



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE EDUCAÇÃO - FE

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA NA PERSPECTIVA
DE ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

Ávila de Casio Gonçalves

Brasília DF, dezembro de 2011.

Avila de Casio Gonçalves

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA NA PERSPECTIVA
DE ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentada à Faculdade de Educação da Universidade de Brasília – UnB como requisito parcial para a obtenção do grau de licenciatura plena em Pedagogia, sob a orientação da Professora Dra. Ana da Costa Polonia.

Brasília DF, dezembro de 2011

Ávila de Casio Gonçalves

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA NA PERSPECTIVA
DE ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. ANA DA COSTA POLONIA
Orientadora
(Faculdade de Educação da Universidade de Brasília – UnB)

Prof^ª. Dra. TERESA CRISTINA SIQUEIRA CERQUEIRA
Examinadora
(Faculdade de Educação da Universidade de Brasília - UnB)

LUCIANO GONÇALVES DA SILVA
Examinador
(Enfermeiro especialista)

Brasília DF, dezembro de 2011.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela vida, pela força e pelas inúmeras bênçãos que têm me concedido, ao longo de minha vida acadêmica. Sem Deus, na minha vida, eu não conseguiria nada.

À minha orientadora Professora Dra. Ana da Costa Polonia, por ter abraçado comigo este projeto e ter me ajudado em todos os momentos necessários até a conclusão deste trabalho.

À minha avó, Maria de Souza Landim, por sempre, ter me dado apoio em relação aos estudos, pelos conselhos, e por reconhecer meus esforços e acreditar na minha vitória.

Aos meus pais, João Batista e à Ângela Aparecida, por me trazer ao mundo e ensinar-me o melhor caminho a seguir.

Aos meus irmãos Mizael Gonçalves e Ezequiel de Souza, por fazerem parte de minha vida.

Ao meu colega Walter das Dores Bezerra, por acreditar em mim e ter me dado apoio desde o início de minha batalha para entrar na Universidade de Brasília.

À minha amiga Tatiane das Dores, pelo carinho, pelas palavras de conforto e pela motivação dispensada a mim durante toda a minha vida na Universidade de Brasília.

Aos meus colegas da Faculdade de Educação que contribuíram direto ou indiretamente na conclusão deste trabalho.

Aos professores da Faculdade de Educação que tem o prazer de ministrarem aulas com carinho e dedicação.

À minha namorada Enedjane que surgiu na minha vida para somar na minha formação pessoal e na minha felicidade.

Aos os enfermeiros e técnicos de enfermagem que contribuíram na realização desta pesquisa.

Muito obrigado!

Dedico este trabalho a todas as crianças que se encontram hospitalizadas e a todos os profissionais que lidam diretamente com este paciente infantil contribuindo para sua melhoria e alta hospitalar.

RESUMO

As representações sociais são conhecimentos resultados de concepções do senso comum que orientam e dão significados a uma situação. Elas são elaboradas por meio de vivências e interações entre um grupo de pessoas. Desta forma, o presente trabalho monográfico tem como objetivo identificar as representações sociais da criança doente na visão de enfermeiros e técnicos de enfermagem, bem como, suas práticas de atendimento, considerando a relação saúde-doença. Para tanto, foi aplicado um questionário de evocação livre para doze técnicos de enfermagem e três para os enfermeiros, contando com quinze profissionais. Também foi feita uma entrevista semiestruturada com três técnicos de enfermagem e uma com um enfermeiro que já tinha respondido o questionário, totalizando dezoito respondentes. A presente pesquisa foi realizada em uma clínica pediátrica de um hospital militar do Distrito Federal, após a sua aceitação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Para as análises dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin, adaptando-se para o presente estudo. Os resultados da pesquisa mostraram que os profissionais de saúde representam a criança hospitalizada considerando aspectos peculiares tanto em relação à sua condição atual como aqueles relacionados ao seu desenvolvimento, englobando comportamento e sentimento, desde aqueles que revelam a alegria e, tristeza, insegurança e medo ao vivenciar seu tratamento no contexto hospitalar. Também apontaram situações que envolvem o próprio profissional, revelando a singularidade em adotar princípios ligados à ética, conhecimento profissional e a humanização na relação com o paciente, além de se aliar à família orientando e apoiando na estadia com a criança doente. Por outro lado, a doença e a saúde foram entendidas pelos profissionais como um fenômeno complexo que envolve tanto a questão fisiológica, quanto toda uma conjuntura social, psicológica e espiritual do ser humano. A infância foi concebida como uma fase de desenvolvimento infantil que necessita de maior cuidado e atenção por parte dos adultos, em especial, no contexto de hospitalização. Pode-se concluir que, os profissionais de saúde, em suas práticas, buscam constantemente oferecer a população infantil um atendimento de qualidade, balizado nas questões de conhecimento e qualidade de atendimento, respeito e perspectiva que a pessoa é um ser integral, não se constituindo por meio de sua doença. Dispensando todo o carinho, paciência e consideração por sua condição doente, e resgatando o seu potencial como indivíduo. Sem dúvida, estes profissionais e o hospital onde trabalham se enquadram na categoria de promotores do desenvolvimento humano e, respectivamente, um ambiente que possibilita a aprendizagem e a formação da pessoa.

Palavras-chave: representações sociais; doença; saúde; infância; criança hospitalizada.

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	iv
Dedicatória.....	v
Resumo.....	vi
Parte I – Memorial educativo	
1 – Um pouco sobre mim e de minha trajetória escolar na educação básica.....	01
2 – A luta para ingressar na Universidade de Brasília – UnB.....	04
3 – Eu, na Universidade de Brasília – UnB.....	08
Parte II – Referencial teórico	
Introdução.....	13
Capítulo I – Teoria das Representações Sociais	
1.1 – Definição.....	15
1.2 - Emergência da Teoria das Representações Sociais: Serge Moscovici e a psicanálise na França.....	17
1.2.1 – A grande teoria.....	19
1.2.2 – Fenômeno da objetivação.....	23
1.2.3 – Fenômeno da ancoragem.....	24
1.2.4 – Determinantes das representações sociais.....	27
1.2.5 – Dimensões das representações sociais.....	28
1.2.6 – Finalidades das representações sociais.....	29
1.2.7 – Objeto de estudo das representações sociais.....	30
1.3 – Contribuições à Teoria das Representações Sociais.....	31
1.3.1 – Abordagem culturalista de Jodelet.....	31
1.3.2 - Abordagem societal de Doise.....	32
1.3.3 – Teoria do núcleo central de Abric.....	34
Capítulo II - A construção social da doença: perspectivas	
2.1 – Definição.....	37
2.1.1 - Doença como processo histórico e social.....	38
2.1.2 - Doenças e crenças religiosas.....	39
2.1.3 – A doença e sua concepção na atualidade.....	41
2.2 – Definição de saúde segundo a Organização Mundial da Saúde.....	42

2.2.1 – Saúde como construção social.....	44
Capítulo III – Criança e Infância	
3.1 – Definição.....	46
3.1.1 – Infância como construção social.....	47
3.1.2 – Analogia entre a formação da criança e o cultivo de plantas.....	50
3.1.3 – Concepção de criança na Idade Média.....;	50
3.1.4 – Criança na atualidade.....	52
Capítulo IV – Método	
4.1 – Contexto de pesquisa.....	55
4.2 – Participantes.....	56
4.3 – Instrumentos para a coleta dos dados.....	58
4.4 - Procedimentos para o coleta de dados	58
4.5 - Resultados e discussões.....	60
Considerações finais.....	76
Referências.....	79
Parte III – Perspectivas profissionais.....	84
Apêndice - A.....	87
Apêndice – B.....	88
Anexo.....	90

PARTE I – MEMORIAL EDUCATIVO

1 – Um pouco sobre mim e minha trajetória na educação básica

Sou o Ávila de Casio Gonçalves, nascido na cidade de Unaí- MG, filho de João Batista Gonçalves Pinto e Ângela Aparecida de Souza Gonçalves. Comecei estudar aos sete anos de idade, na escola Estadual Padre Lamberto Verrite, na Cidade de Cabeceira-GO. Foi uma emoção ao chegar à escola para aprender a ler, escrever, fazer amigos, enfim, conhecer coisas novas. Lembro-me como se fosse hoje que tinha muito medo de não aprender a ler. Para mim era uma tarefa muito difícil: ler. Quando saía pelas ruas tentava ler *banners* e anúncios das lojas. Ficava desesperado, pois, ainda não estava alfabetizado, mas o desejo era imenso. Também, tinha medo de não aprender a tabuada. Na 1ª série, quando a professora pediu a cada aluno para estudar a tabuada, me desesperei. Eu passava horas e horas lendo a tabuada. Eu tinha de aprender, era necessário. Não demorei muito e a tinha memorizado por inteiro.

No início da educação, não gostava de faltar às aulas, ficava muito nervoso quando era necessário faltar à escola. No dia seguinte, procurava informar-me sobre a aula anterior, uma vez que, ficava perdido quando a professora comentava algum assunto ensinado. Não me recordo plenamente, mas lembro-me, em parte, que em várias séries não fiquei com uma falta sequer, durante todo o ano. Poderia ser uma aula ‘chata’ que eu não faltava. Confesso que não gostava do período de férias. Ficava contando os dias para estar na escola, rever meus amigos, professora e estudar. Achava o período de férias uma eternidade. Eu falava isso com meus colegas e eles, muitas vezes, riam de mim. Mas, eu não me importava, queria estar na escola, queria aprender, queria vivenciar aqueles momentos, que, para mim, eram únicos.

Também não gostava de tarefa de casa. A professora escrevia no quadro de giz, “tarefa de ... e desenhava uma casa”. Às vezes, eu ficava na hora do recreio fazendo a atividade que seria para casa, exatamente para eu não fazê-la em casa. Em casa, eu queria brincar, ter outra ocupação. É claro que, em algumas ocasiões, eu fazia o dever na escola. Noutras, eu realizava em casa mesmo. Eu estudava no período matutino, já conhecia todos meus colegas, não só da minha sala, mas de outras também. Quando eu estava na 4ª série, minha mãe resolveu colocar-me para estudar em outro colégio, no vespertino. Fiquei muito triste, eu chorava muito, era como se eu estivesse perdendo algo muito importante da minha vida. Imaginava que não conseguiria novos amigos, na nova escola e nem aprender o conteúdo e, mesmo insistindo com a minha mãe, ainda assim, não me ouviu e mandou-me para a outra escola. Não fiquei na nova escola nem 15 dias. Minha mãe resolveu trazer-me de volta para a “minha

escola” perto de casa e onde estudei até a sétima série.

Na 8ª série comecei estudar à noite, em outra escola. Trabalhava durante o dia e a noite ia estudar. Era muito dedicado, motivo pelo qual meus colegas me achavam um *nerd*. Eu não tinha problemas com disciplinas e muito menos com nota. Gostava de estudar e sempre queria alcançar as melhores notas e, isso acontecia com frequência. Eu não me gabava diante de meus colegas, eu apenas estudava o necessário. Conforme relatado anteriormente, não gostava muito de tarefa de casa. Eu estudava nas vésperas de provas e isso sempre dava certo. Tirava notas boas e era visto pela turma como um menino inteligente. Numa pergunta de uma prova de Biologia pedia-se para escrever o símbolo do número atômico, eu sabia que era a letra z, contudo, escrevi esta letra, ao contrário, representando, assim um s, mesmo eu falando para a professora que minha intenção era um z, ela desconsiderou e deu a questão como errada. Não preocupei.

Comecei estudar à noite aos 14 anos, na 8ª série. Os vínculos com os colegas já não eram os mesmos das séries anteriores, alguns se mudaram, e a maioria continuou estudando pela manhã. Eu trabalhava durante o dia e, por isso continuava estudando à noite. Eu até gostava, pois, tinha muitos amigos no serviço. Nessa época, mudou o sentido das férias escolares. Agora, elas eram uma preciosidade. Eu já não ficava com pressa das aulas voltarem logo, como antes, uma vez que, o cansaço do trabalho me obrigava a querer férias mais longas. No período de aulas, dormia muito tarde, pois, elas terminavam quase 23 horas e, até eu chegar a casa, comer algumas coisa e dormir, beirava meia noite. Como eu acordava muito cedo (4:40 da manhã) para ir trabalhar de ‘boia fria’, e de noite estava com muito sono. Dormia o final da tarde quase toda e, depois, ia para a aula. Esta rotina de trabalhar e estudar se perpetuou por, praticamente, todo o ensino médio.

No ensino médio, estudei na escola Oemis Virgínio Machado que ficava em frente à minha casa, em Cabeceiras-GO. No ensino médio, fase final da educação básica, os professores não nos informavam sobre situações relativas ao vestibular, faculdades, e universidades. Enfim, não tínhamos ideias sobre que fazer depois do ensino médio. Era como se tudo finalizasse, ali mesmo. Nos três anos do ensino médio, continuei trabalhando no mesmo ritmo e estudando como antes. No que se refere aos trabalhos que eu participei durante o ensino médio que não foram muitos, na medida em que, os professores ministravam as aulas de forma tradicional, o professor ‘falava’ e nós, alunos, ‘ouvíamos’. Contudo, havia algumas datas importantes e específicas que permitiam uma abertura maior para a criatividade dos estudantes, por exemplo, o trabalho de Ciências. Todo o ano, numa data definida, acontecia nas escolas a Feira de Ciências. Nessa feira, os alunos podiam apresentar seus

trabalhos para toda a comunidade.

Na primeira Feira de Ciências que participei, meu grupo escolheu para a pesquisa um tema diferente que até eu mesmo não ouvira falar. Decidimos pesquisar sobre “húmus de minhoca”. Um componente do grupo trabalhava numa fazenda onde cultivava o húmus. Dessa forma, esse nosso colega conseguiu algumas amostras para a apresentação. As minhocas foram colocadas em caixotes, junto com o húmus produzido por elas mesmas. Foi um sucesso, uma descoberta muito interessante para mim e, também, para as pessoas que apreciaram o trabalho. Eu nunca havia feito nada semelhante. Os trabalhos de todos os alunos da escola foram apresentados na Feira de Ciências para toda a comunidade de Cabeceiras. As pessoas ficavam curiosas para obterem informações à respeito de nosso trabalho, como: cuidados que se deve ter para cultivar o húmus, valor do adubo, entre outros.

Nesta Feira de Ciências, foram apresentados vários trabalhos, a turma da 8ª série, por exemplo, mostrou sua pesquisa sobre morcegos. Não sei como, mas eles conseguiram alguns morcegos vivos e outros mortos. Muito interessante. Outra turma falou sobre gatos, mostraram um painel com uma parte teórica sobre os gatos. O impressionante é que um componente do grupo sacrificou um gato para mostrar aos visitantes os órgãos e a funcionalidade dos mesmos. Foi possível ver todos os órgãos do pobre animal.

