma como cada entrevistada perspetiva o papel da educadora em cada local, através da relação: <ul style="list-style-type: none"> • Educadora-Acompanhante • Educadora-Criança • Educadora-Restante equipa
Qual a importância do brincar no contexto hospitalar?	Compreender a forma como cada entrevistada perspetiva a relevância do brincar neste contexto - quais os benefícios que o brincar traz;
Como aborda os pais quando estes chegam e durante o período de convivência no hospital?	Entender de forma concreta como se materializa o trabalho com os pais – a educadora vai ao encontro dos pais? Deixa que sejam eles a recorrer à Educadora? Acha necessário falar sobre a doença?
Como aborda a questão da morte?	Compreender a forma como cada entrevistada perspetiva a questão específica da morte - quando uma criança entra nos cuidados paliativos aborda esta questão com os pais; Quando sabe da

notícia aborda os pais? Apoia os pais após a morte? Está só como eles até ao momento

Este é um contexto especial, com uma singularidade ímpar; assim como me tive de adaptar todos os dias enquanto educadora-estagiária, também o tive de fazer enquanto investigadora.

3.2. Problemática e questões emergentes da mesma

Como referido por Bodgan e Biklen (1994), um estudo de caso é um estudo em constante construção, que se vai formulando à medida que o investigador conhece melhor o local e as pessoas que o constituem, de modo a entender qual a problemática a desenvolver e as questões que emergem da mesma.

Seguindo ainda a linha de pensamento dos mesmos autores, um investigador qualitativo deve ter formuladas questões orientadoras que vão auxiliar o mesmo a organizar-se para proceder a uma investigação baseada nos dados que irá recolher, nas suas entrevistas e na análise a documentos; no entanto, estas questões devem estar prontas para ser adaptadas e alteradas a qualquer momento, de forma a responder melhor às necessidades do estudo (Bodgan & Biklen, 1994).

O planeamento da investigação deve ser realizado durante o decorrer da mesma, para que assim seja possível responder às questões que vão emergindo da melhor forma possível.

Desta forma, e tendo em conta que, como já havia sido referido, este relatório se enquadra no contexto de uma metodologia qualitativa, a elaboração das questões às quais iria procurar dar resposta posteriormente, emergiram das observações, das entrevistas informais e das leituras que foram sendo realizadas. Deste modo, apesar de ao iniciar a investigação ter questões que respondiam a objetivos previamente considerados e estruturados de forma a orientar a minha investigação, estes foram sendo alterados ao longo de todo o processo, uma vez que me fui familiarizando cada vez melhor com o contexto, o que fez com que os objetivos que pretendia estudar fossem sendo redefinidos e, conseqüentemente, as questões também. Destes objetivos inicialmente definidos, destaca-se o seguinte:

- Compreender o papel da Educadora de Infância no contexto hospitalar oncológico e a forma como a sua ação pode potenciar as vivências da criança – bem-estar, desenvolvimento e aprendizagem.

Desta forma, as questões orientadoras do presente relatório são as seguintes:

- I. **Qual o papel do educador de infância no contexto hospitalar, concretamente no contexto hospitalar oncológico?**
- II. As crianças no contexto hospitalar “perdem” o direito de brincar, passando apenas a pacientes?
- III. Como se traduz o respeito pelo outro e pelas suas singularidades?
- IV. De que forma é que a identidade dos acompanhantes é valorizada?

A questão I. é a que orienta todo o trabalho; no fundo, o grande objetivo é entender qual o papel do educador no contexto hospitalar oncológico, em que medida é que este, como referido na pergunta II, contribui para que a criança não seja apenas um paciente, que não perca o seu direito de ser criança e onde é que eu, enquanto educadora-estagiária neste contexto, me coloco, com que atitudes e ação pedagógica me identifico. As primeiras questões eram as que já trazia comigo no início da investigação.

No que diz respeito à pergunta III, ao longo do processo de pesquisa foi possível perceber que a instituição alvo recebia no serviço de pediatria crianças não só de idades bastante distintas (0-18), mas também de nacionalidades e estratos sociais bastante diferentes, para além das diferenças que são inerentes a todas as crianças, nomeadamente no que diz respeito à sua personalidade. Esta constatação levou-me a questionar a forma como a singularidade de cada um, num contexto de diversidade tão ampla, se traduz.

Finalmente, a questão IV foi-me inquietando ao longo de toda investigação, uma vez que desenvolvi uma relação de proximidade com muitos dos acompanhantes e, por vezes, via a sua identidade praticamente anulada, face à gravidade da situação de doença experienciada. Estes viviam para os seus filhos, para lhes proporcionar bem-estar, esquecendo-se quase deles mesmos. Esta questão foi uma das que mais me inquietou ao longo de todo este processo, uma vez que como disse a Educadora M. na sua entrevista – “nunca podemos esquecer a dupla criança/pais” (anexo II, questão 3) – a criança e a família influenciam-se mutuamente e o bem-estar da família é essencial para que esta possa sentir-se mais forte no apoio aos seus filhos.

CAPÍTULO IV - ANÁLISE REFLEXIVA DECORRENTE DA PRÁTICA SUPERVISIONADA

4.1. Projeto realizado no âmbito do estágio

Durante o período de estágio, e na sequência das respostas que procurava às questões aqui evidenciadas, realizei um projeto com as crianças que estavam internadas. O período de estágio estava dividido em duas fases, sendo a primeira de observação e a seguinte de intervenção. As observações que fui realizando foram essenciais não apenas para a realização do presente relatório como para a elaboração do projeto, o que faz com que um e outro não tenham sido trabalhos distintos, mas sim trabalhos que se complementaram.

Foi através da elaboração de muitas das atividades que fizeram parte deste percurso que encontrei respostas aos objetivos por mim colocados aquando do início da elaboração do RPES. Assim, considero essencial explicitar no que consistiu o projeto realizado assim como referenciar algumas das atividades que tive oportunidade de realizar.

4.1.1. Qual o projeto e porque surgiu

Sempre que me deslocava ao quarto das crianças a perceção que tinha não era de um quarto de uma criança, mas sim um quarto de hospital igual a todos os outros. No dia 18 de outubro de 2017 conversei com a Educadora M.L. a respeito deste assunto e perguntei qual a sua opinião sobre desenvolver um projeto que envolvesse a decoração do quarto das crianças.

Como evidencia a NC de 18 de outubro, “A educadora gostou muito da ideia e deu-me várias sugestões” (anexo IV, ONP 2). Uma destas sugestões começou por ser a forma como podia colocar os trabalhos resultantes das atividades realizadas pelas crianças nos quartos, uma vez que não era permitido fazer colagens nas paredes, o que constituía um desafio. Este desafio foi ultrapassado, como se pode ver na figura 7, com a colocação de clips - como era teto falso foi possível prender os clips no teto e, posteriormente colocar um pedaço de tecido em cada um. De seguida, cada trabalho era fixado neste tecido com molas, uma de cada lado.



Figura 6. Exposição de trabalhos no quarto do E. (4 anos)

Dias mais tarde, reparo que o G. (9 anos) tinha no seu quarto fotografias dos seus gatos, de quem falava com frequência. Esta ideia, como retratado nas notas de campo deste dia (anexo IV, ONP 3), foi também uma forma de dar mais sentido ao projeto que viria a realizar.

Assim, dia 2 de novembro, iniciava a fase de intervenção no hospital. Como referido do Diário de Bordo no dia 1 de Novembro, o Projeto era muito geral - a única atividade planeada, previamente, era “o esboço do quarto de cada um”, com o grande objetivo de proporcionar momentos de felicidade às crianças internadas, proporcionando-lhes bem-estar e conforto (anexo V, reflexão 3), que, como acima referido por Azevedo (2004), é crucial para que esta finalidade se realize da melhor forma.

As restantes atividades eram planeadas no dia anterior à execução das mesmas, sendo que muitas das vezes, como acima referido, tinham de ser adaptadas às circunstâncias de cada criança.

O início do projeto foi, no entanto, interrompido pela vivência plena da época natalícia – da decoração do quarto de cada um, passamos a projetar a decoração do espaço de todos. Porque esta alteração evidencia a necessidade de adequar as propostas ao tempo e espaço, apresento-a em seguida, retomando a concretização mais plena do projeto posteriormente.

4.2. Época natalícia

A 22 de Novembro de 2017 demos início à vivência da época de Natal, tornando visíveis as marcas desta data festiva. Era necessário decorar a sala de atividades e o corredor do hospital, que é a zona de partilha comum entre todos os pais, todas as crianças e todos os profissionais.

Neste espaço que é o Hospital, viver épocas como a quadra natalícia permite-nos proporcionar às crianças internadas e às suas famílias um momento de encontro, de vivência partilhada, em família, apesar das adversidades.

A união que se sente neste Hospital nesta época é única, união esta que é concretizada em prol de todas as pessoas que estão no hospital, independentemente da sua cultura, da sua etnia, com o objetivo de lhes proporcionar momentos de felicidade.

Na sua concretização, talvez mais do que em qualquer outro contexto, aqui tem de se ser paciente - não se tem uma ideia, reúne-se todas as crianças e executa-se. Aqui, nem todos os dias há crianças na sala destinada à realização de atividades; por vezes, há apenas uma ou duas e, por isso, as atividades como decorar a árvore de Natal, demoram algum tempo.

Para além disto, nem todas as crianças e pais realizam todas as propostas - têm oportunidade de escolher e realizar apenas as que lhes interessam mais naquele momento. Apesar de haver culturas bastante diferentes a questão da religião nunca foi abordada, as famílias escolheram a atividade que lhes interessava, nunca mencionando as suas crenças.

Na tabela que se segue (tabela 6), estão presentes as atividades realizadas ao longo da quadra festiva, a sua duração e o número de crianças e pais que participaram em cada uma, informação recolhida com base nos registos do diário de bordo.