Outros grupos falaram sobre coelhos, gansos, peixes. Estes não foram mortos na realização do trabalho. Foi um dos trabalhos mais interessantes que eu já participei na educação básica. A feira de ciências sempre comportava uma diversidade de trabalhos e a comunidade tirava várias dúvidas e questionava cada detalhe que chamava a atenção. As pessoas queriam saber sobre todo o processo de construção e de pesquisa do trabalho e, os grupos, com muito orgulho do trabalho realizado, sempre informava aos visitantes tudo que sabiam.

Na Feira de Ciências do ano seguinte, escolhemos um tema mais conhecido, pelo menos, comparado ao trabalho com: “húmus de minhoca”. Falamos sobre soja e os SUS derivados. Na cidade, nós não tínhamos muitos recursos para desenvolver o trabalho. Na escola não havia computadores e, assim, os alunos também não tinham acesso fácil à *internet*. Além do mais, poucos alunos sabiam navegar na *internet*. Pegávamos alguns livros na biblioteca e, por este motivo, tivemos um conhecimento científico sobre a soja. Contudo, isso era muito pouco, frente à riqueza do tema e as possibilidades de aprendizagem. Precisávamos de mais informações para desenvolver o nosso trabalho.

Como, em nossa cidade, os recursos para o trabalho eram poucos, viemos à Brasília com o objetivo de fazer uma pesquisa na Embrapa (Empresa Brasileira de Pesquisa

Agropecuária) e, desta forma, conhecer aspectos peculiares com relação à soja e os produtos derivados. Nossos colegas de turma, que iam apresentar o trabalho sobre adubos químicos, vieram também com a gente. Fomos muito bem atendidos, na Embrapa, e tivemos uma verdadeira aula sobre soja e adubos químicos. Visitamos plantações, e fomos a um galpão onde eram selecionadas as sementes da soja. O técnico da Embrapa comentou e, sobretudo, nos mostrou sementes de soja transgênica. Ficamos muito felizes, pois obtivemos informações, além do que esperávamos para a nossa pesquisa. O outro grupo que ia trabalhar sobre os adubos químicos, também ficou satisfeito, com a riqueza de informações que obtiveram.

Voltamos satisfeito e, ainda, com várias amostras de soja, tanto a comum quanto à transgênica. O outro grupo, também, voltou com amostras dos adubos. Nossa vinda à Brasília foi muito produtiva. Ficou acordado entre o meu grupo, que ia falar sobre soja, que era necessário fazermos mais uma pesquisa antes de apresentá-la na Feira de Ciências. Então, propus-me a fazê-la na fazenda onde meu pai trabalhava. Eu e uma colega fomos à referida fazenda. Conversamos com um agrônomo e fizemos várias perguntas e, com isso, enriquecemos ainda mais nosso conhecimento sobre o assunto.

No dia da apresentação, levamos várias amostras e uma variedade significativa de alimentos que poderiam ser feitos utilizando a soja, como: leite de soja, bolo de soja, farinha de soja, carne de soja, e acreditem! Queijo de soja. Esclarecemos as dúvidas dos visitantes e distribuímos uma lembrancinha contendo alguns grãos de soja. Novamente, foi um sucesso. Esta feira comportou uma diversidade de apresentações muito atrativa. Outros grupos de outras séries pesquisaram e apresentaram na feira trabalhos como: comidas típicas, aquários, bananas, flores, jardins entre outros. Foram muito ricos os trabalhos apresentados.

Depois que terminei o ensino médio fiquei só trabalhando, durante mais ou menos um ano. Alguns colegas mudaram-se, outros foram trabalhar em fazendas, e um grupo se casou e, por isso, não continuaram os estudos. Apenas, um dos colegas, cuja mãe é professora, conseguiu ingressar na faculdade logo após ter terminado o ensino médio.

2 – A luta para ingressar na Universidade de Brasília – UnB

Quase um ano após ter terminado o ensino médio, mais especificamente no final do ano de 2004, vim morar em Brasília. Trabalhava em uma casa na função de caseiro, no Lago Norte. Eu cuidava de todos os aspectos inerentes à função, por exemplo, jardineiro, piscineiro, dava banho nos cachorros, capinava o quintal, entre outras atividades. Eu via uma boa

oportunidade para estudar, porém, eu não sabia onde estudar, ninguém me informava, eu só sabia que era preciso estudar. Sabia que, morando em Brasília, eu teria mais chances de prosseguir os estudos. Ainda, fiquei trabalhando neste local, mais ou menos um ano, sem estudar.

Depois desse período, ouvi falar da UnB (Universidade de Brasília) que eu desconhecia, entretanto, meu patrão sempre me dava apoio moral. “meu filho, procure um cursinho e, estude para passar na UnB”. Eu não sabia da importância da UnB e nem sabia onde tinha cursinho, pois não tinha acesso à *internet* nem a outros meios de comunicação que me informasse o suficiente. Comecei a me informar sobre cursinhos pré-vestibulares em noticiários da televisão. No mês de novembro de 2005, resolvi procurar um cursinho na Asa Norte, andei a pé, do início ao fim, mas não tive sucesso. Eu já começava ficar preocupado. Noutra ocasião, procurei novamente, porém, não encontrei qualquer indício de ‘cursinho’. Noutra dia, indo da rodoviária do Plano Piloto ao Lago Norte, num ônibus que passava pela W3 norte, vi escrito: “Alub, cursinho para alunos da UnB”. Eu peguei o número da quadra e no outro dia fui me informar direitinho. Assim, saí de lá matriculado no pré-vestibular.

Cheguei à casa de meu patrão e contei para ele, o acontecido. Ele ficou muito feliz por eu ter encontrado um cursinho considerado ‘bom’ e que, eu podia pagar com o meu salário. “não tem outra saída não, meu filho, é estudar e passar”, ele falava comigo. O apoio moral, nunca faltou para mim, na casa onde eu trabalhava, no Lago Norte.

Comecei estudar no cursinho no primeiro semestre de 2006. Eu estava muito animado. No entanto, o desespero tomou conta de mim a partir do momento que percebi que eu não sabia quase nada. Minhas notas no ensino médio eram excelentes, contudo, percebia que minha base escolar era ‘fraca’ frente ao conteúdo do cursinho. O professor explicava a matéria e tudo parecia ser novo. Afinal, tinha mais ou menos dois anos que eu não punha os ‘pés’ em sala de aula. O conteúdo parecia muito avançado para mim. Mas, eu não desanimei esforçava-me como nunca. Em casa eu não tinha tempo para rever os conteúdos, pois eu tinha de trabalhar. Estava ciente que o tempo de dedicação só no cursinho não era o suficiente para obter sucesso no vestibular da UnB. Eu precisa me dedicar mais e mais.

Como eu só tinha folga quinzenalmente, eu ia para minha casa, em Cabeceiras-GO, e estudava o sábado e o domingo, ou seja, o tempo máximo que eu podia aproveitar, o fazia. Na minha folga, meus colegas iam a minha casa e chamavam-me para sair, contudo, ficava estudando para o vestibular. As pessoas de minha cidade não tinham conhecimento sobre o vestibular e, talvez, por isso, achavam que eu estudava demais e poderia até ficar ‘louco de tanto estudar’. E eu, sabendo da minha realidade e do meu tempo reduzido, tinha em mente

que não estava estudando o suficiente para passar no vestibular.

Na segunda-feira, de volta ao Lago Norte, ao trabalho e à realidade. À tarde, saía de meu trabalho, onde morava, e ia para o cursinho, na 705 Norte. Na sala de aula ficava atento e não perdia um detalhe da matéria, eu queria e precisava aprender. Voltava para casa perto de meia noite. No outro dia, eu procurava tempo para ler, pelo menos um pouquinho, porém, era praticamente impossível. O tempo que tinha disponível estudava, não ia ao cinema e nem às festas, quase não assistia aos filmes exibidos na televisão. Eu tinha um objetivo e queria alcançá-lo.

Chegou o dia de fazer o vestibular. Segundo vestibular de 2006. Fiz a prova e fiquei até o último minuto para levar o caderno de questões. Primeira experiência, primeiro vestibular! No outro dia consegui o gabarito preliminar, conferir a prova e o resultado não me agradou. Alguns dias depois, saiu o resultado, não passei. Conteí para o meu patrão e ele não me desanimou, disse que era assim mesmo, que foi só o primeiro e, que, no próximo, certamente, eu passaria. Por isso, renovei a matrícula no cursinho para o próximo semestre.

Na minha folga, quando fui para Cabeceiras conteí para meus pais e eles não comentaram muito. Alguns colegas disseram que era assim mesmo. Outros diziam que eu estava perdendo tempo e ‘jogando dinheiro fora’. Quando eu ouvia esse tipo de comentário, ficava muito triste. Queria que alguém falasse para eu não desanimar, que me desse certo apoio. Era isso que eu queria ouvir.

O semestre começou e eu estudava ainda mais. Fui à coordenação do curso e pedi para fazer uma tabela de estudos. Comecei estudar 40 minutos depois que eu chegava do cursinho e das 16 às 17 horas, cada dia. De certa forma, meu patrão me deixava estudar nestes horários. Alguns dias da semana, acordava de madrugada para rever os conteúdo que não tinha ficado ‘claro’ para mim. Comentários negativos, por parte, de alguns colegas de Cabeceiras-GO e de outros que, estavam na mesma condição de trabalho que a minha, não paravam de chegar aos meus ouvidos: “nem adianta estudar, você não vai passar mesmo, só fica estudando e não passa.” Eu tinha meu objetivo e queria alcançá-lo e, nada iria me impedir.

O dia do vestibular chegou novamente. Primeiro vestibular de 2007. Comecei a fazer a prova e não a considerei tão difícil como na primeira experiência. Fiz toda a prova e levei o caderno de questões para casa, a fim de corrigir o gabarito preliminar, no dia seguinte. Conferi a prova, minha nota aumentou significativamente, contudo, insuficiente para ser aprovado no curso pretendido. Fiquei um pouco triste, mas não desanimei. Meu patrão me deu forças e aconselhou-me a continuar estudando.

Novamente, os comentários de alguns colegas de minha cidade continuavam

deixando-me triste, reforçando que não deveria investir no curso superior, desde “pode parar de estudar, você não vai passar mesmo” e outros com sentido abusivo. Não me importava, ficava triste apenas. Renovei a matrícula no cursinho e continuei com o meu propósito de passar no vestibular da UnB. Eu quase não ia a Cabeceiras, pois o dinheiro que ganhava ficava quase todo com as despesas do cursinho. Com o passar do tempo já conseguia resolver a maioria dos exercícios da apostila do cursinho e já estava bem “avançado” em relação aos novatos do curso. Na prova de nivelamento que teve no cursinho, obtive uma boa pontuação. Fiquei em 16º lugar na classificação geral, das unidades do cursinho. Isso me rendeu uma bolsa da “turma avançada” e isenção da primeira mensalidade. Nesta turma, além dos materiais comuns aos outros estudantes, tinha um material diferenciado com exercícios mais complexos e também, aula aos sábados. O aluno da turma avançada ganhava uma camisa da turma avançada, cor branca, e prestava monitoria de quatro horas por semana, na unidade onde fazia o cursinho.

Meu patrão apoiou, minha ausência aos sábados, em sua casa. Foi ótimo para mim, uma vez que, agora, eu tinha mais um ‘tempinho’ para estudar. Minha inserção na turma avançada, me deixou ainda mais animado para continuar com o meu objetivo de passar no vestibular. Eu estudava o tempo que podia. Não demorou muito e chegou o período da inscrição no vestibular, fiz a minha e, aguardei com ansiedade, o dia de realizar a prova. Os colegas, tanto de minha cidade quanto os vizinhos de onde eu trabalhava no Lago Norte, não sabiam de minha rotina de estudos, pois achei melhor isentá-los dessas informações. Eu sabia que, quanto mais eu comentava que queria passar na UnB, mais ficava chateado, pois, eram poucos que acreditavam em minha vitória. Eu estava praticamente sozinho, em meu mundo de estudos. A desmotivação que vinha dos “outros” era maior que a motivação. Walter, um colega de Cabeceiras-GO, sempre me motivava e, acreditava que eu era capaz de passar.

Pouco tempo depois, estou pela terceira vez, sentado na carteira, fazendo a tão esperada prova. Segundo vestibular de 2007. Terminei e, como de costume, levei o caderno de prova para casa. No outro dia, fui conferir a nota e essa me pareceu bem significativa. De certa forma, eu tinha a certeza que havia passado, contudo, aguardava o resultado, pois, ainda tinha dúvidas quanto à redação. Saiu o resultado da primeira chamada, digito o meu nome e aparece: “Ávila de Casio Gonçalves, Pedagogia noturno”. Eu olhei aquilo e, devo confessar que não fiquei tão surpreso. Mas, algo dentro de mim, no interior de minha alma, estava jubilando de alegria. Será que eu passei mesmo? O resultado é esse mesmo? É assim que se vê o resultado do vestibular da UnB? Eu me questionava, frente ao resultado que via.

A ‘ficha caiu’ mesmo, quando o filho de meu patrão pegou seu *notebook* e digitou o

meu nome e viu o resultado. A felicidade naquela casa foi tamanha. Eles ficaram quase, mais felizes do que eu.

3 – Eu, na Universidade de Brasília – UnB

Na data definida, no mês de agosto de 2007, fui à UnB fazer o registro no curso e, também, conhecer um pouco o ambiente onde passaria mais ou menos quatro anos. Minha ansiedade era tão grande que, eu não conseguia contar para ninguém. Depois de alguns dias, fui para minha casa, em Cabeceiras, e contei a novidade para minha família. Todos ficaram felizes. Contudo, muitos colegas que falavam que eu não ia passar, ficaram sabendo mais tarde, e outros, ainda não sabem que passei e, sobretudo, que já estou concluindo o curso.

Na primeira semana de aula, foi tudo muito novo para mim. Comecei a conhecer um pouco da organização da UnB, por meio do Projeto I. Confesso que esse componente curricular ajudou-me muito, uma vez que, eu nunca estivera na UnB antes. Outra disciplina interessante e que eu não posso deixar de falar foi a Oficina Vivencial. Eu adorava, pois tínhamos espaço para conversar e trocar ideias com o professor, uma disciplina típica para calouros. Na sexta-feira, estudava a disciplina de Antropologia e Educação. Nesta, debatíamos questões sobre preconceito e etnocentrismo. No primeiro momento, eu achava a professora muito rigorosa, contudo, só depois percebi como ela é uma excelente profissional.

A disciplina Investigação Filosófica na Educação era semipresencial. Eu tinha de fazer uma inscrição no *Moodle*. Fiquei muito preocupado, pois eu não sabia usar as ferramentas do computador para realizar as atividades propostas pelo professor. Um calouro sem experiência alguma com computador saberia fazer uma inscrição no *Moodle*? Diante dessa dificuldade, fiz um curso básico de informática, na escola de informática da UnB.

Continuei morando e trabalhando no Lago Norte, todo o primeiro semestre. O trabalho estava limitando-me a desenvolver minhas atividades acadêmicas. Eu não aguentava mais, dormia tarde, acordava muito cedo e a cobrança no trabalho estava ainda mais insuportável que antes. Somado ao estresse e a falta de compreensão de pessoas da casa onde eu trabalhava, já provocavam devaneios. Eu estava sem saída, se eu pedisse demissão iria morar onde? Como iria estudar? E meu futuro na faculdade, como ficaria? Como iria manter-me na Universidade de Brasília sem dinheiro? Com este pensamento eu suportava muitas coisas naquela casa e visualizava um futuro melhor e mais tranquilo.

No segundo semestre, informei-me pelo site da UnB sobre a assistência estudantil. Munido de informações e sob esta perspectiva, fui à reitoria e contei minha situação para uma

assistente social que foi muito atenciosa e atendeu-me muito bem. Fiz o pedido de bolsa permanência e de moradia estudantil. Diante da veracidade dos fatos, consegui estes dois direitos estudantis. Logo, eu já tinha lugar para morar e, de certa forma, condições para manter-me na Universidade.

Ainda, continuei no Lago Norte, por mais ou menos, dois meses. Minha faculdade era bem mais importante que o emprego que eu tinha no Lago Norte. Eu saía mais cedo de meu trabalho e vinha para UnB desenvolver as atividades da bolsa permanência e, ficava para a aula à noite. Minha bolsa permanência era no Núcleo de Estudos da Infância e Juventude (NEIJ). Lá comecei fazer uma pesquisa sobre: Ressocialização de jovens infratores, orientado pela professora Dirce Mendes. Tínhamos o objetivo de fazer uma pesquisa no Centro de Atendimento Juvenil Especializado (CAJE), contudo, não foi possível.

Em oposição à esta situação, no meu trabalho, o clima só piorava, por esse e, somado a outros motivos, eu resolvi mudar-me logo para a Casa do Estudante Universitário (CEU). Agora, havia mais tempo para estudar e dedicar-me aos trabalhos acadêmicos do curso de Pedagogia. Estava muito feliz. Sair de meu emprego no Lago Norte e ir morar na Casa do Estudante foi uma das melhores decisões que eu já havia tomado. Que alívio!

No projeto II, no segundo semestre, fomos questionados pela professora sobre o que é Pedagogia, como os estudantes de outros semestres e, ainda, de outros cursos percebiam o curso de Pedagogia. Assim, nosso grupo saiu com uma câmera pela UnB e registrou as concepções de estudantes, tanto do curso de pedagogia quanto de outros cursos, sobre o que é Pedagogia. Foi um trabalho muito rico e as informações obtidas na pesquisa, gerou dados muito interessantes. Aos sábados, cursava a disciplina Organização da Educação Brasileira. Foi nesta disciplina que tive contato, pela primeira vez, com a lei 9.394/96, ou seja, a LDB que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Confesso que essa disciplina foi muito difícil para mim.

No terceiro semestre, todas as disciplinas que cursei foram de grande importância para minha formação. Contudo, a disciplina Cultura Organizacional e a Educação Matemática, foram marcantes, na minha vida acadêmica. Na primeira disciplina, com a professora Ana Paz, entendi os componentes presentes na cultura organizacional, como as regras, os mitos, as crenças, etc. Ao final da disciplina, foi proposto à turma, elaborar um portfólio criativo que abrangesse tudo que foi discutido durante o semestre. Fiz um campo de futebol de isopor e nomeei cada jogador com um nome ligado à cultura organizacional, assim, nas arquibancadas e laterais do campo, eu coleí as referências dos autores que trabalhamos na disciplina. Na segunda, aprendi, de forma mais didática, maneiras diversas de trabalhar a matemática com

crianças. Nesta disciplina montamos um estojo com materiais concretos e confeccionamos um jogo matemático. Eu fiz um jogo de dominó com figuras geométricas. A disciplina Psicologia da Educação, também cursada no terceiro semestre, foi muito interessante. A professora falava muito sobre Lacan e o Estádio do Espelho, o Eu, o narcisismo. Ela comentava sobre o Wallon, um psicólogo que propôs o estudo da pessoa por completo, considerando seu caráter cognitivo, afetivo e motor. No final desta disciplina, meu grupo desenvolveu um trabalho sobre violência na escola.

O quarto semestre ficou marcado, em minha vida acadêmica, principalmente pelo Projeto III, sobre Representações Sociais da Escola, com a professora Tereza Cristina Siqueira Cerqueira. Neste projeto, fizemos uma pesquisa sobre a representação social da escola, na perspectiva de alunos e professores do ensino fundamental. Foi um trabalho muito importante e rico. O trabalho dos grupos foi apresentado pela professora Teresa, na IV Conferência Brasileira sobre Representações Sociais (CBRS), no Rio de Janeiro. A partir desse período, comecei a refletir muito sobre o que fazer quando terminar a faculdade. Eu ouvia comentários que aqui, em Brasília, tudo gira em torno de concursos. Fiquei muito preocupado. Diante disso, mesmo estudando as disciplinas do curso de Pedagogia, também estudava para concursos. Eu saí do NEIJ, onde era bolsista, e passei para a Associação de Ex-alunos da UnB, também como bolsista. Neste espaço, tinha mais tempo para estudar. Passava à tarde quase toda estudando para concurso, contudo, continuava empenhado nas disciplinas. Fiz vários concursos.

No quinto semestre fiz a segunda fase do projeto III em Representações sociais, dessa vez, com a professora Ana da Costa Polonia. Trabalhamos a questão da Representação Social da Escola, na perspectiva de pedagogos. A pesquisa foi realizada na própria Faculdade de Educação e o resultado da pesquisa e análise dos dados foi muito interessante. Posso dizer que foi nestas duas fases do Projeto III que fui motivado a fazer a monografia nesta linha de pesquisa. A disciplina, Avaliação Escolar, ministrada pelo professor Célio Cunha, também marcou meu quinto semestre na UnB. Nesta, nós refletimos sobre a avaliação de maneira geral e seu impacto na atualidade. O professor Célio, com seu vasto conhecimento, exemplificava as formas de avaliação e a sua influência no mercado de trabalho. “Temos que saber avaliar nossos alunos”, “A avaliação está em todos os espaços da sociedade”, “Vivemos no mundo do conhecimento”, estas são algumas frases proferidas pelo professor que, marcaram as aulas de Avaliação Escolar.

No sexto semestre ocorreu uma surpresa muito agradável: fui aprovado no concurso público do Hospital das Forças Armadas (HFA), para o cargo de Assistente Técnico

Administrativo. Estava muito feliz, afinal, agora, eu tinha alcançado um objetivo, o qual buscava há muito tempo, resultado de muita dedicação e esforço. Saí da bolsa permanência, na Associação de Ex-alunos da UnB e fui para o meu novo emprego. Pelo fato de ser aprovado no concurso e ter de trabalhar oito horas por dia, tive de cursar um número menor de disciplinas, no sexto semestre, até adaptar-me na nova rotina. Como ofertaram apenas duas disciplinas e não consegui cursar outra, na Faculdade de Educação, resolvi fazer uma, no curso de Serviço Social. Então, a disciplina Questão Social e Serviço Social, nesta refletimos muito sobre o capitalismo, políticas públicas, mercado de trabalho, desigualdade social, entre outros assuntos.

Foi só no semestre seguinte que experimentei o primeiro contato com a sala de aula. Isso aconteceu na primeira fase do Projeto IV - Estágio Supervisionado. Realizei um trabalho de observação na Escola Classe 102 do Recanto das Emas onde estava sendo realizado o projeto UCA, um computador por aluno. Nesta escola, este projeto estava em sua fase piloto. Foi muito rico para o meu aprendizado, uma vez que, pude conversar com os alunos e orientá-los em atividades realizadas com o *laptop* do projeto UCA. Gostei muito deste estágio, porém, já tinha em mente o que fazer no TCC e, por isso, resolvi não fazer a segunda fase nesta área.

No oitavo semestre, decidi conhecer outra área do conhecimento. Fiz a segunda fase do Projeto IV – Estágio Supervisionado na área de Filosofia com crianças, junto com os estudantes do Projeto Saúde Integral. É um Projeto de ação contínua em parceria com a Igreja Presbiteriana de Brasília, com a Faculdade de Educação e com a Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, no qual participam professores, alunos da graduação e da pós-graduação das áreas de Odontologia, Nutrição, Medicina, Pedagogia e outras áreas afins. É muito bom e gratificante vermos que somos correspondidos pelas crianças e que elas estão assimilando e aprendendo o conteúdo ministrado por nós. A segunda fase do Projeto IV foi muito produtiva para mim, contribuiu significativamente para o meu desenvolvimento como futuro pedagogo.

No semestre seguinte, fiquei somente com a Monografia. Afinal, avaliei que nesta fase final do curso, este trabalho exigiria maior tempo de dedicação, uma vez que, seria complicado fazer alguma disciplina concomitante, a essa, por envolver a pesquisa de campo. Confesso que está sendo muito bom desenvolver o trabalho final, fazer novas leituras, e saber que está próximo, o fim desta fase, de minha vida estudantil. Por fim, vale destacar que, inegavelmente, o curso de pedagogia da Universidade de Brasília tem um currículo muito extenso. Vejo essa característica como um fator positivo para os futuros pedagogos. A

extensão do currículo nos propicia direcionar o curso para a área que avaliamos conveniente e que se adéque à nossa realidade, tanto social quanto profissional. Porém, algumas disciplinas que são optativas, por exemplo, Educação Infantil, Educação de Adultos, entre outras, deveriam ser obrigatórias, por estarem diretamente ligadas à educação.

Não posso negar que meu percurso no curso de pedagogia foi muito relevante, afinal, aqui na Faculdade de Educação que tive contato com autores como Paulo Freire que destaca que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção. Autores como Wallon, Lacan, Piaget, entre outros, também contribuíram para minha formação como futuro profissional.

PARTE II – REFERENCIAL TEÓRICO

Introdução

O fenômeno das representações sociais é constituído por conhecimentos que fazem parte da vida cotidiana das pessoas. Estes então, são elaborados através do senso comum nas relações sociais, e funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade, é um conhecimento que não se opõe ao científico, contudo, se parece com ele (ALEXANDRE, 2004). Nesta linha, o presente trabalho monográfico tem como objetivo geral identificar as representações sociais da criança doente na visão de enfermeiros e técnicos de enfermagem, bem como, suas práticas de atendimento considerando a relação saúde-doença. Para alcançar este objetivo, foram definidos objetivos específicos para subsidiar a realização da pesquisa. Assim, procurou-se (a) identificar a relação do enfermeiro e do técnico de enfermagem com a criança hospitalizada, por meio de sua atividade profissional; (b) caracterizar o conceito de infância na visão desses profissionais da saúde e (c) descrever a concepção de doença para esses profissionais.

O referencial teórico usado na realização da pesquisa foi dividido em três capítulos. O primeiro capítulo aborda a teoria das representações sociais, sua importância na pesquisa e os usos na atualidade. Destacam-se ainda, os fenômenos da objetivação, que diz respeito à parte figurativa das representações sociais, e a ancoragem que, por meio de conhecimentos preexistentes, tem a função de criar familiaridade com o que é estranho, ou seja, pode se dizer a ancoragem são as justificativas para o entendimento de um fenômeno. Enfim, o capítulo primeiro aborda várias questões inerentes à teoria das representações sociais.

No segundo capítulo discute-se a construção social da doença. Primeiramente, uma breve definição de doença, e, em seguida, explicita questões relacionadas ao processo histórico e social do fenômeno, bem como, a doença e suas relações com as crenças religiosas e suas concepções na atualidade. Por fim, aborda a definição de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em especial, como um construto social.

O terceiro capítulo destaca os temas: a criança e a infância. Aborda questões referentes à construção social da infância, e faz uma analogia entre a formação da criança e o cultivo de plantas, onde se observa que, assim como as plantas, a criança precisa de cuidados para o seu desenvolvimento. Neste capítulo, se retoma as concepções de criança na Idade Média, período em que estas eram tidas como adulto em miniatura, e assim, submetidas a trabalhos forçados

até à atualidade.

Por último, tem-se o capítulo que enfoca aspectos inerentes ao método selecionado para a realização da pesquisa, caracterizando o contexto em que a pesquisa foi realizada, descreve os participantes, os instrumentos de pesquisa, o resultado e as discussões dos dados, sob a ótica da literatura da área.

I - TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

1.1 – Definição

A Teoria das Representações Sociais surgiu como uma resignificação do conceito de Representação Coletiva, utilizado por Durkheim, um dos fundadores da moderna teoria sociológica e da sociologia francesa. Moscovici se esforçou no sentido de trabalhar em prol da construção de uma psicologia social do conhecimento, relacionando o social ao psicológico, e que essa relação é determinada pelo interesse de compreender o modo de vida das pessoas (MELO, 2006). A teoria proposta por Durkheim considerava mais o aspecto social de um grupo, enquanto Moscovici, além de trabalhar aspectos do social, considerava as questões subjetivas dos indivíduos e as relações socialmente construídas..

Partindo dessa preocupação, Moscovici baseou-se na teoria que foi formulada por Durkheim, Representação Coletiva e criou a Teoria das Representações Sociais (TRS). Nesta última, ele afirma que as representações são resultados da interpretação dos vários significados que as pessoas se apropriam para entender o mundo, sendo uma construção mental do objeto, elaboradas através da atividade simbólica do sujeito, contida num processo de comunicação, na totalidade social. As representações sociais (RS) estão presentes em muitas áreas do sistema social, trata-se de uma atividade cognitiva e simbólica dos seres humanos, que parte do individual para o social, ligada a uma rede de conceitos que envolvem diversos elementos do contexto sociocultural (MACHADO, 2007).

Segundo este mesmo autor, uma representação é social porque ela se forja nos grupos sociais, ou seja, é criada por meio de relações. Afirma, ainda, que o sujeito não vive isolado, ele está, desde antes do seu nascimento, ligado ao grupo social. Qualificar uma representação de social implica em reconhecer que, ela é produzida, engendrada e partilhada por um grupo de indivíduos. Apesar desta consideração sobre a construção social da representação, é preciso ter clareza da dimensão dos grupos sociais. Machado (2007) argumenta que os grupos sociais nas sociedades modernas são diversificados e têm acesso a diferentes tipos de informações, imagens, campos de representação. Além do fato de ser forjada nos grupos sociais, uma representação é caracterizada como social, pelo fato de contribuir para os processos de formação de condutas e das comunicações sociais.

Constantes denúncias envolvendo políticos em esquemas de desvio de verbas públicas, por exemplo, criaram nos cidadãos brasileiros uma resistência em acreditar no poder do Estado e na melhoria da nação. Dessa forma, a representação que muitas pessoas tem do

Estado concretiza-se diante das informações que são difundidas pelos meios de comunicação.