Tabela 6

Atividades realizadas no Natal

Atividade	Duração	Participantes
Presentes	Primeiro: 22 novembro	Crianças: 5
	Último: 24 novembro	Pais: 3
Bolas de natal para a árvore	Primeira: 23 novembro	Crianças: 8
	Última: 7 dezembro	Pais: 0
Presépio para junto da árvore	22 novembro	Crianças: 0
		Pais: 1
Presépio para o corredor	Início: 7 dezembro	Crianças: 5
	Fim: 14 dezembro	Pais: 2
Estrela da árvore	15 dezembro	Crianças: 2
		Pais: 0

Como se pode ver (Tabela 6), houve apenas uma atividade que se iniciou e terminou no mesmo dia, sendo esta o presépio que colocámos junto da árvore. No que diz respeito às restantes, a que teve maior duração foi a elaboração das bolas para a decoração da árvore - esta foi sendo realizada ao longo do tempo e conforme a vontade de cada um.

Estas atividades foram muito partilhadas, uma vez que apenas uma não teve colaboração dos pais e o mesmo se passou com a intervenção das crianças.

Como já havia sido dito, o projeto de decoração dos quartos das crianças, durante este período foi interrompido, sendo que todas as atividades realizadas foram propostas por mim e pela Educadora cooperante.

Eu tive a ideia de decorar as bolas para a árvore de Natal e a Educadora M.L. sugeriu as restantes; no entanto, não fizemos apenas o que cada uma pensou (naquele momento) - mais tarde tive também a ideia de realizarmos a estrela para a árvore de Natal. Sempre partilhámos todas as ideias, com o objetivo de melhorar e potenciar momentos de partilha e felicidade entre todos, uma vez que, como defendido no Modelo Touchpoints, o trabalho em equipa é essencial para que tudo se desenvolva da melhor forma. Neste contexto nem sempre é fácil que as ideias partam das crianças e das famílias, principalmente pela inconstância que advém da sua circunstância e permanência no internamento. É pedido pela direção do internamento que se decore a pediatria com materiais alusivos ao Natal que, como me foi dito pela Educadora M.L inclui sempre uma árvore de Natal e um presépio. A forma que temos de respeitar as vontades das famílias é dar sempre oportunidade de escolha.

Por fim, dia 13 de dezembro de 2017, realizou-se a Festa de Natal da Pediatria, organizada pela Liga Portuguesa Contra o Cancro. Esta festa é realizada todos os anos e todas as crianças e famílias podem assistir, desde que os médicos e os enfermeiros autorizem, o que nem sempre é possível devido às defesas das crianças se encontrarem frágeis. Como pude constatar, esta é uma festa onde, como referido na nota de campo deste dia, “Não havia enfermeiros, médicos, educadoras, auxiliares, mas sim pessoas com o objetivo de fazer crianças felizes!”. (anexo IV, ONP 4), retratando a união que está sempre presente no serviço de pediatria e que, como tem sido referido ao longo do trabalho, é tão importante num contexto como este.

4.3. Planeamento das atividades do projeto: vamos tornar o nosso quarto *nosso!*

Quando recomecei o estágio, dia 2 de janeiro de 2018, tinha apenas uma atividade planeada, a atividade que retomava o projeto. Sempre que realizava uma proposta, iam surgindo outras novas, o que tornou este um projeto natural e de todos.

A maioria das vezes, já conhecia as crianças e percecionava se iriam aderir de forma positiva à atividade proposta, adaptando, sempre, a intencionalidade de acordo com os intervenientes, como se pode observar nas notas de campo realizadas ao longo da intervenção, nomeadamente no dia 8 de novembro de 2017 (anexo IV, ONP 5). Uma vez que considero crucial respeitar as vontades de cada um, a primeira coisa que fazia antes de iniciar uma atividade era perguntar se tinham interesse em realizá-la.

Devido a esta imprevisibilidade, todas as atividades, que a seguir se descrevem, foram planeadas com uma intencionalidade geral, de forma a poderem ser aplicadas à maioria das crianças que frequentam o serviço de pediatria do local onde estava a decorrer o estágio.

Muitas foram realizadas de forma individualizada, sendo que, em algumas circunstâncias, realizámos, no mesmo dia, a mesma atividade diversas vezes, chegando também a repeti-la em dias diferentes, nomeadamente, quando considerava que fazia sentido para as crianças que partilhavam parte do seu dia comigo ou quando as mesmas o solicitavam, como foi o caso de dia 9 de novembro de 2017 (anexo IV, ONP 6).

É também importante sublinhar que todas estas atividades foram pensadas de modo a serem exequíveis de forma rápida, uma vez que, neste contexto, as crianças cansam-se rapidamente, tanto física como psicologicamente, para além de que, frequentemente, têm de se ausentar para realizar procedimentos clínicos. Desta forma, todas as atividades abaixo descritas foram destinadas para aproximadamente 10 e 20 minutos.

Ao longo do projeto foram várias as propostas realizadas - como referido por Cardoso, Santos e Silva (2011) e Fontes (2015), o brincar e a escolha na realização de atividades contribui para que a criança se sinta um ser humano com vontade, respeitada na sua capacidade de escolha. Para que isto aconteça da melhor forma é importante que esta interaja com outras, o que nem sempre era possível neste contexto e circunstância; no entanto, a presença da família era, na maioria das vezes, uma realidade, o que enriquecia as atividades que realizávamos juntos.

Inicialmente, as propostas que surgiram, como foi o caso da pintura com seringas, foram atividades que fiquei a conhecer através da Educadora M.L. e que considerei importante experimentar com as crianças. Outras, emergiram espontaneamente na interação com as mesmas.

4.3.1. Vamos ver qual é a mão maior!

Esta proposta surgiu com a N. (4 anos), dia 3 de Novembro de 2017, sem planeamento, pois e, como referido nos princípios do Modelo Touchpoints, devemos valorizar os pequenos momentos de interação que nos são proporcionados.

Estávamos as duas na sala de atividades, a mãe tinha saído, quando comecei a pintar com a N. (4 anos), lembrando-me de o experimentar de forma espontânea, a partir da interação que ocorria no momento (anexo III, OP 6).

Esta foi a primeira atividade que fez parte do projeto “vamos tornar o nosso quarto nosso!”, sendo que logo após a realização da mesma, fomos colocar o desenho no quarto.



Figura 7. Exposição de um trabalho no quarto da N.(4 anos)

A partir deste impacto positivo, considerei relevante realizar o planeamento para que a pudesse voltar a concretizar de uma forma mais intencional (anexo I, tabela 1).

Foi, assim, realizada de forma planeada com mais duas crianças, em dois dias distintos, sendo que foi sempre adaptada às capacidades de cada um, o que, como referido por Cardoso, Santos e Silva, (2011), Fontes e Vasconcelos (2007) e Navarro e Santos (2012), é essencial.

Para além de ter sido a primeira atividade pertencente ao projeto, dia 17 de novembro de 2018, esta foi, também, a primeira em que a mãe do E. (4 anos) participou desde o início do meu estágio e, não só participou como foram várias as vezes que sorriu, o que foi bastante importante. Como referido no Capítulo I, ponto 1.4, referente à importância do acompanhante, também os pais se veem obrigados a mudar as suas vidas e, por isso, devemos incluí-los ao máximo nas propostas que realizamos para que o ambiente hospitalar não seja visto como algo tão negativo. Para além disto, o E. (4 anos) no fim da atividade demonstrou saber qual era a mão maior, o que indica que compreendeu o conceito que eu pretendia que fosse explorado nesta atividade, tendo dado a seguinte resposta quando questionado sobre qual era a mão maior: “A da mãe, que tive de meter muitas vezes tinta na esponja!” (anexo III, OP 7).

Dia 16 de janeiro de 2017, a presente atividade aplicou-se ainda quando, como referido nas notas de campo, observei a mãe da B.(3 anos) e a B.(3 anos) a realizar o contorno das suas mãos com lápis de cor. Este processo de contorno das mãos para esta criança era muito complexo e, por isso, como se pode comprovar nas notas de campo realizadas neste dia, tomei a iniciativa de propor que carimbassem as suas mãos utilizando a esponja. Esta proposta foi muito bem recebida por ambas, tendo tido um resultado bastante positivo. Depois de ter permanecido no quarto da B. (3 anos), no final do internamento a mãe pediu-me para levar o trabalho para o local onde estavam a viver de momento. Esta foi a primeira atividade realizada pela B. (3 anos) desde que foi internada, uma vez que tinha estado sempre isolada até ao momento (anexo III, OP 8) – tornar o quarto seu, potencialmente proporcionou o desejo de tornar a casa onde estava “mais sua”.

4.3.2. Pintura com seringas

A atividade apresentada no anexo I, tabela 2, foi planeada de modo a proporcionar às crianças uma nova forma de ver um objeto que, por norma, é encarado como algo negativo, causador de dor, de desconforto, passando a ser um novo recurso de pintura, algo que lhes proporciona prazer.

A forma como foi explorada com cada criança teve como base a intencionalidade de respeitar as suas escolhas, e a forma como a queriam realizar, aliados à intenção pedagógica presente na mesma. De destacar uma situação vivida e o seu impacto na perceção do papel do educador em contexto hospitalar oncológico.

Dia 5 de novembro de 2017, a proposta não teve o sucesso esperado com o J. (5 anos), tendo este referido que não estava a gostar, que não queria fazer mais (anexo III, OP 9). Contudo, como é possível comprovar nas notas de campo deste dia, esta situação não ocorreu pelo facto de a criança não gostar da mesma, mas por não lhe ter sido dada a atenção esperada, o que levou ao seu desinteresse. Na sequência de conversas informais com a Educadora cooperante foi possível perceber que esta situação ocorre diversas vezes, uma vez que como referido pela mesma na nota de campo do mesmo dia “Aqui no hospital as crianças estão muito sensíveis e frágeis emocionalmente e por vezes precisam que lhes demos atenção só a eles.” Esta situação retrata a sensibilidade e capacidade que o Educador neste contexto necessita de ter para que consiga corresponder às expectativas de todas as crianças, o que nem sempre é fácil, quando está mais que uma a realizar a mesma atividade.