Nesta linha, as representações sociais funcionam para uma construção concreta de um determinado fenômeno, elaboradas através da atividade simbólica do sujeito, articuladas e difundidas por meio das comunicações e, estando presentes em todas as áreas do sistema social. Afinal, trata-se de uma atividade cognitiva ou simbólica do ser humano, que parte do individual para o social estando ligada a uma rede de conceitos que envolvem diversos elementos do contexto sociocultural (MACHADO, 2007).

Corroborando às ideias expressas por Machado, Passos e Macedo (2007), por sua vez, mencionam que as representações sociais, formuladas por Moscovici constituem um elemento para a apreensão do mundo concreto, circunscrito em seus alicerces. As RS são relativas aos grupos sociais, isto é, produzida, engendrada, coletivamente com a função específica de contribuir para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais. Antigamente, a televisão exibia imagens de pessoas fumando nas propagandas e, isso influenciava pessoas a consumir esse produto, pois, criava uma representação do cigarro com algo bom que possibilitava a fama e o sucesso. Com o passar do tempo, foi proibida a exibição desse tipo de imagem. Atualmente, a mídia tem discutido sobre o uso do tabaco e os malefícios que ele traz para a saúde da população. Dessa forma, muitos fumantes criaram uma representação negativa de seu vício e, procuram meios para 'livrarem-se' dele.

O estudo das RS contribui para o entendimento de como os indivíduos se percebem e se sentem na relação com a sociedade e frente à realidade. Trata-se de sentimentos, ações e informações que foram reunidas e transformaram em uma teoria do senso comum, sendo possível explicar a sua realidade. No entanto, esta teoria é dinâmica e pode absorver ou excluir elementos de uma realidade. Ressalta-se a necessidade de se direcionar maior atenção aos novos elementos incorporados num dado fenômeno, porque pode oferecer a possibilidade para a mudança da representação social (ARAÚJO, 2008). O conceito de representação social possibilita abarcar a mobilidade do universo psicossocial, e pode ampliar de forma reveladora o conhecimento dos processos de apreensão da realidade social pelo sujeito e a compreensão da construção das estruturas de conhecimento como resultantes desse processo. Permite enfim, interpretar a dialogicidade que define a participação do sujeito na construção da realidade (SOARES; SOUSA, 2007).

Quando se recorre a Acosta (2005), percebe-se que as representações sociais estão relacionadas ao modo de conhecer o mundo. Elas são saberes sociais, isto é, de fazeres que circulam em uma sociedade, que estão vinculadas à cultura popular, erudita e científica, que se mesclam e penetram umas nas outras, e emergem como recursos dos quais uma

comunidade dispõe para dar sentido à sua realidade e entender seu cotidiano. A festa junina brasileira é uma tradição popular que envolve um grande número de pessoas nas atividades de dança, música, fogueira, etc. As representações que se tem dessa festa desdobram-se em alegria, felicidade e muita descontração. A festa junina faz parte da cultura brasileira, assim, muitas escolas incentivam seus alunos a participarem das atividades da festa com o intuito de preservar esta tradição popular.

Por fim, Soares e Sousa (2007) analisaram que as representações sociais tornam possível a expressão simbólica da realidade construindo significações que estão ligadas à subjetividade, de forma a proporcionar a compreensão de fenômenos cotidianos. Ao ouvir a sirene de uma ambulância, por exemplo, a primeira imagem que vem em mente se traduz em um acidente, pessoas feridas, doentes, entre outras situações. A teoria das representações sociais pretende explicar o complexo representação-ação, isto é, uma teoria consensual criada, por um grupo social e a sua ação social forma um complexo, pois todos os elementos estão associados numa teoria para compreender a realidade dada e responder a esta (ARAÚJO, 2008).

1.2 – Emergência da Teoria das Representações Sociais: Serge Moscovici e a psicanálise na França

Inicialmente, a teoria de Moscovici causou uma espécie de receio nos meios intelectuais da época, na França, em parte, pela novidade da proposta. Entretanto, foi um rápido momento de impacto que não produziu desdobramentos visíveis. Mesmo assim, a perspectiva moscoviciano permaneceu ‘encerrada’, no Laboratório de Psicologia Social da *École de Hautes Études en Sciences Sociales*, em Paris, e em ebulição, nos laboratórios de seus colegas como Jean Claude Abric, no sul da França, e outros que também estavam interessados pela nova teoria, na Europa. A teoria das representações sociais, aparentemente, não vingou de imediato na França, por causa da resistência encontrada, fazendo sua reaparição com força total, no início dos anos 80 (ARRUDA, 2002). Um dos motivos dessa resistência foi o fato de os estudos da época encontrarem-se engessados em experimentos científicos sendo que o senso comum, aspecto imprescindível à TRS, não era considerado como objeto de investigação, na verdade, desprezado. Dessa forma, a sociedade científica da época demorou para avaliar a importância da abordagem do senso comum no estudo e no entendimento das relações sociais e suas práticas.

Serge Moscovici foi quem elaborou, pela primeira vez, o conceito de representação

social, no trabalho publicado, em 1978, no Brasil, sob o título: A representação social da Psicanálise. Nessa obra, o autor mostra como a Psicanálise, ao ser difundida em determinada cultura, transforma-se, ao mesmo tempo, em que modifica o social, a visão que as pessoas têm de si e do mundo em que vivem. Dessa forma, a psicanálise, como uma teoria nova sobre o comportamento humano converte-se num componente da realidade cotidiana e transforma-se numa representação social autônoma, sem grandes semelhanças com a teoria original.

A precariedade do transporte público para algumas Regiões Administrativas do Distrito Federal, por exemplo, é uma realidade cotidiana de um grande número de pessoas que necessitam deste meio de locomoção para as suas atividades diárias. Assim, ao vivenciar este processo, os usuários formulam representações sociais ancoradas em suas experiências com o fenômeno que o transporte coletivo é de péssima qualidade, e, por consequência, há um aumento de automóveis circulando pela cidade.

Moscovici fez uma releitura crítica da representação coletiva criada por Durkheim, psicólogo francês, afirmando que as representações coletivas são abrangentes o suficiente para darem conta da produção do pensamento na sociedade (ALEXANDRE, 2001). Nesse aspecto, o conceito de representação social trabalha com uma gama de elementos que envolvem teorias científicas, ideologias e experiências vivenciadas no cotidiano e também com questões ligadas, à Psicanálise, à Comunicação e à Sociologia. Nessa obra, Moscovici apresenta os resultados de sua pesquisa, na qual procura compreender de que forma a psicanálise, ao sair dos grupos fechados e especializados através de sua divulgação pelos meios de comunicação, adquiriu uma nova significação para grupos populares.

Segundo Araújo (2008), a representação coletiva, proposta por Durkheim, não considerava as consciências individuais dos seres humanos, as capacidades que cada indivíduo tem para elaborar um pensamento e que a ação destes não influencia diretamente no fenômeno social. O indivíduo tem papel diminuto na compreensão do social. Os objetos eram construídos coletivamente na união e na colaboração. Desta forma, Moscovici faz uma reflexão crítica e cuidadosa e avalia ser mais apropriada na análise das relações sociais a sua própria teoria, e, assim, substituiu o termo coletivo, por social.

Logo, Moscovici dirige-se ao conceito de representações coletivas de Durkheim para iniciar o percurso da teorização. As representações coletivas em Durkheim apresentavam razoável estabilidade e uma relativa barreira no tocante às representações individuais, configurando-se em algo semelhante que chamava a atenção de Moscovici. Consistiam em um grande aparato que abrigava crenças, mitos, imagens, religião, as tradições. Tal abrangência tornava o conceito, de certa forma, pouco operacional. Apesar do seu interesse

teórico, a teoria das representações coletivas foi deixada de lado pela própria sociologia (ARRUDA, 2002).

A teoria de Moscovici surge e contraria, o paradigma dominante na época, na Psicologia e nas Ciências Sociais. Na Psicologia, a pesquisa de Moscovici, voltada para fenômenos marcados pelo subjetivo, captados indiretamente, cujo estudo se baseava em metodologias inabituais (metodologia que se utiliza do senso comum para a interpretação de fenômenos sociais) na psicologia da época e, dependia da interpretação do pesquisador, fugia aos cânones da ciência psicológica normal. Foi necessário esperar quase duas décadas para que o degelo do paradigma permitisse o despontar de possibilidades divergentes, ou seja, a partir da década de 80 é que a TRS cria força (ARRUDA, 2002).

A TRS operacionalizava um conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade. Parte da premissa de que existem formas diferenciadas de conhecer objetos, presentes nas nossas sociedades, são elas: a consensual e a científica, cada uma gerando seu próprio universo (ARRUDA, 2002). A consensual, resultado de um conhecimento produzido por consenso, nas relações estabelecidas entre os sujeitos de um grupo, e a científica, elaborada por processos empíricos e rigorosos da ciência, universo reificado. Na época, a teoria de Moscovici foi criticada pelo fato de o senso comum não ser considerado parte do conhecimento científico, mas, aos poucos foi tomando espaço até ser reconhecida e usada por estudiosos, em diversas partes do mundo, e em diferentes tipos de pesquisa social.

Vê-se então, o ponto de inspiração para a teoria das representações sociais de Moscovici, que objetiva analisar as informações e ideias construídas pelos grupos urbanos, ou seja, os indivíduos elaboram um conjunto de informações consensuais sobre a realidade, na qual estão inseridos. Por estas características, possui um caráter mais dinâmico e específico, porque estas representações sociais são elaboradas, por pequenos grupos sociais, não se tratando de toda uma sociedade, como nas análises de Durkheim (ARAÚJO, 2008).

1.2.1 – A grande teoria

A teoria das representações sociais proposta por Moscovici em 1961 é considerada a “grande teoria”. Tendo esta como base, surgiram três abordagens teóricas complementares, a de Denise Jodelet; a de William Doise e a de Jean Claude Abric, este último contribuiu com a teoria do núcleo central (SÁ 1998 apud CASTRO, 2002). As abordagens supracitadas serão estudadas, posteriormente, neste trabalho. A representação social, conforme já foi enfocada,

é um construto teórico que foi cunhado por Serge Moscovici em sua tese, *La psychanalyse son image et son public*, na França, que diz respeito às teorias ou ciências coletivas destinadas à interpretação do real. Em seu trabalho, Moscovici investigou as representações sociais da população parisiense. Ele destaca que é no senso comum que se desenvolvem ações interligadas aos preconceitos, ideologias, atitudes, sensações, pensamentos, características de atividades cotidianas das pessoas (CUNHA; NUNES, s/d). Por exemplo, quando se vê uma pessoa com uma mochila nas costas e carregando livros, logo se imagina que seja um estudante. Um jovem com uma Bíblia debaixo do braço, um cristão.

Moscovici (1978 apud ALEXANDRE, 2004) salienta que, a representação social é uma preparação para a ação, tanto por conduzir o comportamento, como por modificar e reconstruir os elementos do meio ambiente. Para ele, o ser humano é um ser pensante que formula questões e busca respostas e, ao mesmo tempo, compartilha realidades por ele representadas. Portanto, nas representações sociais estuda-se o conhecimento produzido pelo senso comum, o conhecimento popular. Este, não se contrapõe ao conhecimento científico, mas, se inscreve numa ordem da realidade, é uma forma de saber diferenciado, tanto no que se refere a sua elaboração como na sua função.

A representação social pode ser considerada como uma modalidade de conhecimento particular que, tem por função, a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos. Podem possibilitar um conjunto de conceitos, frases e explicações originadas na vida diária durante o curso das comunicações interpessoais Moscovici (1978 apud ALEXANDRE, 2004). Por um tempo, o uso de preservativos, foi considerado, por parte da população, com ‘chupar bala com papel’, isso é sem graça, sem prazer e sem função. Entretanto, tais representações foram se modificando, e hoje, a maioria da população adota o preservativo como forma de se prevenir contra as DST’s/ Aids, superando estes mitos.

Neste caso, é importante ressaltar que as representações dos grupos sobre um dado tema, objeto de pesquisa ou situação, pode ser modificada, como aconteceu na situação relacionada ao uso do preservativo. Logo, as vivências entre grupos propiciam mudanças de comportamentos, conforme destaca Oliveira (2006, p. 51):

As experiências registradas, através das vivências individuais/ subjetivas ou sociais/ coletivas dos processos de saúde e doença, permitem que os indivíduos construam suas próprias noções e representações acerca da saúde e dos processos de adoecimento. Não podemos negar entretanto que há uma influência direta do corpo de conhecimento biomédico na formulação dessas representações.

Alexandre (2004) considera que, a representação social se constitui pelo conjunto de

conhecimentos que fazem parte da vida cotidiana das pessoas, através do senso comum que é elaborado socialmente e que funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade. É um conhecimento prático que se opõe ao pensamento científico, no entanto, se parece com ele, assim como os mitos, no que diz respeito à elaboração destes conhecimentos a partir de um conteúdo simbólico e prático. Por exemplo, para se atravessar uma rua não se calcula fisicamente a velocidade ou o peso do carro que está vindo em sua direção, apenas com os conhecimentos do dia a dia, se sabe se há condições ou não para atravessar com segurança.

A representação é o sentido que se atribui aos significados construídos socialmente, sendo que, parte das representações se desenvolve a partir de ações e experiências com uma situação, outra parte está dada nos significados atribuídos pelas pessoas com quem nos relacionamos e em “verdades” adotadas pela sociedade em que se vive, Lane (1981 apud OLIVEIRA, 2006). Sobretudo, Jodelet (1984 apud ALEXANDRE, 2004), por sua vez, retrata elementos inerentes às representações sociais, afirmando que, elas são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideológico em que se vive. São formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos (imagens, conceitos, categorias, teorias), mas que não se reduzem apenas aos conhecimentos cognitivos. Estes são elaborados conjuntamente e compartilhados, contribuindo para a construção de uma realidade comum, possibilitando a comunicação entre os indivíduos. No caso da área da saúde, como a família percebe a criança doente, que tipo de cuidados dispensa a ela, como se relaciona com os profissionais que a acompanham, são permeados por representações. Assim, se acredita que a criança doente deve ficar isolada, e por isso, vai se impetrar esforços para que haja pouco contato social com outras pessoas acreditando que esta é uma saída para a melhoria de sua saúde.

Dessa forma, pode-se perceber que as representações sociais são fenômenos sociais que tem de ser entendidos a partir de seu contexto de produção, ou seja, a partir das funções simbólicas construídas, das ideologias, e das comunicações onde circulam. O conhecimento da realidade é compreendido dentro dos contextos sociais específicos e suas relações devem ser analisada, nestes contextos. No caso, a investigação sobre o fenômeno deve ocorrer nos grupos e no ambiente onde tais processos acontecem. Na escola, por exemplo, a imagem que se tem de uma criança quieta e calada, que quase não se relaciona com os outros, pode referir-se a uma criança comportada. Outra, inquieta e conversativa, uma criança ‘danada’.