4.3.3. Digitinta

Uma das crianças que participou na decoração de natal do internamento foi a A. (3 anos). No entanto, na altura o seu maior interesse estava em explorar a tinta com as mãos. Ao observar esta situação, disponibilizei uma folha A3 para que pudesse pintar com as mãos sem nenhuma limitação, nenhum tema, apenas com a intenção da exploração.

Ao deparar-me com o seu fascínio por este tipo de exploração, pensei que possivelmente a digitinta seria uma boa atividade para a A. (3 anos) e, por isso, após conversar com a Educadora M. L. para que esta me desse a sua opinião, planeei a atividade descrita no anexo I, tabela 3 para o dia em que ela voltasse.

Como referido no capítulo referente à metodologia, a observação tem um papel crucial para o investigador. Também enquanto educadora a observação deve estar sempre presente, uma vez que é através desta que, muitas vezes, percebemos quais os interesses das crianças de modo a ir ao encontro das suas necessidades e vontades.

Dia 4 de Janeiro de 2018, como havia planeado (anexo I), a A. (3 anos) realizou a atividade, tendo tido um feedback muito positivo não só por parte da mesma, como também por parte da mãe que chegou a referir que “a A. (3 anos) até começar só se queixava com dores, agora está tão entretida que já lhe passou.” (anexo V, reflexão 4). Esta afirmação mostra a importância que o brincar e explorar tem na vida destas crianças. Como referido por Parcianello & Fellin (2008), Fontes (2015) Santos e Navarro (2012), brincar faz com que, muitas vezes, se abstraiam do local onde estão, proporcionando-lhes bem-estar.

4.3.4. Árvore genealógica

A proposta desta atividade surgiu de uma conversa informal com a M. (5 anos), retratada no diário de bordo dia 4 de janeiro de 2018. Foi com esta conversa que me apercebi das inúmeras vezes que já tinha conversado com as crianças e com os pais sobre a sua família e que, no entanto, não as conhecia (anexo IV, ONP 7). Como referido por Gomes e Erdmann (2005), a família constitui um elemento essencial em todo este processo, não só os acompanhantes mas todos os outros elementos. Porque muitas vezes, devido à distância, não é possível a família estar tão presente, falar dela, lembrá-la, faz com que a criança se sinta mais confortável e no seu espaço.

Neste contexto, surgiu a ideia de fazer uma árvore genealógica com a M. (5 anos), proposta que se poderia estender a outras crianças, sempre que fizesse sentido; por isso, realizei a planificação que se encontra no anexo I, tabela 4. Sendo que a imprevisibilidade é algo que, como já havia sido referido, é inerente a este contexto, no dia 11 de janeiro de 2018

a M. (5 anos) tinha tido alta e, por isso, já não foi possível realizá-la com a mesma. Apesar disto, esta proposta não deixou de ser executada com outras crianças.

No mesmo dia, o D. (4 anos) e o pai vêm ao meu encontro uma vez que o mesmo pretendia realizar uma atividade e, por isso andava à procura da “menina das atividades” (anexo III, OP 10). Como defendido pelo Modelo Touchpoints, o profissional deve estar sempre disponível, aproveitando todos os pequenos momentos de possível interação. Assim, o facto desta atividade estar planeada para a M. (5 anos) e esta não estar presente não impediu que a propusesse ao D. (4 anos) e que este a realizasse. Logo após a realização da mesma, e como já não era a primeira vez que o D. (4 anos) realizava uma atividade comigo, foi este que pediu para a colocar no quarto, o que fomos fazer logo de seguida, sendo o resultado final o retratado na figura 9. Esta iniciativa demonstra que o projeto era de todos - as crianças já me pediam para colocar os seus trabalhos nos quartos.

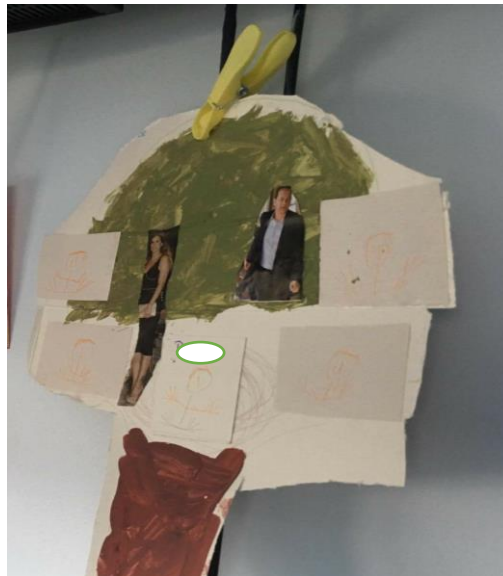


Figura 8. Exposição de um trabalho no quarto do D. (4 anos)

Retomando a questão de partida e as questões emergentes durante o estágio

A partir das observações e notas de campo realizadas, bem como da análise das respostas dadas ao longo das entrevistas, irei agora retomar as questões de partida e as que emergiram durante o estudo de caso, evidenciando a forma como a experiência refletida e articulada com o enquadramento teórico me ajudaram a procurar responder aos desafios colocados. Recordando as questões colocadas:

- I. Qual o papel do educador de infância no contexto hospitalar, concretamente no contexto hospitalar oncológico?**

- II. As crianças no contexto hospitalar “perdem” o direito de brincar, passando apenas a pacientes?
- III. Como se traduz o respeito pelo outro e pelas suas singularidades?
- IV. De que forma é que a identidade dos acompanhantes é valorizada?

4.4. Papel do educador, diferente e enriquecedor

O papel do educador é, em linhas gerais, como referido por autores como Navarro e Santos (2012), amenizar o impacto do processo da hospitalização. No que diz respeito a este aspeto, todas as educadoras evidenciaram nas entrevistas pontos de convergência. Como é possível perceber na resposta à pergunta 3 do anexo II, as três educadoras entrevistadas dão bastante relevância ao apoio que deve ser dado aos pais e ao trabalho que deve ser realizado com o objetivo de proporcionar uma continuidade da normalidade na vida das crianças.

Apesar de todas terem pontos onde a sua opinião converge, também têm pontos onde a sua opinião e atitudes diferem.

A Educadora M.R., como referido no Diário de Bordo, transmite um ambiente de felicidade que transparece, a Educadora M. transmite um ambiente de serenidade e, a Educadora M.L. transmite um ambiente mais “agitado” mas que, ao mesmo tempo, é organizado, dando bastante importância à observação, como refere na questão 3 da sua entrevista (anexo II).

Como sublinhado por Cardoso, Santos e Silva (2011), Fontes e Vasconcelos (2007) e Navarro e Santos (2012), a educadora deve proporcionar às crianças momentos de interação com o outro, adequando, sempre, o nível de exigência a cada criança que está a realizar a atividade. Todas as educadoras, como se pode constatar na questão dois de todas as entrevistas (anexo II), atribuem bastante importância à individualidade de cada criança, de cada mãe/pai, chegando a educadora M.R. a referir na sua entrevista que um dos seus grandes obstáculos no trabalho em educação formal era não conseguir realizar um trabalho tão individualizado como gostaria, sendo que esse objetivo é cumprido no contexto hospitalar.

No que diz respeito à questão da morte, este é um assunto em que todas têm uma atitude bastante diferente, como se pode constatar no Anexo II, questão 5, onde é transcrita a resposta de cada educadora. A Educadora M. apenas se dirige aos pais quando tem uma relação mais próxima com os mesmos; se isto não acontecer, na sua opinião, o mais indicado é dar-lhes espaço. A Educadora M.R. tem uma atitude mais pró-ativa, toma a iniciativa com mais frequência. No que diz respeito à Educadora M. L., esta refere que cabe aos profissionais da psicologia e aos médicos abordar os acompanhantes nestas situações e que apenas o faz quando os pais o solicitam.

Todas as Educadoras têm a sua forma de agir perante as diferentes situações inerentes a este contexto; como referido por Caldeira e Costa (s.d), citando Sarmento (2009), “não há homogeneidade na composição, nas funções, nas perspectivas, nos valores e nas atitudes de todos os membros da mesma área” (p.47).

Ao longo do tempo nós, profissionais de educação, vamos assumindo uma postura, definindo a nossa profissionalidade e eu, enquanto estagiária, fui refletindo sobre a atitude que tomaria face a cada situação vivida. Como referido por Caldeira e Costa (s.d) é ao observarmos e contactarmos com outras práticas que vamos percebendo quem somos enquanto profissionais de educação. De facto, ao longo do período de estágio e da investigação que fui realizando, fui descobrindo a minha identidade naquele contexto - qual o meu papel, qual a minha posição no que diz respeito às diversas situações que foram ocorrendo.

Todos os dias ter de encontrar estratégias novas para cativar as crianças neste contexto particular, nem sempre foi fácil. Para uma criança realizar uma atividade sozinha e, mesmo assim, manter a motivação é bastante desafiante. Tentar tornar sempre as atividades interessantes para as crianças que partilhavam parte do seu dia comigo e superar todas as adversidades subjacentes a um contexto hospitalar, nomeadamente a morte, foi desafiador e, simultaneamente enriquecedor.

Para além disto, o primeiro contacto com os pais e com as crianças que chegavam foi um processo de constante construção. No início era a Educadora M.L. que se dirigia aos pais e que nos introduzia às duas. Conforme fui conhecendo o espaço e ficando mais familiarizada com o contexto, fui tomando cada vez mais a iniciativa e, gradualmente, fui ganhando um papel naquele espaço. No final do estágio já estava totalmente integrada, os pais já se dirigiam a mim, muitas vezes até para desabafar e partilhar as suas inquietações e as crianças já vinham ter comigo por iniciativa própria para brincar e realizar atividades - o caso do dia 11 de janeiro de 2018 em que o D. (4 anos) andava à procura da menina das atividades no seu segundo dia de internamento, evidencia-o (anexo III, OP 10).

Todo este foi um percurso em que fui construindo a minha profissionalidade, fui descobrindo qual o meu papel enquanto Educadora no contexto hospitalar oncológico, sendo este um papel em constante construção. Considero que esta permanente reconstrução não ocorre só neste contexto mas em todos, uma vez que como referido por Oliveira (2004), referenciando Damásio (2000), a identidade profissional está em constante modificação, é influenciada pelos contextos e pelas pessoas e até pela memória de experiências passadas.

As conversas informais com a Educadora M. L. ao longo do período de estágio foram um grande suporte, ter a oportunidade de partilhar com a mesma quatro meses de estágio foi uma experiência bastante enriquecedora. Para além disto, ter oportunidade de trabalhar e conversar com as três Educadoras permitiu-me entender que não é por tomarmos as mesmas

decisões que uma ou outra está mais correta - as pessoas são diferentes tanto a nível pessoal como profissional, assim como os pais e as crianças são diferentes, o que faz com que se identifiquem e se relacionem de forma singular entre si.

4.5. As crianças no contexto hospitalar são crianças

Os profissionais de saúde, apesar de nunca deixarem de lado as suas competências e funções, dão uma importância fundamental ao brincar. Muitas foram as consultas realizadas na sala de atividades/ brincar enquanto eu e a M.L. brincávamos com as crianças. Muitas eram as vezes que os enfermeiros levavam para esta sala os materiais necessários para o procedimento que tinham de realizar, como a medição da febre e da tensão.

Apesar de, por vezes, terem de interromper algumas das atividades e brincadeiras para realizar procedimentos, só o faziam quando não tinham mesmo outra opção. Nesse caso, nós educadoras, sempre que era necessário, dirigimo-nos ao local onde esse procedimento iria ser realizado (quarto, sala de tratamentos) e continuávamos o que estávamos a realizar com as crianças.

Assim como nós, também a educadora M.R. que estava no hospital de dia o fazia. Por vezes, como referido pela mesma no anexo II, questão 1, acompanhava a criança na sala de tratamentos. Para além disto, numa das conversas que fui tendo com a Educadora M.L. esta disse-me que quando estava no Hospital de dia eram até os enfermeiros que a solicitavam para brincar com a criança, com o objetivo de os ajudar a fazer determinado procedimento.

Se o brincar tem uma extrema importância no contexto formal, sendo diversas vezes referido nas OCEPE, neste contexto tem um papel crucial. A definição de brincar abaixo transcrita, dada pela Educadora M.L. na entrevista formal que realizámos traduz essa relevância:

É muito importante! Como é importante sempre, aqui nós queremos que haja continuidade da vida normal. Brincar com vontade de brincar, com sentido. Eu adoro brincar. É o que a faz a criança sentir-se criança. Por vezes os mais velhos têm vergonha de ainda gostar de brincar e temos de os fazer sentir que gostar de brincar é algo normal e positivo na vida de todos (anexo II, questão 6).

Uma das frases que mais me marcou nesta resposta foi o “Brincar com vontade de brincar, com sentido”. É verdadeiramente isto, é como referido pelo Modelo Touchpoints estarmos verdadeiramente disponíveis; entender, como referido por Brazelton e Sparrow (2003) e Gomes-Pedro (2005), a importância de aproveitar todos os momentos que temos e “utilizar o comportamento da criança como a nossa linguagem” Gomes-Pedro (2005). Se uma

criança mais velha demonstra vontade de brincar porque não brincar com ela? Não existe idade para parar de brincar, assim como não existe idade para deixarmos de fazer aquilo que nos faz sentir felizes. Se isso for brincar, porque não fazê-lo?

4.6. Enriquecer com a diferença

Estas famílias, que até agora tinham uma rotina veem a sua vida virada do avesso, de um momento para o outro, devido à doença do seu filho. Antes destas crianças entrarem neste contexto, passam por um processo de diagnóstico que, muitas vezes, é bastante longo e com muitas adversidades. Ao conversar com diversos pais e adolescentes, foi possível perceber que até estes compreenderem qual a doença que tinham, passaram por um processo longo de diagnóstico no qual a primeira doença diagnosticada raramente era o cancro. Como a mãe da F. (7 anos) afirmou no anexo III, OP 11.

Neste Hospital, há uma enorme diversidade de culturas – apesar de todas as famílias terem algo em comum - o cancro - esta é uma doença, como referido anteriormente por Pires e Tarouca (2009), que não escolhe etnias, raças, estratos sociais, nacionalidades. Aparece sem pedir e muda a vida daquelas crianças, daqueles pais, daquelas famílias.

Apesar de o fator de união de todos não ser um fator positivo, é uma oportunidade que estas famílias têm de contactar com outras realidades, outras formas de pensar, de agir. Como referido por Martins (1999) podemos viver num mundo multicultural onde não existe interculturalidade - as pessoas veem-se obrigadas a partilhar o seu espaço, no entanto não disfrutam desta oportunidade da melhor forma. Para que haja interculturalidade é essencial que o diálogo e o respeito pelo outro estejam presentes.

Neste contexto, temos oportunidade de contactar com pais que, de outra forma, dificilmente se iriam cruzar, crianças que muito dificilmente iriam ter oportunidade de partilhar a sua vida, o seu dia-a-dia com outras, tão diferentes, sendo esta uma oportunidade de enriquecimento cultural, pessoal e social.

Todas estas famílias têm as suas especificidades e o respeito pelo outro não pode, nunca, deixar de estar presente. Como referenciado por Silva, Marques, Mata e Rosa, 2016 “a diversidade (deve ser) encarada como um privilégio para enriquecer as experiências e oportunidades de aprendizagem de cada um” (p.10).

No que diz respeito à minha experiência, como referido na nota de campo de dia 15 de dezembro de 2017 “Adoro conhecer novas culturas”, e este contexto foi, sem dúvida, uma excelente oportunidade para o fazer (anexo IV, ONP 8).

Aqui aprendi a não julgar, tomando consciência de que, muitas vezes, o fazemos inconscientemente. Foi neste hospital que aprendi que antes de julgar devemos tentar

perceber o porquê daquela atitude observada, o que é que levou a pessoa tomar determinada decisão, a ter determinado comportamento.

Aqui as pessoas estão muito fragilizadas, muito sensíveis e por vezes têm atitudes difíceis de entender. A sua forma de enfrentar esta doença, principalmente no que diz respeito aos pais, é diferente, especial, e nós, enquanto profissionais de educação, não devemos julgar, mas sim tentar compreender. Como referido nos pressupostos do Modelo Touchpoints, “ser pai representa um processo contínuo de tentativa e erro [e] todos os pais querem o melhor para os seus filhos” (Gomes-Pedro, 2005, p. 257).

4.7. Se os acompanhantes são essenciais, porque é que não têm nome?

No dia 8 de novembro de 2017, como referido no diário de bordo, recebi um email da mãe do J. (5 anos). Foi nesse dia que me comecei a questionar sobre este assunto – a importância de utilizarmos o nome dos pais na comunicação com os mesmos. Já estava a estagiar desde o dia 11 de outubro e só quando recebi aquele email é que soube, pela primeira vez, o nome daquela mãe (anexo V, reflexão 5).

Aquela mãe, para mim, deixou de ser a mãe do J. (5 anos), e passou a ser a C. No entanto, como a Educadora M.L. se referia aos pais como “mãe” e “pai” não mudei a minha forma de estar e comunicar com os pais. Apesar de não ter alterado a minha forma de agir, a partir daquele momento, este passou a ser um assunto que me causou alguma inquietação.

O facto de não nos referirmos aos pais pelo seu nome é quase como anular a sua identidade. Como referido por Navarro e Santos (2012), é como se a partir do momento em que entram naquele contexto deixassem de ter nome e quase perdessem a sua identidade para passarem a ser os pais de uma criança com uma doença oncológica.

Estes pais – cada mãe, cada pai - passam a viver neste hospital durante semanas e, em algumas circunstâncias durante meses. O hospital passa, de um dia para o outro, a ser a sua segunda casa, sem que tenham escolhido mudar-se (Gonçalves, 2006 referenciado no livro *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital*).

Um pai, pode passar um dia inteiro a ser chamado para o filho ir realizar procedimentos clínicos; nós, educadoras, também chamamos o pai e a mãe diversas vezes durante o dia. E durante um dia inteiro aquele pai deixa de ter nome - é o pai daquela criança.

Por vezes, focamo-nos apenas na criança, uma vez que é esta que está doente, e esquecemo-nos do pai ou da mãe que também ele está a passar por uma fase que causa uma dor inimaginável, por vezes maior que a pelo qual o filho está a passar, devido à sua idade e compreensão da circunstância (Gonçalves, 2006 referenciado no livro *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital*).

Ao focarmos tanto na criança e na sua fragilidade, por vezes, esquecemo-nos que estes pais, estes acompanhantes, sentem o dever de transmitir tanta força às crianças que perdem o direito de estar tristes. No dia 29 de novembro de 2017, enquanto eu e a educadora cooperante falávamos com uma mãe, eu disse: “Esta situação não é fácil para eles, nem para quem está com eles.”, ao que a mãe me respondeu: “Sim, mas nós agora não temos tempo para ficar tristes, agora não pode ser...” Naquele dia, aquela frase deixou-me a pensar como realmente estes pais muitas vezes não têm tempo para estar tristes, é tudo tão rápido e a preocupação em apoiar os filhos é tão grande que quem está com eles não tem tempo (nem) para estar triste.