As RS não são sistemas fechados que determinam as práticas, mas conformam um conjunto aberto e heterogêneo que é comumente feito, ampliado e problematizado durante a

relação indivíduo-indivíduo e esta, com o meio, produto de uma imensa cooperação e, associada ao acúmulo de experiência de longas gerações, ancoradas em crenças do senso comum, continuamente, criando significados atrelados à experiência, no processo das relações, como se fosse um *feedback* constante, neste processo de interação (GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002).

Nesta linha, se percebe que as RS circulam, cruzam-se e concretizam através de falas, gestos, aliás, encontros no universo cotidiano estabelecendo relações sociais, podendo estabelecer conceitos científicos, da forma em que foram aprendidos e internalizados pelas pessoas. Observa-se que o conhecimento científico pode ser oriundo do senso comum, "a representação social é um corpo organizado de conhecimento (...) graças às quais os homens compreendem a realidade física e social, inserem-se num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas, e liberam os poderes de sua imaginação." (CUNHA; NUNES, s/d).

Uma representação social permite, em princípio, compreender por que alguns problemas sobressaem numa sociedade e esclarece alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores. Compreendemos de que forma chegam e constituem o foco de condutas múltiplas e complexas - tal o papel de orientação das representações; mas a explicação das condutas propriamente ditas deve incluir outras variáveis, e não apenas as representações (HERZLICH, 2005, pp. 61-62).

Dessa forma, falar em representações sociais é referir-se a um modelo teórico, um conhecimento científico, porém, elaborado por meio de imagens e vivências, que visa compreender e explicar a construção desse conhecimento leigo, dessas teorias do senso comum, tendo como objetivo compreender os fenômenos, como destacado por Santos e Almeida (2005). A RS é um fenômeno social que se fundamenta na vida mental e sua análise deve levar em conta os componentes, cognitivo e social. Jodelet (1989 apud SANTOS; ALMEIDA, 2005) destaca que as representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição, a linguagem e a comunicação, a consideração como produto das relações sociais que afetam as representações sociais e a realidade, material, social e ideal sobre as quais elas vão intervir. No caso da vacinação contra a paralisia infantil, se substituiu a agulha pela dosagem em gotas e, associaram uma imagem alegre, branca, simpática e 'fofa', o 'Ze gotinha'. As crianças então se comportam diferente e até se sentem atraídas para a vacinação, minimizando dificuldades que poderiam intervir caso, se usasse a agulha.

A representação social não está calcada no conhecimento científico em si, mas é um saber elaborado e reelaborado, segundo as vivências e as experiências e que dão significados a

determinado fenômeno. São compostas por figuras e expressões, atos e situações que se tornaram comuns ao longo do tempo. É importante perceber que, as interações sociais constituem uma fundamental fonte para o surgimento das representações. No caso, um morador de favela é um sujeito suspeito, em virtude de nela circular uma quantidade significativa de drogas, ou que uma pessoa bem vestida nunca poderia ser um ladrão.

Dotta (2006) argumenta sobre a importância do estudo das representações sociais, enfatizando que esta contribui para uma abordagem da vida mental individual e coletiva, uma vez que, estas envolvem a pertença social dos indivíduos com as implicações práticas, modelos de condutas e pensamentos, que são socialmente transmitidos pela comunicação social, que a ela estão ligadas. Neste caso, como os profissionais de saúde compreendem, definem e se relacionam com a criança hospitalizada. As representações sociais da saúde, por exemplo, segundo Sevalho (1993) sempre foi pautada pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos e as coisas e, os demais seres que o cercam que, por sua vez, são habitadas por elementos carregados de cultura, crenças e valores. Ampliando esta condição, vale destacar quando Le Goff (1991 apud SEVALHO, 1993) destaca que, a doença pertence não só a uma história superficial dos progressos científicos e tecnológicos, mas sim, a toda uma construção de saberes e de práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades.

Desde os tempos imemoriais, o natural e o sobrenatural circundam a doença, por exemplo, crenças, mitos, superstições, mistérios, astros, ar terra, entre outros (SEVALHO, 1993). Dessa forma, percebemos que a cultura também caracteriza e exerce uma influência considerável no fenômeno das representações sociais.

1.2.2 – Fenômeno da objetivação

A objetivação é parte integrante na construção das Representações Sociais e consiste na solidificação de uma realidade de um objeto, isso por meio da construção de imagens. É uma forma de expressar, de modo concreto, o mundo objetivo (LIMA et al, 2008). Em síntese, a objetivação torna concreto aquilo que é abstrato, por meio de imagens. Este fenômeno constitui o núcleo figurativo da representação social. A partir da construção de imagens, sugere-se que o processo de objetivação remete às RS, fundamentando-se nas relações interpessoais favoráveis e no sentimento adquiridos por meio de valores morais (LIMA et al, 2008).

A objetivação é a transformação de um conceito em uma imagem concreta através de

um processo determinado por condicionantes culturais e por valores, gerando uma imagem coerente e de fácil expressão do objeto da representação social. A naturalização dessa imagem, ou núcleo figurativo, confere estabilidade e materialidade à representação social que adquire o estatuto de referência capaz de orientar percepções e julgamentos (MAURÍCIO, 2004). Quanto à imagem, Soares e Sousa (2007) destacam que, ela faz parte da face figurativa sendo necessária para o levantamento de diversos pontos inerentes às RS, como: informações, ideologias, crenças, valores, atitudes, entre outros. Quando os alunos indicam que estudam na Universidade de Brasília (UnB), por exemplo, muitas pessoas criam a imagem de que os mesmos são indivíduos inteligentes, esforçados e talvez até ‘loucos’. Ou mesmo que, em virtude de greves, a universidade pública não funciona, o tempo todo, o aluno não tem aulas.

Corroborando ao fenômeno de objetivação, Lima (2007) destaca que Moscovici tratava que familiarização é sempre um processo construtivo de objetivação, a qual é formada através das interações e das comunicações sociais. Nesse sentido, são construções mentais que permitem os sujeitos interpretar a realidade a partir de seus referentes culturais para dar significações aos objetos sociais. Quando se fala a palavra ‘hospital’, é comum que, a primeira imagem que vem à mente, está relacionada a médicos, enfermeiros, indivíduos internados, e até mesmo morte.

A objetivação também foi descrita por Franco (2004) como a transformação de uma ideia, de um conceito, ou de uma opinião em algo concreto. Cristaliza-se, a partir de um processo figurativo e social e, que passa a constituir o núcleo central de uma determinada representação, seguidamente evocada, concretizada e disseminada como se fosse o ‘real’, daqueles que a expressam. A objetivação está relacionada a homogeneização, cristalização de uma representação de objeto por um grupo de pessoas. Vale destacar que Arruda (2002) afirma que a objetivação configura o cerne e, é o coração da representação social.

1.2.3 – Fenômeno da ancoragem

A ancoragem trata do enraizamento social da representação, sua inserção no pensamento preexistente. Ela desempenha a função muito importante de criar familiaridade com o que é estranho e ameaçador. Nesse processo, podem prevalecer posições preestabelecidas, através de mecanismos de classificação, categorização e rotulação, típicos da ancoragem a respeito do objeto (MAURÍCIO, 2004). Pode-se dizer que, a ancoragem retrata as justificativas de uma determinada situação, fenômeno ou atitude. Por exemplo, a resistência ao uso do preservativo, no casamento, pode estar ligado à concepção de fidelidade

do casal, ou aos princípios religiosos, dependendo do grupo social em que se manifesta.

Machado (2007) destaca que, para Jodelet, o processo de ancoragem se estrutura a partir de três condições: a atribuição de sentido, que é a incorporação da novidade ao já conhecido; associado à instrumentalização do saber, que é a transformação do novo em algo útil e, reforçado pelo enraizamento, no sistema de pensamento, que é a amenização da oposição. O novo ou estranho é familiarizado. O casamento entre pessoas do mesmo sexo, no caso, vem sendo discutido, atualmente, como uma forma de direitos e cidadania. No entanto, essa questão ainda sofre grandes repressões, por parte de opositores, que acreditam ser uma prática anormal e pecaminosa. Esta representação pode ser resultado de concepções preexistentes e de condutas anteriores. No entanto, a constante luta dos homossexuais pela igualdade de direitos, e as informações transmitidas pela mídia acerca do assunto, faz com que, muitas pessoas, se apropriem deste saber visualizando aspectos positivos na união homossexual.

A ancoragem é parte constituinte da Teoria das Representações Sociais, sendo que este fenômeno se compara ao processo de recorrer a um estoque prévio de conhecimento, como aporte necessário para a representação de um objeto, e que é diferente do processo de objetivação, que consiste na solidificação de uma realidade de um objeto utilizando-se de imagens (RODRIGUES, s/d). É interessante notar que, a objetivação é a imagem construída de um determinado fenômeno enquanto a ancoragem corresponde à explicação desse fenômeno, abarcando os conhecimentos preestabelecidos pelo sujeito. Soares e Sousa (2007) afirmam que, para Moscovici, as duas faces, a figurativa (objetivação) e a simbólica (ancoragem) são indissociáveis, quanto frente e verso de uma folha de papel, permitindo compreender que há uma relação entre elas, na constituição da representação social. Ou seja, na objetivação cria-se a imagem de um determinado fenômeno e a ancoragem acompanha este processo para explicar utilizando-se de recursos já construído do objeto representado. Ao se perguntar para um enfermeiro o que é uma pessoa hospitalizada, provavelmente este profissional levará em consideração suas experiências vividas com esse paciente.

Contribuindo e ampliando estes argumentos, Lima et al (2008) ressalta que a ancoragem permite ao indivíduo integrar o objeto de representação em um sistema de valores que lhe é próprio, denominando-o e classificando-o em função dos laços que esse objeto mantém com o cotidiano das pessoas, proporcionando se familiarizarem com o objeto de representação e inseri-lo em seus conhecimentos preexistentes. Franco (2004), por sua vez, aponta que a ancoragem (sistema periférico) exerce um papel relevante no estudo das RS e do desenvolvimento da consciência, por se constituir na parte operacional do núcleo central e, em

função de sua concretização, mediante apropriação individual e personalizada de diferentes pessoas inscritas em grupos sociais diferenciados. A ancoragem consiste no processo de integração cognitiva do objeto representado para um sistema de pensamento social e para as transformações, histórica e culturalmente situadas, implícitas em tal processo. Vale destacar que Abric (1994 apud MENIN, 2007) menciona que o sistema periférico é a parte funcional, um sistema que protege e complementa o elemento figurativo do núcleo central da RS. Por outro lado, o núcleo central é a parte normativa que propicia a produção do consenso em relação a uma representação, que comporta julgamentos, estereótipos e opiniões sobre o objeto da representação, por fim, é a base comum partilhada coletivamente pelas pessoas.

A ancoragem, conforme é desenvolvida por Joletet, enraíza a representação e seu objeto numa rede de significações aos valores sociais dando-lhe coerência. Nesse nível, a ancoragem desempenha um papel decisivo, essencialmente, no que se refere à realização de sua inscrição num sistema de acolhimento de um pensamento já construído para enquadrar a novidade aos esquemas antigos, ou já conhecidos (ACOSTA, 2005). O sistema periférico da representação social não pode ser desconsiderado no processo de apreensão do conhecimento, uma vez que, este sistema contribui na efetivação da representação, nutrindo o núcleo central.

Ainda, segundo Acosta (2005), o contato entre a novidade e o sistema de representações preexistente faz-se na origem das ordens dos fenômenos, ou seja, não surgem do nada, as representações sempre encontram algo que já havia sido pensado, latente ou manifesto. Entretanto, é com o processo de ancoragem que, os dados novos da realidade se fundem aos antigos, fazendo com que as novas representações se integrem aos núcleos que já foram constituídos, por meio de imagens. No caso, no início da era industrial, a criança era vista como um adulto em miniautra, desempenhava atividades como fossem adultos e não tinha seus direitos respeitados. Hoje, tem-se uma nova concepção de criança associada a um ser humano que precisa de cuidados para o seu pleno desenvolvimento, como cidadão. Dessa forma, a sociedade procura meios para diminuir atitudes indevidas que possa comprometer o bem estar desses indivíduos.

É no movimento de ancoragem ou amarração, que o indivíduo torna-se capaz de manter uma das características, mais significativas das representações que é a preservação da coerência, sendo que as novas representações apóiam-se nas já constituídas, facilitando a aceitação, incorporação e adaptando as novas ideias (ACOSTA, 2005). Antigamente, a mulher era vista como futura dona de casa, cuidadora dos filhos e do lar, um ser submisso ao homem e, dependente dele. Com o passar do tempo, a mulher foi conquistando espaço na sociedade e sua representação foi se adaptando a uma nova realidade social. Hoje, muitas mulheres são

independentes e, muitas vezes, mantenedoras do seu próprio lar.

Por fim, a autora destaca que, tratando-se do encontro de uma experiência individual do conhecimento com os objetos sociais, tanto a objetivação como a ancoragem orientam as condutas, percepções e avaliações do indivíduo. Isso implica afirmar que, a objetivação sozinha não garante a fixação do conhecimento advindo das imagens. Para tanto, é necessário o processo de ancoragem, o qual, numa relação dialética com a objetivação, garante o movimento contínuo a essa estrutura de conhecimento.

1.2.4 – Determinantes das representações sociais

Moscovici (1976 apud GRAÇA; MOREIRA, 2004) apresentou três condições necessárias para a emergência de uma representação social: a dispersão da informação, relativa ao objeto da representação, a focalização que se refere à posição específica de um grupo social em relação ao objecto de representação, e a pressão à inferência, que se refere à necessidade que os indivíduos sentem de desenvolver comportamentos e discursos coerentes relativos a um objecto que eles conhecem mal.

A dispersão de informação diz respeito, ao modo de como a informação é apresentada e como ela circula no meio social. Em resumo, como interfere na vida das pessoas e como ela é interpretada pelo grupo. A informação se dissemina de formas diferenciadas, de acordo com as características dos grupos que têm acesso, podendo afetar negativamente, a população. A forma com que a informação é transmitida pode incentivar hábitos e atitudes diferentes entre um grupo, propiciando a criação de um universo consensual. A imagem de mulher ideal que a mídia passa para as pessoas, por exemplo, pode induzir mulheres à busca da perfeição a modificar seus costumes, sua relação social, alimentação, com adoção de dietas ‘absurdas’ e, assim, causar até problemas para sua saúde, por buscar esse idealismo apresentado pelos meios de comunicação, a ‘magreza’.

A focalização relaciona-se com a posição específica que um grupo social possui em relação ao objeto de representação, que determina um interesse específico por certos aspectos desse. É um fenômeno marcado por princípios de moralidade, interesses profissionais e ideologia. Estes fatores fazem com que o conhecimento do indivíduo seja “filtrado” por um conhecimento que seu grupo tenha como parâmetro. O aborto, por exemplo, tema discutido nos meios de comunicação de massa, é permeado por um grupo que defende sua legalização, ao defender este, ser um direito da mulher legislar sobre o seu corpo, e ainda há aqueles que o justificam, apenas, quando a gravidez põe a mãe em risco de morte ou quando a gravidez é

fruto de estupro, ou quando a criança nasce sem cérebro. Por outro lado, o grupo religioso condena essa prática, alegam ser um crime bárbaro e uma afronta contra a vida e contra Deus, além de contrariar os princípios do direito à vida expressos na Constituição Federal.

Por último, a pressão à inferência refere-se à necessidade que os indivíduos sentem de desenvolverem comportamentos e discursos coerentes acerca de um objeto que não conhecem totalmente, por meio da comunicação e a ação, para a adesão do indivíduo às opiniões dominantes do grupo. Para fazer parte de um grupo religioso, por exemplo, o indivíduo tem de apropriar-se de um novo conhecimento e estar em sintonia com o grupo. Dessa forma, para ser incluído neste grupo, requer do novo integrante renunciar suas antigas práticas e atitudes, isto fica, explícito naquelas pessoas que anteriormente eram consideradas ‘roqueiras’ e, depois de entrar para um grupo religioso, decidem não cantar e nem dançar, atendo-se às músicas de cunho religioso.

1.2.5 – Dimensões das representações sociais

Os conteúdos de uma representação social podem ser organizados em três dimensões, a saber, a dimensão do campo da representação, a dimensão da atitude, e a da informação (MOSCOVICI 1978 apud ACOSTA, 2005). A primeira dimensão, campo da representação, diz respeito à estrutura interna dos conteúdos inerentes ao fenômeno. A estrutura possibilita observar que, uma representação é sempre uma unidade de elementos ordenada e hierarquizada. As percepções de um fenômeno são obtidas, primeiramente, pelos recursos que estão disponíveis às pessoas em seu cotidiano, e depois, os usa para formular as representações do objeto. Para compreender melhor este assunto, a doença de chagas, por exemplo, tem como agente transmissor o barbeiro, assim, as pessoas ficam receosas ao ver um barbeiro e, procuram logo eliminá-lo, crenças de que, ao se proteger deste inseto, estão livres da doença.

A dimensão da informação está ligada à qualidade de informações que o grupo adquire sobre o objeto da representação. Nesta dimensão, pode-se inferir que o nível de conhecimento das pessoas sobre um determinado assunto está relacionado, também, ao uso dos meios de comunicação que subsidiam a aquisição de conhecimento e, assim, a representação de um fenômeno. No caso, qual o nível de instrução a população possui sobre o câncer de pele, por exemplo. A mídia traz uma referência ao período do dia que é aconselhável ficar sob a exposição ao sol, e os períodos propícios à doença. Dessa forma, as pessoas posicionam-se e protegem-se usando bloqueador solar ou evitando tempo prolongado ao sol forte. No entanto,

há quinze anos atrás as pessoas tomavam sol livremente, sem protetor, inclusive ficando horas a fio expostas aos raios solares, para ficarem naturalmente bronzeadas.

A atitude, terceira dimensão das representações sociais, se constitui, por meio das experiências subjetivas do indivíduo, fruto de processos obtidos na interação social, e é por meio dela que o homem dá sentido a um comportamento e o integra nas relações ligadas ao seu objeto (ACOSTA, 2005). O estupro, por exemplo, tem sido, atualmente, refletido nos meios de comunicação de massa, a fim de conscientizar as pessoas sobre esse crime hediondo, e assim, fazer com que as vítimas desse abuso, não sofra em silêncio, mas sim, denunciem. Dessa forma, a população se posiciona em apoio às vítimas, com vistas a eliminar este tipo de atrocidade.

1.2.6 – Finalidades das representações sociais

Abric dedicou parte de seu tempo para elaboração de quatro funções que dão direcionamento e sustentam as finalidades das RS (ABRIC 1994 apud LIMA; SOUZA; TRINDADE, 2011). Sendo que, as representações possuem papel importante nas relações e práticas sociais das pessoas. As funções descritas por Abric são: função do saber, função identitária, a de orientação e a função justificadora. Tais funções estão discriminadas, a seguir.

A primeira função, do saber, torna possível aos indivíduos e grupos adquirirem conhecimentos comuns através da comunicação permitindo, dessa forma, a compreensão de uma dada realidade. As representações, como teorias do senso comum, permitem que os indivíduos compreendam e expliquem a realidade, facilitando a comunicação social. A discussão pela via midiática torna familiar um fenômeno que era restrito a um grupo. Por exemplo, a inseminação artificial já foi objeto de preconceito, e ainda o é, por grande parte da população conservadora, por considerar que essa prática foge dos moldes convencionais de reprodução dos seres humanos. No entanto, a mídia conscientizou as pessoas da importância da inseminação artificial para o bem da humanidade e que não há um desejo de substituir Deus. Hoje, esse procedimento é mais aceito, pelo fato de muitos casais não poderem ter filhos por causa de algum problema ligado à infertilidade, e, graças a esse procedimento médico, poderem ter a felicidade de serem pais.

A função identitária possibilita aos sujeitos valorizar as características de todos que compõem um determinado grupo. Neste sentido, criam uma imagem positiva deste e a construção de uma identidade coletiva, porém, se busca preservar as particularidades dos sujeitos. Através das representações os grupos elaboram suas identidades sociais e definem

suas especificidades. Esta função pode ser vista em alguns grupos religiosos em que seus participantes usam roupas longas, social ou algo que os diferencie dos demais, como o véu. Dessa forma, o grupo expressa sua identidade por meio de comportamentos peculiares ao grupo, e por suas vestimentas, inclusive.

A função de orientação tem a finalidade de guiar as condutas dos sujeitos, conduzindo-os a determinados comportamentos e práticas. Essa função é importante, pois, pode influenciar as práticas e costumes de um determinado grupo de pessoas. A música rap foi e ainda é, vista por uma parcela da população como música de ‘vagabundo’, ‘bandido’, e de pessoas ‘sem perspectiva de futuro’. Atualmente, este tipo de música tem ganhado espaço na sociedade sendo usada até na ressocialização de jovens infratores e considerada uma voz de protesto, sendo avaliada como engajada e, sendo reflexo das questões sociais que afetam os excluídos.

Por fim, a função justificadora possibilita aos indivíduos explicar suas condutas e atitudes. Como as representações orientam os comportamentos, elas permitem também justificá-los. Então, os indivíduos justificam determinadas condutas por meio das representações construídas (GUARESCHI; NAUJORKS, s/d). No caso, sabe-se que muitos familiares buscam escolas particulares para os seus filhos, mesmo com dificuldades financeiras, porque acreditam que a pública não tem chancela para permitir que, os alunos concorram ao vestibular, em virtude do ensino de baixa qualidade atribuída ao ensino público.

1.2.7 – Objeto de estudo das representações sociais

Doise (1985 apud SOUZA, 2005) destaca que o propósito da teoria das representações sociais é o estudo científico do senso comum, que, por sua vez, é o próprio objeto de estudo, na medida que, essa modalidade de conhecimento varia conforme inserções específicas num contexto de relações sociais. Ou seja, é no senso comum que se produz o conhecimento e eles são diferenciados nos grupos sociais. Moscovici ao apresentar a epistemologia das representações sociais, diferencia o senso comum do pensamento científico, discutindo também a transformação de um tipo de conhecimento para o outro. Para ele, o senso comum inclui uma diversidade de imagens e laços mentais que são utilizados por todos, quando tentam resolver problemas ou prever seu aparecimento. Essa forma de conhecimento é reconhecido por todos, decorre da necessidade de compreender o mundo em que vivem. É produzido pelos membros do grupo, sendo baseado na tradição, no consenso, nas relações sociais e em informações (SOUZA, 2005).

Esta autora, salienta que, para Moscovici a ciência e as representações sociais são, ao mesmo tempo, tão diferentes e complementares entre si. Sendo que, o conhecimento científico é trabalhado pelos grupos sociais, esses para poderem lidar melhor com esse material, o transforma em um objeto familiar o moldam através de mecanismos que o tornam inteligíveis.

Logo, as explicações do senso comum é o objeto de estudo das representações sociais. Moscovici interessou-se pelo conhecimento do senso comum, por considerar que esse conhecimento é que orienta, a maior parte das comunicações e dos comportamentos da vida cotidiana dos seres humanos, além de ser acessível para dar sentido a realidade (CARVALHO, 2009). Diante do exposto, o fenômeno da violência na escola, por exemplo, pode ser considerado um objeto de representação social, pois é de conhecimento da maior parte da população brasileira. Ou seja, a pessoas já têm capacidade para criar seus próprios conceitos de violência escolar, pois já adquiriram propriedade por meio das informações que se cruzam e se circulam na sociedade. Por outro lado, a Síndrome do Manguito Rotador não pode ser um objeto de estudo das representações sociais, pois é um saber restrito a um grupo de profissionais da saúde, estando, portanto, ausente do domínio social.

1.3 – Contribuições à Teoria das Representações Sociais

Melo (2006) enfatiza que, desde que a Teoria das Representações Sociais foi apresentada por Moscovici em 1961, surgiram diferentes abordagens complementares ao seu estudo. Essas abordagens representam, como é próprio no desenvolvimento de uma teoria, concepções variadas, mas que não se incompatibilizam com a teoria de Moscovi, denominada de a grande teoria, mas contribuem para a sua ampliação. Atualmente três abordagens teóricas se destacam, lideradas por Denise Jodelet, Willem Doise e Jean-Calude Abric. Todos eles trabalharam juntos como assistentes de pesquisa, na década de 60, no Laboratório de Psicologia Social, cujo diretor era o próprio Moscovici.

1.3.1 – Abordagem culturalista de Jodelet

Segundo Oliveira (2010), a abordagem culturalista de Denise Jodelet foi desenvolvida na *Écoles des Hautes Études em Sciences Sociales*, na França, e focaliza a articulação entre as dimensões sociais e culturais que conduzem às construções mentais e coletivas. Nessa abordagem, as representações sociais implicam em estudar questões levantadas pela articulação de um conjunto de elementos e de relações que podem ser condensadas nas

formulações: “Quem sabe e de onde sabe?”; “O que pensa?”; “Porque pensa?” e “Como pensa?”. Esta autora reconhece as RS como sistemas de interpretação que conduzem a interface com o mundo e com os outros e, precípuamente, organizam comportamentos e as comunicações sociais. Além disso, interferem na apropriação do conhecimento, no desenvolvimento individual e coletivo, na definição das identidades particulares e coletivas, na expressão dos grupos sociais e suas transformações.

A abordagem culturalista de Jodelet, é destacada por Melo (2006) como a ‘mais fiel’ à teoria original. Privilegia, um enfoque histórico e cultural para a compreensão do simbólico. Considera as RS como um instrumento teórico capaz de dotar os sujeitos sociais de uma visão global do que é o homem em seu mundo de objetos. Em especial, documentos que registram as práticas e comportamentos de uma determinada sociedade ou grupo social e as interpretações que tais práticas recebem nos meios de comunicação de massa e que retroalimentam as representações, atribuindo-lhe um caráter dinâmico. A RS são entendidas como o estudo dos processos e dos produtos, por meio dos quais os indivíduos e os grupos constroem e interpretam seu mundo e sua vida, permitindo a integração das dimensões sociais e culturais com a história.

A abordagem culturalista de Jodelet, também foi comentada por Lima et al (2008), caracterizando que, ao considerar que as representações são criadas para a adaptação e interação no mundo, entende-se que elas sempre se apoiam em valores, tanto ideológicos como culturais, segundo os grupos sociais de onde tiram significações relevantes para o entendimento de fenômenos. Por exemplo, a esquizofrenia é uma doença que causa transtornos mentais e afeta a estrutura vivencial, tanto familiar quanto na sociedade. O indivíduo pode ficar agressivo, gritar, chorar, entre outros comportamentos. Dessa forma, pessoas com essa doença foram, por muito tempo, representadas como ‘loucas’, pois este estereótipo foi criado, por grupos sociais, para entender a doença. Vale informar que, Jodelet fez seus estudos sobre a representação social da loucura, já que a esquizofrenia é um conhecimento restrito a um grupo de profissional e, não acessível à população, em geral.

1.3.2 – Abordagem societal de Doise

A abordagem societal das representações sociais foi desenvolvida na Escola de Genebra, por Wilhem Doise. Nesta abordagem, busca-se encontrar e compreender o objeto das representações a partir de uma perspectiva mais sociologizante, considerando as relações entre grupos (ARRUDA, 2002). Na perspectiva de Doise, as representações sociais são

consideradas como princípios propulsores de tomadas de posição ligadas às inserções específicas, dentro de um conjunto de relações sociais, e que organizam os processos simbólicos que intervêm, nessas relações. Esses princípios estão ligados a inserções específicas dentro de um conjunto de relações sociais e organizam os processos simbólicos que intervêm nessas relações (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

A abordagem societal desenvolvida por Doise, pressupõe a junção de quatro níveis de análise das RS, os quais são: intraindividuais, interindividuais, intergrupais e o societal. O primeiro focaliza o modo como os indivíduos organizam suas experiências com o meio ambiente. O segundo centra-se nos sistemas de interação e princípios explicativos das dinâmicas sociais. O terceiro leva em conta, as diferentes posições que os indivíduos ocupam nas relações sociais. O último enfoca, os sistemas de crenças, representações, avaliações e normas sociais, adotando o pressuposto de que as produções culturais e ideológicas que dão significação aos comportamentos dos indivíduos e criam as diferenciações sociais (ALMEIDA, 2009). Sabe-se que a hanseníase não é uma doença transmissível, no entanto, em virtude a sua história e gênese de representação, a população evita contato com as pessoas portadoras. E por isso, a mudança do nome 'lepra' para hanseníase para reduzir o estigma e o preconceito, gerando novas representações.

Pereira, Torres e Almeida (2003) salientam que Doise desenvolveu a abordagem societal das representações sociais para, entre outros objetivos, analisar as relações intergrupais que se desenvolvem no interior de uma sociedade. Essa abordagem explica o favoritismo endogrupal, não mais em termos de motivações psicológicas, mas como consequência da dinâmica própria das relações entre grupo. Nessa perspectiva, a representação é definida como uma forma de relação intergrupala organizada, produzindo representações ideológicas, bem como a expressão de comportamentos e atitudes.