Como referido por Ferreira, Lima, Melo e Mello (2014), muitas vezes são os pais que funcionam como intermediários da relação entre a equipa médica e a criança e mesmo na relação entre nós, Educadoras e criança. Durante o decorrer do estágio foram diversas as vezes que me aproximei das crianças com o auxílio dos pais. Estes são o porto seguro das mesmas, os que já as conheciam, os que estão presentes para lhes proporcionar bem-estar e, por isso, estas ao verem que os pais gostam de nós percebem que talvez também possam gostar, começando aí a estar mais recetivos às nossas propostas. Este nem sempre é um processo rápido e, apesar de nós nos apresentarmos sempre como “as da brincadeira”, muitas vezes veem-nos com desconfiança. O J. (5 anos) foi uma das crianças com quem estabeleci uma relação muito especial e que exigiu algum trabalho e paciência da minha parte e dos pais; com as suas peculiaridades, consegui conquistá-lo com muita ajuda dos pais, com quem tinha uma ótima relação e que incentivavam sempre o filho a realizar as atividades que lhe propunha. Disto é exemplo o dia 8 de dezembro em que o J. (5 anos) já tinha realizado uma atividade da parte da manhã e da parte da tarde queria brincar no tablet e a mãe disse: “Aproveita J., amanhã não há educadoras!”. O J. (5 anos) e a mãe vieram comigo e realizámos a atividade os três. Como referi no mesmo dia: “foi uma conquista que valeu a pena!”, assim como todas as outras que, de forma tão natural, foram acontecendo ao longo do estágio.

As palavras abaixo foram referidas pela educadora M.R no dia em que lhe realizei a entrevista semi-dirigida, sendo esta a resposta à questão 7, que foi apenas colocada à mesma, uma vez que ao longo do período de estágio nos cruzámos diversas vezes e apercebi-me que se referia aos pais pelos seus nomes. Este tema foi algo que me inquietou cada vez mais durante o decorrer do estágio e, por isso, ao realizar a entrevista achei pertinente colocar esta questão: Trata todos os pais pelos respetivos nomes, por alguma razão em especial?

Sim. Os pais quando vêm para aqui continuam a ter um nome, a sua identidade não se altera e cabe-nos a nós trazer o máximo de normalidade não apenas para os seus filhos para também para eles. Para além disso, o facto de me referir aos pais pelo seu

nome quebra, na maioria das vezes, uma enorme barreira de confiança (anexo II, questão 7).

No que diz respeito ao contexto formal de Jardim de Infância, quando escrevi o portefólio referente ao estágio ainda não tinha sido possível desenvolver uma opinião concreta no que diz respeito a este assunto. No entanto, depois de já terem passado alguns meses e de ter realizado a revisão bibliográfica necessária para a elaboração do presente relatório, posso afirmar que a minha opinião é exatamente a mesma.

Assim, posso afirmar que apesar de o que nos une serem os seus filhos, não nos devemos esquecer que todas as pessoas têm uma história, um nome, uma identidade e que, como referido por Brazelton e Sparrow (2003) e por Gomes-Pedro (2005), pais seguros ajudam, substancialmente, no acompanhamento dos filhos.

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. Uma investigação que terminou com relações que permanecem

Intervir neste contexto é crescer não só a nível profissional, mas também pessoal. Na minha opinião, é essencial perceber que a partilha de conhecimento e de experiências se pode efetuar de inúmeras formas, não está limitado a uma sala de creche ou jardim de infância.

Em todos os contextos crescemos; no entanto, foi neste hospital, que me questioneei diversas vezes de forma mais profunda, que aprendi a enfrentar desafios complexos e a ajudar o outro a enfrentar os obstáculos que surgem no contexto das suas circunstâncias singulares, pois há sempre um objetivo a atingir e algo para descobrir.

Antes de iniciar o meu estágio tinha algum receio de não conseguir lidar com algumas situações menos boas e que são inevitáveis. Iriam ser quatro meses e em quatro meses criam-se laços que podem tornar situações como a morte mais difíceis de enfrentar. Como referido por Fontes (2015) e Navarro e Santos (2012), nem sempre é fácil também para a educadora abstrair-se da situação pela qual a criança está a passar, não se sentir triste, não se deixar afetar, sendo que este é um desafio constante.

Em todo o serviço de pediatria, como referido anteriormente, sente-se bem-estar e espírito de cooperação por parte de todos os profissionais para que, tanto as crianças como os pais, se sintam o mais confortáveis possível.

Não só para a educadora, como também para a restante equipa - como sublinhado anteriormente, os enfermeiros são quem mais tempo passa com a criança e, por isso, a criação de laços afetivos é inevitável. Durante o meu período de estágio faleceu o T. (9 anos), uma criança que já estava doente há algum tempo e como referido nas notas de campo deste dia (anexo VI, reflexão 6), foi impossível não me deixar afetar naquele momento. Não foi possível para mim, não foi possível para os enfermeiros, assim como não foi possível, para alguns dos restantes pais. O serviço de pediatria é constituído por seres humanos, com sentimentos, com vontades que, como referido por Gomes e Erdman (2005) e Ferreira, Lima, Melo e Mello (2014) devem trabalhar em prol de um objetivo comum – o bem-estar das crianças e das respetivas famílias; quando isto deixa de ser possível também os profissionais sofrem.

5.1.1. Todos estas famílias têm uma história de vida que nos marca, que nos ensina a ser persistentes e a não desistir

Inicialmente surgiram inseguranças, habituais em qualquer prática pedagógica, que foram

sendo colmatadas com a ajuda das famílias, que estiveram sempre tão disponíveis, da Educadora M. L., que sempre me tentou ajudar a melhorar a minha prática, e de alguma revisão bibliográfica que sustentou a minha prática.

De acordo com Holanda e Collet (2011), “O hospital não pode ser compreendido pela criança ou pelo adolescente enfermo como um ambiente apenas de dor e sofrimento” (p. 382). Todos estas pessoas fazem com que esta realidade seja possível, que a criança esteja feliz nos corredores do internamento e que vá à sala realizar atividades mesmo quando, por vezes, o seu estado clínico não é o melhor.

Neste Hospital contactei com pais formidáveis, crianças lindas e profissionais de excelência. Como referido no Modelo Touchpoints, devemos ir para além do que é a nossa função e reconhecer o que trazemos para a interação; com esta experiência posso afirmar que aprendi muito, que vai para além do que é ser educadora, e sinto que toquei e mudei a vida destas crianças, de alguma forma, proporcionando-lhes momentos de bem-estar e de diversão dentro do contexto hospitalar.

É impossível terminar este ciclo sem dizer que toda a gente com quem me cruzei foi crucial no meu percurso, sendo que mantenho o contacto por mensagens e emails com muitos dos pais e adolescentes. Deixar o contexto de estágio, no dia 25 de Janeiro de 2018 não foi fácil, mas tenho a certeza que não vou deixar de ter eco em mim de muitas daquelas famílias, que me marcaram tanto.

As frases abaixo foram escritas por pais com quem partilhei muito durante o estágio, pais que, como referido no Modelo Touchpoints vão buscar forças a sítios que eles próprios desconheciam, que nas tão difíceis circunstâncias vividas ainda têm tempo para nos agradecer e nos elogiar.

Aproveito para lhe agradecer todo o carinho pelo J. (mãe do J.5)

Foste das educadoras que ele mais gostou. (pai do D.4)

Ser educadora e educadora-investigadora nem sempre foi fácil, principalmente no que diz respeito à revisão bibliográfica. Realizar notas de campo, atividades, ter capacidade de me adaptar a todas as situações e, ainda, pesquisar autores que fossem ao encontro daquilo que defendo foi, por vezes, um obstáculo. Apesar disto, este processo foi um processo de aprendizagem constante.

Durante o estágio e a construção do presente RPES fui-me deparando com alguns obstáculos, identificando alguns dos meus pontos fortes e fracos enquanto educadora, fui-me questionando sobre temas que, em outro contexto, possivelmente, não me teria questionado. Apesar disto levo muitas destas aprendizagens para o meu futuro pessoal e profissional, fui construindo a minha identidade profissional não só enquanto educadora no contexto hospitalar oncológico, mas também num contexto formal.

Durante a minha prática profissional irei, certamente, deparar-me com alguns obstáculos com os quais vou aprendendo a lidar e ultrapassar.

Este RPES representa, para mim, um percurso pessoal, no entanto muito partilhado, de uma forma especial, um percurso que nem sempre foi fácil, mas do qual hoje me orgulho bastante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, N. (2004). Do Prazer de Brincar à Coragem de Crescer. In Matos, J., Pires, A. & Caetano G. (Eds.) *ANAIS Educação e Desenvolvimento* (pp. 247-254). Caparica: Unidade de Investigação, Educação e Desenvolvimento.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Braga, R. (2014). *A importância do educador em contexto hospitalar* (Tese de Mestrado, Faculdade, Local). Consultada em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13744/1/BRAGA%20Rita%20set2014.pdf>
- Brazelton, T. & Sparrow, J. (2003). *The Touchpoints – Model of Development*. Boston: Brazelton Touchpoints Center.
- Brazelton, T. (2008). *A Review of the Early Care and Education Literature: Evidence Base for Touchpoints*. Boston: Brazelton Touchpoints Center.
- Cardoso, C., Santos, M., & Silva, A. (2011). O trabalho do pedagogo no ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Educação e Cultura*, 5, 1-11.
- Carvalho, L., Almeida, I., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P., Serrano, A., Brito, A.T., Lança, C., Pimentel, J.S., Pinto, A., Grande, C., Brandão, T., & Franco, V. (2015). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: Um guia para profissionais*. Coimbra: ANIP.
- Costa, M. & Caldeira, A. (s.d.) Se isto é uma educadora de infância. Reflexão em torno da construção de uma identidade profissional. In *Atas do II Encontro em Educação da Escola Superior de Educação de Lisboa*. (pp. 124-131). Lisboa: Escola Superior de Educação de Lisboa.
- Fontes, R., & Vasconcellos, V. (2007). O papel da educação no hospital: uma reflexão com base nos estudos de Wallen e Vigotsky. *Educação e Sociedade*, 27 (73), 279-303.