Contextualizando esta abordagem, Doise desenvolveu o estudo das relações entre o sistema operatório e o metassistema normativo, no desenvolvimento das cognições, mostrando que é possível adotar uma abordagem mais integrada das atitudes, articulando o estudo no nível do indivíduo à sua inserção em sistemas de natureza societal e às relações simbólicas entre atores sociais, sem se restringir a diferenças entre indivíduos, mas incluindo diferenças entre grupos e entre culturas. No caso, antes do 11 de setembro, os mulçumanos eram percebidos nos Estados Unidos da América como colaboradores, após o mesmo, são identificados e rotulados como terroristas. Ainda, no que tange ao desenvolvimento cognitivo, Doise mostra, através da análise de várias pesquisas, como o estudo das representações sociais em crianças que se constitui em terreno privilegiado para investigar a

intervenção de regulações sociais no funcionamento cognitivo. Pesquisas em diversas áreas como, moral, papéis sexuais, bem como, sobre desenvolvimento cognitivo, são revistas a fim de mostrar as vantagens dessa abordagem, na perspectiva das representações sociais (ALVES-MAZZOTTI, 1994).

Em síntese, o grupo de pesquisa, liderado por Doise na Suíça, articula as RS numa perspectiva mais sociológica, enfatizando a inserção social dos indivíduos como fonte de variação dessas representações. Desta forma, é evidente que o objetivo dessa abordagem é conectar o individual ao coletivo e, paralelamente, articular explicações de ordem individual com explicações de ordem societal, evidenciando que os processos de que os indivíduos dispõem para funcionar em sociedade são, predominantemente, orientados por dinâmicas sociais, como crença, valores, interações (ALMEIDA, 2009).

1.3.3 – Teoria do núcleo central de Abric

Melo (2006) relata que a Teoria do Núcleo Central nasceu da tese de doutorado do seu autor, Jean-Claude Abric, defendida em 1976, sob a orientação de Moscovici, com o título *Jeux, conflits et représentations sociales*. Abric propõe a teoria do núcleo central, destacando que uma representação apresenta uma modalidade particular, afirmando que os elementos da representação não são apenas hierarquizados, mas toda representação está organizada ao redor de um núcleo central, constituído por um ou vários elementos que dão sua significação à representação. Por exemplo, o núcleo central representativo de boa escola, indica que há bons professores, metodologia adequada, baixo índice de reprovação e que, essencialmente, busca a qualidade de ensino sob a ótica dos familiares, para os alunos, pode ser um espaço de aprendizagem constantes, ter materiais e espaço para laboratório e aulas de informática, além de seu cunho grupal, ter amigos.

Por outro lado, Oliveira e Costa (2007) remetem a questão da abordagem estrutural e afirmam que, para Abric, o núcleo central constitui a base comum e consensual de uma representação social, aquela que resulta da memória coletiva e do sistema de normas, ao qual certo grupo se refere, constituindo-se em prescrições absolutas. A imagem representativa que se tem da polícia, como autoridade, ordem, entre outros, por exemplo, está ligada ao conhecimento comum e consensual que constitui o núcleo central da RS. É preciso ressaltar que, a teoria do núcleo central proposta por Abric implica uma consequência metodológica essencial: estudar uma representação social é a princípio, e antes de qualquer coisa, buscar os constituintes de seu núcleo central. O que fornece consistência e relevância a esse conteúdo é

sua organização, sua significação e seu sentido (FRANCO, 2004). Quando a autora afirma que estudar uma representação social e encontrar os componentes do núcleo central, pode-se inferir que as primeiras imagens formadas pelo grupo, são resultados da apreensão da realidade advindas do consenso, das relações sociais e individuais. Em suma, o núcleo central é formado pelos conhecimentos dessa realidade.

Oliveira e Costa (2007) destacam que Abric classificou os elementos do núcleo central em dois tipos, que são: funcionais e normativos. Estes últimos seriam diretamente originados do sistema de valores dos indivíduos, consistindo em uma dimensão fundamentalmente social do núcleo. Por sua vez, os primeiros são associados às características descritivas e à inscrição do objeto nas práticas sociais ou operatórias, determinando as condutas diante do objeto. Ou seja, o elemento normativo é carregado de crenças, costumes, ideias, que forma a imagem de um fenômeno, e o elemento funcional é o resultado de experiências e vivências do indivíduo que dá significado à imagem e nutre o núcleo central. Quando as pessoas relacionam a escola como um ambiente de aprendizagem, educação e lazer, por contribuir para a formação dos alunos, estão ancorando este conhecimento nas experiências preexistentes.

Ribeiro e Jutras (2006), por sua vez, afirmam que, uma representação é formada por elementos constitutivos (informações, crenças, opiniões e atitudes) organizados e estruturados de acordo com um núcleo central, o qual foi desenvolvido por Abric, em sua tese de doutoramento. A representação de saúde pública que as pessoas têm, por exemplo, é concretizada por meio das informações e situações vividas pelos cidadãos. Assim, quando a mídia transmite para a população a precariedade dos hospitais públicos, ou quando uma pessoa não tem um bom atendimento na rede pública de saúde, desenvolve a imagem deste fenômeno e difunde a informação para o grupo em que se encontra inserida.

O núcleo central é determinado por condições históricas, sociológicas e ideológicas, marcado pela memória coletiva e pelo sistema de normas e valores. É ele quem atribui ou transforma a significação (um sentido, um valor) ao objeto representado, assegurando a permanência e a perenidade da representação, aliada à compreensão da realidade e definindo os princípios fundamentais em torno dos quais se constituem as representações. Em resumo, é simples, concreto, consensual, historicamente marcado, imagético e coerente, com forte valor simbólico e poder associativo (RIBEIRO; JUTRAS, 2006). Ao se referir à concepção de família, há grupos que a representam constituída por pai, mãe e filhos, reconhecida como nuclear, ainda, aqueles que sobressaltam a formação monoparental, em que há composição apenas com mulheres, as recasadas, onde há filhos de cada um dos parceiros e ainda, a união homossexual.

Por fim, a organização das representações sociais está ancorada ao redor do seu núcleo central, sendo este o elemento que subsidia seu sentido fundamental. Assim, como característica ontológica de um núcleo central de determinada representação, ressalta-se a natureza do objeto representado, o tipo de relações que o grupo mantém com este objeto e o sistema de valores e padrões sociais que constituem o ambiente de vida, em sua dimensão objetiva ou subjetiva, do indivíduo e do grupo (GOMES; OLIVEIRA, 2005).

A importância da TRS é inegável, em especial, por permitir compreender a gênese, a formação e os sistemas cognitivos e metacognitivos que estão vinculados a um dado objeto. Desta forma, as práticas e as condições de emergência são identificadas e balizadas nos distintos grupos. Sabe-se que nem todos os objetos são passíveis de terem suas representações, principalmente, a dispersão da informação e a discussão entre os grupos são condições essenciais. Com este conhecimento é possível provocar transformações nas representações e no comportamento dos sujeitos e vice-versa.

II – A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DOENÇA: PERSPECTIVAS

2.1 – Definição

A doença é um fenômeno que atormenta a existência humana, desde os primórdios. O caráter de poder dar fim a uma vida humana, confere a ela, um tipo mórbido, tenebroso e cruel, e até sobrenatural, contra o qual se deve lutar, embora, sem saber da certeza da vitória. Seu significado e causa podem estar vinculados aos aspectos da natureza, às questões religiosas como castigo ou merecimento, por alguma conduta inadequada, estarem associados aos componentes mágicos e sobrenaturais, conforme aspectos sociais, culturais e do contexto em que é analisada (OLIVEIRA, 2006).

Na concepção médica, a doença pode ser entendida de forma isolada, ou seja, levar em consideração apenas o sujeito e não, o mesmo em sua totalidade, como as relações sociais, seu convívio familiar, seus costumes, e outros. Por ser um fenômeno muito amplo, não há um conceito único de doença. O fenômeno da doença é explicado por Oliveira (2006), considerando dois modelos. O primeiro é o endógeno, resultado de reações internas ao corpo, o segundo é o exógeno, resultado de uma intervenção exterior como microorganismos, vírus ou espírito patogênico. É vista como um acidente, devido à ação de elementos estranhos exterior ao organismo. De um lado, pode ter origem na vontade antropomorfa como feiticeiro, gênio, espírito, diabo ou até mesmo Deus, como forma de destino pré-determinado ou também ser interpretado, por meio de questões relacionadas ao meio geográfico, questões climáticas, condições ecológicas e sociais. Atualmente, muitas pessoas apontam que a poluição atmosférica é um das responsáveis por muitos distúrbios e devaneios na saúde da população, por exemplo, ardência nos olhos, na garganta e alergias podem ser resultados de partículas nocivas presentes no ar atmosférico.

Na sociedade capitalista, o conceito de doença tende a se centrar na biologia individual, isso compromete seu caráter social. Contudo, “partindo de uma conceituação tradicional tanto a doença como de suas causas supõem que a social atue como qualquer fato biológico.” (LAURELL, 1982, p. 10). A sociedade capitalista visa obter cada vez mais lucro, assim, ao tratar da doença como algo biológico e minimizar o aspecto social, o indivíduo acaba gastando mais no cuidado com a saúde. Ou seja, se um mal estar de uma pessoa, advinda de caráter social, por exemplo, problema familiar, que poderia ser resolvido por meio de conselhos, diálogos e relações, muitas vezes, é analisada e tratada pelo profissional de saúde como doença física, fazendo com que, o paciente se submeta ao uso desnecessário de

medicamentos.

2.1.1 - Doença como processo histórico e social

O caráter social da doença foi discutido nos anos sessenta, período de grandes transformações sociais. Nesta discussão, utilizou-se além das ciências naturais, as ciências sociais, para explicar o fenômeno da doença, o qual não se contrapõe ao biológico, mas o analisou como um processo histórico e o social (LAURELL, 1989 apud OLIVEIRA, 2001). Entende-se a doença como um processo social, resultado da forma de vida de cada pessoa, das relações do homem consigo mesmo, das que ele tece com os outros, com a sociedade, em geral e, efetivamente, com a natureza.

Se analisarmos a literatura epidemiológica (...) observamos que se lida essencialmente com dois conceitos que, no fundo, não são discrepantes. O primeiro é o conceito médico-clínico, que entende a doença como um processo biológico do indivíduo; o segundo é o conceito ecológico, que vê a doença como resultado do desequilíbrio na interação entre o hospede e seu ambiente. (LAURELL, 1982, p. 10).

Quando a autora fala da “interação entre o hospede e seu ambiente” entende-se essa afirmação, no sentido de que, as relações são socialmente estabelecidas entre os sujeitos, ou seja, relações sociais. A autora ainda destaca que, o processo saúde-doença tem, realmente, caráter social. Assim, vale ressaltar que Le Goff (1991 apud SEVALHO, 1993, p. 352) chama a atenção para o fato de que "A doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos, como também, à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades." O caráter simultaneamente, social e biológico do processo saúde-doença não se contrapõem, no entanto, é possível ser analisado do ponto de vista metodológico: social e biológico (LAURELL, 1982). Assim, para verificar o conceito de doença é de extrema importância e, de grande pertinência, a junção dos dois olhares construídos e fomentados pela autora. Esta mesma autora, também descreve ideias para se analisar o caráter histórico da doença:

A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos. Ainda que provavelmente a "história natural" da tuberculose, por exemplo, seja diferente, hoje, do que era há cem anos, não é nos estudos dos tuberculosos que vamos apreender melhor o caráter social da doença, porém nos perfis patológicos que os grupos sociais apresentem (LAURELL, 1982, p. 3).

Desde os anos sessenta vem crescendo a discussão sobre o conceito de doença. Discute-se a ideia de doença como sendo algo estritamente biológico ou social. No entanto, este assunto é muito extenso e sabe-se que há questionamentos em conceituar a doença como um fenômeno, meramente, individual (LAURELL, 1982). A doença tem caráter histórico e social, isto significa, existe uma trajetória que aponta o seu significado, como lidar com ela e ainda qual o lugar melhor para curá-la. As pessoas não estão limitadas a fazer representações de doença apenas, no âmbito biológico.

Esta mesma autora salienta que não se pode compreender empiricamente, o desenvolvimento histórico da doença estudando apenas características nos indivíduos, mas, especialmente, todos os processos que ocorrem na coletividade humana. Vale dizer que, para se destacar o caráter social da doença, deve-se estudar o tipo, a frequência e os demais quesitos dos diversos grupos sociais que constituem a sociedade. O conceito de doença pode se diferenciar de classe social para classe social. Como era vista e percebida a doença mental na época de Philippe Pinel, e como é compreendida hoje. Na época de Pinel, os doentes mentais eram acorrentados e confinados em asilos, eram tratados como criminosos. Hoje, as pessoas com esse tipo de problema, são acompanhadas por médicos especialistas que auxiliam o paciente no tratamento e estão inserida na sociedade, trabalhando, estudando, sendo produtivas.

Gonçalves (2000 apud OLIVEIRA, 2006), por sua vez, aponta que, a história da tuberculose, no final do século XIX, atormentava a elite médica do Brasil, sendo a doença associada à pobreza e à precarização da higiene. Os cortiços eram vistos como mantenedores e acumuladores de sujeira propiciando doenças, e, assim, sujeitos ao perigo social. A falta de informações sobre a origem da doença criava representações diferenciadas sobre esta e o seu contágio, associando com habitação, condições de vida, aparência física e trabalho.

Logo, "as formas sociais de expressão da doença, os processos de prevenção e enfrentamento da doença, e a escolha dos meios de tratamento dependem do contexto cultural." (OLIVEIRA 2006, p. 37). Na cultura de povos indígenas, por exemplo, a maioria das doenças são tratadas com ervas colhidas da natureza, acompanhadas de rituais de cura que são preparados e conduzidos, por um pajé.

2.1.2 - Doenças e crenças religiosas

No passado, a doença era vista como resultado da desobediência humana e, assim, castigo divino. A enfermidade proclamava o pecado, em sua maioria visível, como é o caso da

lepra, uma doença contagiosa que sugere o contato entre corpos humanos, contato que pode ter evidentes conotações pecaminosas (SCLIAR, 2007). Sobre a lepra, sabemos que o leproso, com era chamado em tempos passados, vivia isolado da comunidade não podendo ter qualquer contato com pessoas saudas, pois, era conhecida como uma enfermidade altamente contagiosa e comprometeria a saúde dos outros. Era uma doença incurável e, vista como um castigo divino, a exemplo, história de Jó, descrita em seu livro, na Bíblia Sagrada.

Por outro lado, o suíço Paracelsus (1493-1541 apud SCLIAR, 2007) afirmava que as doenças eram provocadas por agentes externos ao corpo e que, os processos que ocorrem no seu interior são químicos, sendo assim, necessários remédios químicos para expulsar as doenças. Desta forma, Paracelsus passou a administrar ,em pessoas doentes, pequenas doses de minerais para o tratamento da sífilis, doença que vigorava na Europa em sua época. Diante disso, percebe-se que no século XV já havia preocupações constantes, em sanar doenças que desafiavam a saúde da população da época e, isso era feito com o intuito de preservar, cada vez mais, a vida.