- Fontes, R. (2015). A educação no hospital: um direito à vida. *Revista Educação e Políticas em Debate*, 4 (1), 113-126.
- Gomes-Pedro, J. (2005). *Touchpoints: uma nova dimensão educacional*. In J.C. Gomes-Pedro, *Para um sentido de coerência na criança* (pp.249-261). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Gomes, G. & Erdmann, A. (2005). O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. *Rev Gaúcha Enfermagem*, 26 (1), 20-30.
- Holanda, E. & Collet, N. (2011). *As dificuldades da escolarização da criança com doença crónica no contexto hospitalar*. João Pessoa
- Instituto de Apoio à Criança, Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, Fondation de France & Grupo Medinfar. (1988). Carta da criança hospitalizada
- Lacerda, A., Costa, C., Pereira, F., Silvestre, J., Silva, J., Regateiro, L., Paiva, M., Moura, M., Cravo, M., Raposo, M., Pereira, N., Colarinha, P., Pereira, P., Nunes, S., & Figueiras, S. (2010). O livro da família da criança com cancro. Lisboa: Ana Forjaz de Lacerda.
- Lima, R., Rocha, S. & Scochi, C. (1999). Assistência à criança hospitalizada: Reflexões acerca da participação dos pais. *Rev.latino-am.enfermagem*, 7 (2), 33-39.
- Lopes da Silva, I., Marques, L., Mata, L. & Rosa, M. (2016). *Orientações Curriculares para Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Martins, E. (1999) *A interculturalidade como uma pedagogia do encontro*. CESUPE: Instituto Superior de Ciências Educativas
- Melo, E., Ferreira, P., Lima, R. & Mello, D. (2014). Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. *Rev.latino-am.enfermagem*, 22 (3), 432-439.
- Navarro, E., Santos, S. (2012). Pedagogia hospitalar: um novo caminho para a educação. *Revista Eletrônica da Univar*, 1 (7), 8-14

Oliveira, H. (2004). *A construção da Identidade profissional de professores de matemática em início de carreira (Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, Lisboa). Consultada em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6991/1/Tese_Doutoramento_H.Oliveira_2004.pdf*

Parcianello, A. & Felin, R. (2008). E agora doutor, onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil. *Barbarói. Santa Cruz do Sul, (28)*, 147-166.

Proença, I. (2013). *Educação pré-escolar em contexto hospitalar*. (Relatório de estágio-mestrado, Escola Superior de Educação de Viseu, Viseu). Consultado em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1708/1/Relatório%20final%20Ines%20Proença%20nº6808.pdf>

Santos, L. (2006). *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. Instituto de Apoio à criança. Lisboa.

Sparrow, J. (2014). *Touchpoints: Linking families, professionals, institutions and communities for children's health, education and wellbeing*. In J.C. Gomes-Pedro (Coord.), *Valuing Baby and Family Passion*.

Towards a Science of Happiness (pp.136-156). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Stake, R. E. (2007). *A Arte da Investigação com Estudos de Caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

Regulamento do Relatório Final da Prática de Ensino Supervisionada dos Mestrados em EPE e EPE e 1o CEB. (2017). Artigo 1o. Âmbito. ISPA & ESEIMU: Lisboa.

DOCUMENTOS LEGISLATIVOS

Lei n.º 46/86 de 14 de outubro. *Diário da República n.º 237/1986 – Série I-A*. Ministério da Educação, Lisboa.

ANEXOS

Anexo I. - Planificações das atividades

Tabela 1

Planificação da atividade: Vamos ver qual é a mão maior!

Identificação da atividade		Vamos ver qual é a mão maior!
Finalidade/ educativa	Intencionalidade	<ol style="list-style-type: none">1. Dar oportunidade à criança de observar a sua mão e a mão do adulto, mantendo-a imóvel para que a sua impressão possa ficar no papel.2. Explorar um conceito matemático de uma forma natural:<ul style="list-style-type: none">• Maior
Participantes		Todas as crianças que não estejam isoladas e mostrem vontade de participar.
Procedimento		<ol style="list-style-type: none">1. Perguntar se querem realizar alguma atividade comigo2. Ir para a mesa que se encontra ao pé do local onde estão as tintas3. Pedir a cada criança para escolher duas cores4. Se os pais estiverem presentes a criança pinta as mãos dos dois ou só de um e os pais pintam as da criança. Se os pais não estiverem presentes a criança pinta as minhas mãos.5. Perguntar se sabem qual é a mão maior e a menor.6. Explicar o que significa maior e menor.7. Perguntar no fim qual é a maior e a menor.8. Deixar secar.9. Colocar no quarto de cada um.
Material		<ul style="list-style-type: none">• Esponja• Tinta guache• Cartolina
Tempo		Aproximadamente 10 minutos
Espaço		Sala de atividades

Tabela 2

Planificação da atividade: Pintura com seringas

Identificação da atividade	Pintura com seringas
Intencionalidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar à criança oportunidade de se apropriar progressivamente desta técnica, através da exploração, experimentação e observação, de modo a realizar a sua produção. 2. Dar à criança uma nova forma de ver as seringas, agora como algo positivo, trabalhando, a motricidade fina.
Participantes	Todas as crianças que não estejam isoladas e mostrem vontade de participar.
Procedimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perguntar se querem realizar alguma atividade comigo 2. Ir para a mesa que se encontra ao pé do local onde estão as tintas 3. Colocar as tintas nos copos de vidro com a ajuda das crianças e ir pedindo para dizerem as cores em voz alta 4. Distribuir as seringas e exemplificar como se faz (encher a seringa, tirar o ar e a seguir pintar) 5. Experimentar numa folha de rascunho 6. Distribuir uma cartolina por cada criança e iniciar a exploração 7. Deixar secar 8. Colocar no quarto de cada um no dia seguinte, uma vez que a tinta fica com uma camada espessa, o que demora algum tempo a secar
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Seringas de diferentes tamanhos • Copos de vidro • Tinta guache
Tempo	Aproximadamente 10 minutos
Espaço	Sala de atividades

Tabela 3

Planificação da atividade: Digitinta

Identificação da atividade	Digitinta
Finalidade/ Intencionalidade educativa	Dar à criança oportunidade de se apropriar progressivamente da textura da digitinta, através da exploração, experimentação e observação, de modo a realizar a sua produção e prosseguir para a estampagem.
Participantes	Todas as crianças que não estejam isoladas e mostrem vontade de participar.
Procedimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perguntar se querem realizar uma atividade comigo 2. Fazer a digitinta em frente às crianças 3. Colocar a digitinta na mesa 4. Deixar explorar sem tinta 5. Perguntar qual a tinta que querem 6. Colocar a tinta que cada um escolher 7. À medida que cada criança pede ir misturando tintas diferentes 8. Deixar cada criança explorar a digitinta livremente 9. Ajudar a colocar a cartolina em cima do desenho realizado na mesa, para passar à estampagem 10. Colocar a secar 11. Colocar no quarto de cada um
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Farinha • Água • Cartolina • Tinta guache
Tempo	Aproximadamente 10 minutos
Espaço	Sala de atividades

Tabela 4

Planificação da atividade: Árvore genealógica

Identificação da atividade	Árvore genealógica
Intencionalidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar oportunidade à criança de falar sobre si, sobre a sua família e ao mesmo tempo fazer associações de parentesco: <ul style="list-style-type: none"> • Pai do pai: avô paterno • Pai da mãe: avô materno • Mãe do pai: avó paterna • Mãe da mãe: avó materna 2. Estimular a memória da criança, uma vez que lhes será pedido o nome de cada familiar. 3. Dar oportunidade à criança de retratar as pessoas da sua família ou através do desenho ou do recorte.
Participantes	Todas as crianças que mostrem vontade de participar.
Procedimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perguntar se querem realizar alguma atividade comigo 2. Ir para a mesa que a criança quiser 3. Perguntar se alguma vez já fizeram uma árvore e se sabem como se chama (árvore genealógica) 4. Realizar um esquema com a família da criança, perguntar os nomes dos respetivos elementos da família: <ul style="list-style-type: none"> . Tens manos? . Como se chama a mãe? . Como se chama o pai? . Como se chama a mãe da mãe? . Como se chama o pai da mãe? . Como se chama a mãe do pai? . Como se chama o pai da mãe? <p>Sempre que a criança não se recordar dos nomes peço auxílio aos pais.</p> 5. Pedir à criança para realizar cada parte da árvore, perguntando-lhe se conhece o nome de cada uma das partes:

-
- Sabes como se chama a parte de baixo da árvore?
 - Sabes como se chama a parte de cima da árvore?
6. Pedir à criança para se desenhar.
 7. Ir realizando a árvore e ir perguntando à criança se quer recortar os restantes familiares de uma revista ou desenhá-los.
 8. Ao mesmo tempo que vamos revendo os familiares vou introduzindo os respetivos graus de parentesco:
 - Pai do pai: avô paterno
 - Pai da mãe: avô materno
 - Mãe do pai: avó paterna
 - Mãe da mãe: avó materna
 9. A criança recorta a árvore e, juntos, vamos colocá-la no quarto.

Material

- Lápis de cor
- Canetas de feltro
- Tinta guache
- Pincel
- Revistas
- Tesoura
- Cola
- Cartão
- Papel

Tempo

Aproximadamente 10 minutos

Espaço

Sala de atividades
Quarto

ANEXO II. Entrevistas às Educadoras

EDUCADORA M.

1. Como é a rotina na sala de espera para o hospital de dia?

Esta sala existe há mais de 20 anos e foi criada com o objetivo de retirar os meninos da sala de espera dos adultos.

Tem um assistente operacional que atende os telefonemas e chama as crianças para se dirigirem aos Hospital de Dia para realizarem os procedimentos clínicos.

Às segundas, quartas e quintas é dia de consulta e, por isso, abre às 8h, sem hora de encerramento. A educadora chega às nove e sai às 16h todos os dias da semana. No entanto, nos dias de consulta, a auxiliar abre a sala às 8h, sem previsão de encerramento, abandonando [o espaço] quando deixa de haver crianças.

De forma a compensar as horas realizadas nestes dias e, uma vez que não é permitido pelo Hospital acumular as horas de trabalho em dias de férias, às terças e quintas a auxiliar abandona a sala às 13h e fico eu até às 16h.

Por norma, em dias de consulta passam pela sala cerca de 40 crianças e durante a semana passam cerca de 120 crianças diferentes.

2. Planifica as atividades? Reflete sobre as mesmas?

Existem sempre atividades mais programadas; no entanto, não existe um objetivo mas sim uma intenção que é tentar passar o tempo de uma forma normal, respeitando sempre a individualidade de cada um.

Quando cheguei ao Hospital tive alguma dificuldade em adaptar-me, uma vez que me vi obrigada a desconstruir-me, a desconstruir o papel do educador. Muitas vezes ia para casa sem o sentido de dever cumprido, muitas vezes pensava: Mas o que é que eu estou lá a fazer? Aqui não há continuidade, não há pressão, quem chega realiza as atividades, participa como quiser.

3. Qual o papel do educador?

- . A educadora fala muito com os pais: nunca podemos esquecer a dupla criança/pais
- . Organização e gestão dos materiais, o que deixa cada vez menos espaço para a realização de atividades.
- . Facilitar a autonomia das crianças e dos familiares, no espaço.

4. Como aborda os pais quando estes chegam?

Nem todos os pais têm o mesmo tipo de reação, uns querem falar, outros não. Por norma, deixo que sejam os pais a vir ter comigo, gosto de dar espaço, de não desrespeitar o espaço deles, estão numa situação muito complicada e não sabemos como vão reagir.

A notícia é dada primeiramente aos pais e depois estes explicam a situação à criança. A partir dos 16 anos este já pode optar por estar presente e tem o poder de escolher realizar ou não o tratamento.

5. Como aborda a questão da morte?

As relações que estabelecemos com cada pai é diferente. Nem todos gostam de conversar sobre o assunto. Mais uma vez gosto de dar o espaço necessário. Se tiver uma relação mais próxima com determinado pai ou mãe tomo a iniciativa, se vir que é oportuno, se não dou o devido espaço. Eu sou uma pessoa mais de ouvir do que de dar conselhos, nunca sabemos o que aquele pai, ou aquela mãe estão a sentir naquele momento e, por isso devemos ouvi-los, abraçá-los e ter sempre muita cautela quando falamos, para não magoar nem ofender ninguém.

6. Qual a importância do brincar no contexto hospitalar?

Brincar é uma necessidade fundamental do ser humano, como respirar ou alimentar-se. A brincadeira permite que a criança apreenda, controle e compreenda o mundo que a rodeia, testando capacidades, aprendendo regras e funções sociais. Permite-lhe, ainda, aprender a gerir emoções, a exteriorizar sentimentos e angústias que nem sempre é capaz de expressar verbalmente.

A doença e, conseqüentemente, a hospitalização, é para a criança, uma situação estranha e agressiva, implicando não só ser sujeita a intervenções desagradáveis e por vezes dolorosas, mas também à rutura com as suas rotinas, comprometendo as suas relações e interações com o mundo que a rodeia, que são fundamentais para o seu desenvolvimento.

O serviço de Pediatria, desde a sua fundação, que reconheceu a importância da existência de espaços lúdicos, bem como da presença de educadoras, como uma estratégia eficaz no contexto da humanização do espaço hospitalar. A possibilidade de brincar no hospital vem facilitar a adaptação e a integração da criança a uma situação estranha; reduzir a ansiedade e facilitar as intervenções clínicas e de enfermagem que a situação de doença exige.

Em suma, vem mostrar outra vertente do hospital para além de espaço de doença e permitir à criança doente ser apenas criança.

EDUCADORA M.R

1. Como é a rotina no hospital de dia?

O hospital de dia não tem rotina. Por vezes, acompanhamos a criança no tratamento, na sala de atividades não existe uma rotina.

2. Planifica as atividades? Reflete sobre as mesmas?

Não planifico em papel. Tenho uma base, uma ideia; no entanto, aqui, faço o que mais gosto e o que sempre achei difícil fazer no direto: respeitar a individualidade de cada um, estar disponível para cada um. Trabalhar com paixão!

As únicas atividades que planeio são as que são para os profissionais de saúde realizarem, como a surpresa que todos os anos fazemos às crianças na festa de natal. No Carnaval, por norma, todos se mascaram do mesmo tema, desde os médicos aos auxiliares de limpeza, e o tema é escolhido por nós educadoras.

3. Qual o papel do educador?

Não há uma receita, não há uma forma. O meu grande objetivo é trazer normalidade à vida das crianças, manter oportunidades de desenvolvimento e apoiar os pais em tudo o que precisarem.

Dou bastante importância à questão da relação, gosto que os pais percebam que podem contar comigo, falar comigo, desabafar comigo.

4. Como aborda os pais quando estes chegam?

Basta olharmos para eles com um olhar atento. Percebemos do que precisam. Se querem falar, se querem estar sozinhos, e depois é só respeitar a sua vontade.

5. Como aborda a questão da morte?

Os pais sabem que podem contar comigo, só porque é aquela hora já não estou? Porquê, se sempre estive? Não só os devemos acompanhar quando sabem que a morte é o fim inevitável, mas também quando esse fim chega. Já não há criança então já não é preciso educadora? A relação que estabelecemos não acaba e, também naquele momento eles precisam de nós. Claro que não estabelecemos a mesma relação com todos, mas sempre que achamos que faz sentido, devemos acompanhá-los até ao fim.

6. Qual a importância do brincar no contexto hospitalar?

O brincar é o que os faz sentir-se crianças, sentir que apesar de estarem num hospital também se podem divertir. Além de que também, é muitas vezes, uma distração, faz com que se consigam abstrair daquilo que os rodeia.

7. Trata todos os pais pelos respetivos nomes, por alguma razão em especial?

Sim, os pais quando vêm para aqui continuam a ter um nome, a sua identidade não se altera e cabe-nos a nós trazer o máximo de normalidade não apenas para os seus filhos para também para eles. Para além disso, o facto de me referir aos pais pelo seu nome quebra, na maioria das vezes, uma enorme barreira de confiança.

EDUCADORA M.L.

1. Como é a rotina no internamento?

Até às dez apoiar as mães nos pequenos almoços.

Por volta das dez, verificar quem está internado, consultar o caderno de passagem de turno das enfermeiras para perceber como é que as crianças estão a nível psicológico e se estão com muita dor e depois dar a volta aos quartos.

Ver quais as necessidades que as crianças têm e se querem ir para a sala; se não, fazer chegar ao quarto aquilo que eles querem. No caso dos isolados, levo o material que querem ou que acho que é melhor.

Quando não querem nada, deixamos algo que achamos que irão gostar quando estiverem melhores e dizer: “Está aqui para quando quiseres”.

As crianças almoçam à uma, e as mães vão almoçar ao meio dia. Durante este período o apoio é sem os pais e fazemos atividades ou vamos para os quartos. Aqui tento dar apoio à criança para que não sinta tanto a falta dos pais.

O almoço de preferência são os pais a dar, que são quem os conhece melhor, quando não têm apetite estamos a entrar numa luta que não é a nossa. Temos de ter só a parte pedagógica a da brincadeira.

2. Planifica as atividades? Reflete sobre as mesmas?

Planifico com antecedência, às vezes de um dia para o outro, quando vejo que é oportuno para o dia seguinte. Outras vezes, adapto o que planifiquei e aproveito o momento, até pode ser a criança que tem uma coisa que quer muito fazer e aí faço com ela, o que interessa é que se sintam bem e respeitados.

Reflito sobre as atividades, sobre as atitudes, sobre como poderia ter feito melhor, porque é que algo não correu bem? O que podia ter alterado? Se não correu bem por minha culpa ou de algum aspeto exterior? Por vezes não o faço na altura, é preciso dar tempo distanciar-me para poder refletir da melhor forma.

3. Qual o papel da educadora?

Essencialmente acolhedor, trabalha muito as emoções, trabalhando assim a parte pedagógica, educativa, da libertação das energias negativas, das frustrações.

É muito importante observar bem e ver o que a criança precisa naquele momento, se é de mimo, de brincar ao faz de conta, se é de uma canção...

Quanto aos adolescentes temos de respeitar muito o espaço deles, se quer conversar, ou se quer que estejamos calados e não os estejamos a chatear.

Trabalhar a nível das Expressões para que possam libertar-se de coisas mais difíceis.

Criar momentos de boa disposição, a contar uma história, explorar materiais.

Organização do espaço, arrumação da sala para que haja ordem e para que se respeite o espaço do outro.

Relembrar as regras de higiene, de conviver com os outros, darmos espaço ao outro. Quando são mais pequenos, temos de pedir a ajuda dos pais, independentemente da cultura, do nível social, aqui nesta realidade a higiene tem de estar presente e eu insisto para que esteja.

Quando tenho possibilidade de alterar o espaço também o faço, mas nem sempre há oportunidade.

A prioridade é ter algum tempo para eles, para os cativar e tentar que a realidade não seja tao dura.

Tento também explicar aos pais que muitas atitudes das crianças são apenas uma fase, como o mau humor, às vezes, serem mal-educados; as crianças estão sobre uma pressão enorme e muita medicação que muitas vezes altera o seu estado de espírito.

4. Como aborda os pais quando estes chegam?

Apresento-me aos pais e à criança, que sou quem está aqui para a parte da brincadeira, que também estarei sempre disponível para os apoiar no que precisarem, para os encorajar.

Há que ter paciência para esta adaptação e calma, se não estiver recetivo retiro-me e espero que se sinta confortável para o fazer.

5. Como aborda a questão da morte?

Eu acho que essa parte não me cabe a mim, cabe à área da psicologia e dos médicos.

Às vezes, digo para terem fé que as coisas vão pelo melhor caminho; quando não vão, tento que os pais percebam que é o melhor, que por vezes até é um egoísmo da nossa parte querer mantê-los cá.

Não vou estar a fantasiar quando vejo que as coisas estão realmente a descambar.

Quando as relações são fortes e a criança morre não corto relação, mantenho o contacto se ao pais o desejarem.

Lido com esta situação da maneira que eu acho que lido melhor, a minha função não é ir ter com os pais. Quando eles vêm ter comigo falo com eles e tento agir da melhor forma.

Em relação às crianças, quando estas estão num período pior e se o desejarem têm toda a minha disponibilidade aí estarei sempre para estar!

6. Qual a importância do brincar no contexto hospitalar?

É muito importante! Como é importante sempre, aqui nós queremos que haja continuidade da vida normal. Brincar com vontade de brincar, com sentido. Eu adoro brincar.

É o que a faz a criança sentir-se criança.

Por vezes os mais velhos têm vergonha de ainda gostar de brincar e temos de os fazer sentir que gostar de brincar é algo normal e positivo na vida de todos.

ANEXO III. – Excertos de observações participantes (OP) presentes no Diário de Bordo

Nr.	Data	Intervenientes	Nota de Campo
1	02/11/2017	Estagiária (Es) D. (5 anos)	Es: - Bom dia Princesa D.!!! Posso entrar? A D. não falou, mas com um sorriso na cara acenou que sim com a cabeça. Es: - Então hoje como estás isolada vamos ficar aqui no quarto a fazer uma atividade? D: - Sim!
2	12/01/2018	Estagiária Mãe da M. (17 meses)	Mãe da M.: - Raquel será que pode ficar com a M. que eu ainda não fui tomar o pequeno almoço? Es: - Claro que sim, não se preocupe! Mãe da M.: Eu também tenho de ir tratar de uns papés, será que pode ficar aqui? Assim aproveito. Es: - Não se preocupe, vá à vontade.
3	12/10/2017	Estagiária E. (4 anos)	Quando vou à casa de banho passo por eles e vejo que o E. não estava a comer. Sento-me ao pé dele e digo: - Vais comer a massa, está bem? E.: - Sim, mas podes dar-me?
4	12/01/2018	Estagiária Pai do D. (4 anos) D. (4 anos)	Hoje quando vou fazer a lista com a M.L. reparo que o Z (2 anos) está isolado. Enquanto estou a dar a volta pelos quartos com a M.L, o D e o Pai passam por mim e o Pai pergunta: - Então Raquel, hoje não tens nenhuma atividade para o Diogo fazer? Ele adora! Es: - Tenho sempre atividades! Já alguma vez pintaste com balões D.? D.: - Não! Es: Então é hoje que vais pintar? D.: - Sim!
5	17/11/2017	Estagiária Mão do E. (4 anos)	Es: - A Mãe não quer também? A mãe levantou-se, sorriu, assim meio envergonhada, e veio connosco para a mesa.
6	03/11/2017	Estagiária N. (4 anos)	Estava na sala e aparece a N., vem ter comigo e pergunta: - Posso pintar? Es: - Claro! Senta-se a pintar e dá-me um pincel para eu pintar também. [...] Es: - O que achas de pintarmos as nossas mãos? Vamos ver qual é a maior? N: - Sim!
7	17/11/2017	Estagiária E. (4 anos) Mão do E. (4 anos)	Es: - Qual é a mão maior E.? E: - A minha! Es: - Ai é? Então vamos pintar para ter a certeza! (a Mãe começou a rir-se) – Olha a mão maior é a que ocupar mais espaço na folha! O E. pintou a mão direita e a esquerda de cada um de nós e pintou uma da Mãe. Es: - Então qual é a mão maior?

11 16/01/2018

Estagiária
Mãe da F.(7
anos)

Ela adorou estar aqui de manhã, coisa que no outro hospital não gostava, mas pronto, temos de ir com calma. Agora que já sabemos o que é temos de ir com calma, que estes meses foram muito maus. Quatro meses a fazer exames diariamente, sem saber o que é - hoje pode ser uma coisa, amanhã pode ser outra...horrrível! Agora pelo menos já sabemos o que é e o que podemos fazer para tratar.

ANEXO IV. Excertos de observações não participantes (ONP) presentes no Diário de Bordo

Nr.	Data	Nota de Campo
1	12/01/2018	Hoje enquanto eu, o D. (4 anos) e os pais realizávamos a atividade dos balões apareceu a médica dele. Os pais estavam muito preocupados em relação ao seu andar, se deviam estimular o andar ou não. Acabaram de chegar, é um contexto novo, a Mãe do D. (4 anos) só de ver encarnado na mão dele pensava que era sangue. É tudo novo, tudo muito assustador e não sabem bem como agir em relação a determinadas situações. A médica, com toda a calma, explicou que ele não conseguir andar é um processo normal, mas que era temporário, que com o tempo e com o decorrer dos tratamentos tudo ia voltar ao normal. Até referiu que os valores dele ainda não tinham baixado, que ele se estava a portar muito bem, mas que mais cedo ou mais tarde os valores iam baixar, mas que não se preocupassem que é tudo um processo normal.
2	18/10/2017	Almocei com a M.L e falámos do projeto que eu tinha pensado desenvolver. [...] A Educadora gostou muito da ideia e deu-me várias sugestões.
3	26/10/2017	Quando olho para a esquerda reparei que estavam as fotografias dos gatos do G. (9 anos) fixados na parede. [...] Aquela ideia deu-me ainda mais entusiasmo para realizar o meu projeto!
4	13/12/2017	Foi incrível ver o espírito de união que há neste Hospital! Não havia enfermeiros, médicos, educadoras, auxiliares mas sim pessoas com o objetivo de fazer crianças felizes!
5	08/11/2017	Fui buscar os materiais e expliquei o que era suposto ser feito, sendo que como o R. (11 anos) é mais crescido aumentei o grau de dificuldade.
6	09/11/2017	A M. (9 anos) que ontem estava na escola e me viu a fazer a atividade com as outras crianças veio pedir-me para hoje, que ela estava disponível, fazermos.
7	04/01/2018	A M.(5 anos) e a Mãe mostraram-me imensas fotografias e vídeos da família. Descobri que a M. (5 anos) tem mais 6 irmãos e que a Mãe, como disse, tem duas cunhadas “da minha raça”
8	15/12/2017	Eu tenho o hábito de perguntar aos pais e às crianças de onde são. Adoro conhecer novas culturas e o (...) é o sítio perfeito para isso uma vez que recebe crianças de sítios tão diferentes como é o caso do B.(5 anos)

ANEXO V. – Reflexões presentes no Diário de Bordo

Nr.	Data	Reflexão
1	09/10/2017	Neste contexto os imprevistos são imensos... Temos de aproveitar o que aquele momento nos dá! Atividades deixadas para o dia seguinte podem nem sempre correr bem!
2	26/10/2017	Esta semana foi bem difícil, o diário de bordo custou mesmo muito a escrever. Comecei várias vezes e fui escrevendo devagar, só hoje, dia 26, é que acabei de escrever o que se passou [...] Quarta foi um dia muito difícil, cheguei a casa e não consegui evitar o choro, foi nesse dia que parei e pensei: Ok! Estás no (...)! Aqui pode-se morrer! Não foi fácil!
3	01/11/2017	A única atividade que já tenho planeada é a realização do esboço do quarto de cada um e depois a partir daí vou para onde cada criança me levar! Sei que provavelmente não vou conseguir realizar atividades todos os dias e tentarei ao máximo respeitar o espaço de cada um!
4	04/01/2018	Esta atividade correu muito bem. A Mãe a certa altura até comentou: “A A. (3 anos) até começar só se queixava com dores, agora está tão entretida que já lhe passou!” Que bom que é ouvir essas coisas, a A. (3 anos) durante a atividade sorriu tanto, riu tanto, falou tanto! E esta felicidade foi transmitida de forma tão bonita e natural para a Mãe que realmente que fez sentir com a sensação de dever cumprido!
5	08/11/2017	Hoje não consegui ir ao estágio porque fiquei doente e, quando fui ao email vi um email da Mãe do J. (5 anos) que tinha o trabalho que tínhamos feito os dois afixado no quarto dele. Quando abro o email, a primeira coisa que vi foi o nome daquela Mãe. É preciso enviarem-me um email para eu saber o nome? Esta Mãe é só Mãe ou é a C., uma pessoa, com a sua personalidade, com uma história. Às vezes é preciso estas coisas para nos fazerem pensar...
6	11/01/2018	Até agora nunca me tinha dado vontade de chorar no Hospital, mas talvez por desta vez ter visto a Mãe não aguentei. Parece que quando as crianças morrem e não estamos presentes custa menos, não porque custa menos, não por gostar menos delas mas porque por norma quando chego ao hospital já está tudo bem. Ver os pais a chorar, terem de fechar as portas para passar com o T. custou.