No entanto, "Entre os povos sem escrita, a doença era vista como resultado de influência de entidades sobrenaturais, (...) a doença participava das crenças religiosas, era obra dos deuses. (...) maldições ou castigos divinos, ainda hoje, revestem as representações de saúde e doença." (SEVALHO,1993, p. 352). Na atualidade, muitas religiões apregoam que, a maioria das doenças incuráveis presentes no mundo, por exemplo, a Aids, é o resultado da ira de Deus sobre a humanidade, que se encontra perversa, cheia de malícia, descrente e pecaminosa.

Reflexões sobre este tipo de concepção de doença, ligada às crenças e à espiritualidade não são unívocas "Assim a doença é representada pela presença de alguma coisa, que pode ser,(...) um espírito, um 'feitiço', um tumor, é algo estranho ao corpo, um mal a ser extraído, o pecado que deve ser retirado (no contexto histórico-cultural do cristianismo)" (OLIVEIRA, 2006, p. 31). Também, pode-se perceber que, em algumas culturas, a mitologia ainda vigora de forma muito visível, na contemporaneidade, esclarecendo que a doença é um construto histórico e coletivo, conforme afirma Caprara (1998 apud OLIVEIRA 2006, p. 45):

'Omolu' é o orixá das epidemias e das doenças de pele. Do ponto de vista histórico, as antigas epidemias de varíola na Bahia produziam um vasto fenômeno religioso e seu culto tomou grandes proporções. No candomblé, o conceito de doença transmissível está associado a esse orixá, e a manifestação de doenças está ligada a uma punição da divindade contra os que a ofenderam ou como consequência de um comportamento individual não condizente com os fundamentos relacionados à divindade.

Por outro lado, Galeno (129-199 apud SCLIAR, 2007) via a causa da doença como endógena, ou seja, estaria dentro do próprio homem em sua constituição física ou em hábitos de vida que levassem ao desequilíbrio. Nesta perspectiva, o hábito de comer muito doce, por exemplo, poderia desenvolver no indivíduo algum tipo de doença que comprometeria a saúde e poderia levá-lo à morte. Percebe-se que o fenômeno da doença é explicado e entendido por vertentes diferenciadas, como é o caso das crenças religiosas. Logo, a doença não está relacionada apenas, às questões físicas, psíquicas, e sociais, mas sim, a diversidade de conhecimentos que são desdobramentos da cultura.

2.1.3 - A doença e sua concepção na atualidade

Laurell (1982) destaca que a erradicação de algumas doenças infecciosas está ligada ao avanço de questões relacionadas às campanhas e ao uso de vacinas. Atualmente, existem vacinas para várias doenças como, malária, gripe, sarampo, caxumba, febre amarela, etc. As campanhas de vacinação vão desde panfletos, *banners*, aos noticiários televisivos e visitas domiciliares, realizadas por profissionais de saúde. Este tipo de atitude gera uma diminuição ou até mesmo, a eliminação de patologias que comprometem a saúde da população, aumentando, assim, a longevidade das pessoas. Quando se refere à doença surgem elementos relacionado à incapacidades, limitações, dor e até mesmo morte. Estes pensamentos são evocados ao lidar com o processo de doença que acontece na vida de familiares e de amigos. Dessa forma, cria-se imagens diferenciadas do fenômeno doença.

"O que é o doente? Um ser humano diferente, que talvez tenha sua vida encurtada." (SEGRE; FERRAZ 1997, p. 541). Esses dois autores trazem a ideia de doença, de uma forma realista e, talvez, radical, pois ,não se pode afirmar que uma pessoa doente é diferente ou que sua vida está se acabando. Todavia, esses autores tenham se referido a algum tipo de limitação individual, por exemplo, locomoção, ao falar de "vida encurtada". Não se pode negar que uma pessoa adoecida pode ter seus comportamentos alterados e, dessa forma, provocar mudanças em todo o seu contexto familiar e em suas rotinas. "A doença age como fator de ruptura de um fluxo cotidiano, fazendo com que a pessoa enferma e seus familiares necessitem de nova reorganização das suas atividades diárias." (GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002, p. 1213).

No caso da criança que se encontra hospitalizada, sua rotina muda completamente, pois, não tem condições de ir à escola ou até mesmo acompanhar a evolução dos estudos desenvolvidos na sala de aula. Assim, se verifica a necessidade de se ter profissionais da

educação para subsidiar essa criança, na aquisição de conhecimentos até a alta hospitalar. A doença é assustadora para qualquer pessoa, no entanto, ela se torna mais inquietante para as crianças. Pode fazer com que a criança se sinta confusa, com medo, assustada, zangada e até mesmo, abandonada e sozinha, uma vez que, a família e amigos não estão presentes como antes. Sentimentos de solidão são comuns nesta fase. O corpo perde o vigor e a criança já não pode fazer mais o que antes fazia, correr, brincar e ter autonomia. Nesta hora, elas precisam de cuidados especiais dos adultos para passar este processo da doença (MCGRATH, 2004).

Ficar doente e ter de passar por cuidados médicos pode ser assustador para a criança, sendo necessário ter alguém, ao seu lado, neste momento. Tomar injeção, por exemplo, não é nada divertido, algum familiar pode estar presente e acalmar a criança. É comum que ela tenha medo, na hora da medicação, sentindo-se insegura. Ao ficar internada, a criança não poderá mais brincar normalmente, no entanto, ela pode desenvolver algumas atividades como desenhar, cortar figuras e montar um álbum, ler algum livro favorito ou até mesmo jogar videogame (MCGRATH, 2004).

Corroborando essas ideias, Herzlich (2005) ressalta que, por ser algo que ameaça ou modifica determinada situação, que interfere na vida individual e pode refletir na nossa inserção social e no equilíbrio coletivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira.

2.2 - Definição de saúde segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)

O conceito da Organização Mundial da saúde (OMS), divulgado na carta de princípios de sete de abril de 1948, tornou reconhecido o direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, enfatizando que "Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade". Este conceito expressaria o direito à vida plena, sem privações (SCLIAR, 2007).

Quando se observa o conceito de saúde proposto pela OMS, verifica-se sua complexidade, pois, a falta de doença em um organismo não é condição suficiente para se ter saúde, uma vez que, leva em consideração o "completo bem-estar físico, mental e social". Vale destacar que Almeida Filho e Jucá (2002) salientam que, nem todos os sujeitos sadios, acham-se isentos de doença e nem todos isentos de doença, por sua condição, são sadios. Por exemplo, uma pessoa aparentemente saudável pode questionar que está doente, ao passar por algum problema familiar, enquanto outra, portadora do vírus HIV pode se considerar uma pessoa saudável e sem nenhum comprometimento físico. Dessa forma, entende-se que a saúde

está ligada aos aspectos subjetivos e relacionais dos seres humanos.

Este mesmo autor afirma que, na vida cotidiana, encontra-se, com frequência, indivíduos ativos, profissionalmente produtivos, sem sinais de comprometimento ou limitações e que são considerados sadios, contudo, são portadores de doenças. Outros, no entanto, enfrentam limitações, comprometimentos e incapacidades e, mesmo assim, não aparentam evidência clínica de doença. Portanto, em uma abordagem clínica, a saúde não é o oposto de doença.

A saúde é um elemento essencial à vida das pessoas e a doença uma ameaça a sua continuação. Os fenômenos de saúde e doença podem ser interpretados de diferentes formas, de acordo com a ciência que os analisa e do contexto social, econômico, cultural e ambiental em que se expressam, e é praticamente impossível discutir sobre saúde sem se remeter ao quesito doença, (OLIVEIRA, 2006). Esse mesmo autor salienta que, a saúde de um indivíduo é considerada, quase que, por unanimidade, no senso comum, imprescindível para a vida do indivíduo. Na vida moderna, a busca por melhorias nas condições de vida e saúde é um processo contínuo e objeto de pesquisadores em várias áreas do conhecimento científico.

Na Constituição de 1988, em seu artigo 196, está explícito que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. Este é o princípio que norteia o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela lei Nº 8080/90. Vale ressaltar que ,segundo Herzlich (2005, p. 60), "por meio da saúde e da doença, temos acesso à imagem da sociedade, de suas 'imposições', tais como o indivíduo as vive."

No que se refere a promoção da saúde, a Carta de Ottawa (Vide anexo, p. 90) declarou que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, sendo uma importante dimensão da qualidade de vida. A declaração de Adelaide de 1988 enfatizou a importância das políticas públicas como pressuposto para vidas saudáveis, reconhecendo que os esforços para promover saúde são essenciais e requer uma integração das várias camadas da sociedade para que isso ocorra com eficiência. A declaração de Sundsvall de 1991 considera as determinações de Ottawa e Adelaide e, se tornou a primeira conferência a reconhecer a questão do ambiente na promoção da saúde focalizando a interdependência entre saúde e o ambiente. Em 2000, a Declaração do México, reconhece a saúde como um valioso recurso para usufruir a vida sendo necessária para o desenvolvimento social e econômico. Este documento afirma que, a promoção da saúde é responsabilidade central dos governos em conjunto dos todos os setores da sociedade. Em 2005, a Declaração de Bangkok, reafirma a

noção de saúde como um direito fundamental do ser humano recapitulando e reforçando as determinações das Declarações anteriores, quanto ao conceito positivo de saúde. Nesta Declaração, é posto como ponto positivo que a globalização abre novas oportunidades e que a promoção da saúde deve ser um assunto de importância central para a agenda global de desenvolvimento (LOPES, et al, 2010).

2.2.1 - Saúde como construção social

Scliar (2007) destaca que, o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, uma vez que, não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Para se analisar a questão da saúde é necessário observar a época, o local e a classe social. Depende de valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas. Desta forma, também pode ser dito para a doença. Ao se perguntar para pessoas mais velhas que residem em cidades do interior sobre o que é uma pessoa que tem saúde, provavelmente surgirão falas que se remete a apetite alimentar, ou seja, se uma pessoa está se alimentando normalmente, ela está com saúde. No âmbito religioso, por outro lado, a saúde poderá estar relacionada ao bom relacionamento do ser humano com Deus, a saúde só será alcançada mediante a permissão de Deus, o todo poderoso e criador de todas as coisas.

Corroborando a ideia de Scliar sobre a saúde, Laurell (1982) enfatiza que, o processo saúde-doença de um grupo, adquire historicidade porque está socialmente determinado, ou seja, para explicar esse processo não são necessários apenas fatores biológicos, mas sim, elementos que estão articulados à totalidade do processo social. "a palavra saúde deriva do latim *salute*, e significa bom estado do organismo, cujas funções fisiológicas se vão fazendo regularmente e sem estorvos de qualquer espécie." (OLIVEIRA, 2006, p. 14). O autor afirma que a representação de saúde esta ligada diretamente às funções fisiológicas do corpo físico podendo ser medida clinicamente. No entanto, este conceito não se limita apenas a esse quesito, conforme descrito abaixo:

O patológico não é o contrário lógico do normal, mas a presença de outras normas que impossibilitam o indivíduo de viver como anteriormente, como quando tinha saúde. Além disso, a saúde é individual, está longe de ser medida com aparelhos, não é condicionada ou contabilizada, ela implica o conceito de corpo subjetivo. Sendo que o saber médico constitui um dispositivo de promoção dessa saúde subjetiva, onde o médico acolhe o que o paciente lhe diz e o seu corpo mostra através dos sintomas e sinais clínicos (CANGUILHEM, 1971 apud OLIVEIRA 2006, p. 26).

Ao falar em saúde, Almeida Filho (2000) descreve cinco processos que devem ser

considerados na hora de conceituar ou mesmo analisar aspectos da saúde. O primeiro diz respeito ao social, onde se inclui as amizades conquistadas na coletividade, à comunidade e a família, enquanto que, o segundo se refere à questão física, como autocuidado e nutrição, o terceiro aspecto é o intelectual, educação realização e carreira, em seguida, o quarto ressalta o fator emocional, estresse e o apoio nas crises; e, por último, o espiritual como amor, caridade e esperança.

A dificuldade de se delimitar a saúde contribui para inexistência de um conceito científico unificado, principalmente, porque a proposição de um conceito, por mais explicativo que pareça, não é capaz de expressar um fenômeno integralmente, ou de 'representar' a realidade (OLIVEIRA, 2006). Dessa forma, por ser um fenômeno que é construído, desconstruído e reconstruído de diversas formas na sociedade, por meio de representações sociais, a saúde não é objeto unívoco de explicação científica, ou seja, não há uma verdade absoluta sobre o que é a saúde. Sabe-se, no entanto, que seu conceito é muito amplo, uma vez que, abrange aspectos individuais e coletivos dos seres humanos.

Para se analisar o termo saúde, também se faz necessário caracterizar os aspectos que envolvem a qualidade de vida e, não apenas, se debruçar em questões clínicas, conforme discutido, anteriormente. Dessa forma, entender a saúde como o bom estado do corpo físico, mental e social é de grande relevância para o entendimento desse conceito, uma vez que, concepções estabelecidas, estritamente no âmbito clínico, são vulneráveis frente à complexidade da questão – saúde. Hoje, se busca uma boa alimentação, com três porções variadas de frutas por dia, com vários tipos de carnes, verduras, leguminosas, grãos.

Vale ressaltar que Boorse (1975 apud ALMEIDA FILHO, 2000) aponta que a saúde de um organismo se caracteriza no desempenho da função material de cada parte dele e poderá, dessa forma, implicar simplesmente normalidades. Quando uma pessoa desempenha suas atividades diárias normalmente, se alimenta bem, pratica atividades físicas e não vai com frequência ao hospital, geralmente, a sociedade a representa como saudável. No entanto, vale dizer que, a saúde não se resume único e exclusivamente, ao bem estar físico, pois, tem relação com outros aspectos inerentes ao ser humano, como: condições de vida, a questão social, psicológica, mental e religiosa.

III - CRIANÇA E INFÂNCIA

3.1 - Definição

A criança é um ser dinâmico, cheio de indagações espontâneas e com múltiplas habilidades físicas. Sua habilidade motora é utilizada para expansão de seu desenvolvimento (BETTY M., 1981). A criança, ser humano que passa por transformações advindas da primeira fase da vida, ou seja, a infância. É um ser repleto de curiosidades donas de uma inocência peculiar e individual.

(...) um ser humano, aberto a um mundo que não se reduz ao aqui e agora, portador de desejos movidos por esses desejos, em relação com outros seres humanos, eles também sujeitos; um ser social, que nasce e cresce em uma família (ou em um substituto da família), que ocupa uma posição em um espaço social, que está inscrito em relações sociais; um ser singular, exemplar único da espécie humana, que tem uma história, interpreta o mundo, dá um sentido a esse mundo, à posição que ocupa nele, às suas relações com os outros, à sua própria história, à sua singularidade (CHARLOT, 2000 apud UJIE 2009, p. 19).

A definição de infância está ligada à visão do adulto, e como a sociedade não se encontra estática, a vivência da infância se altera de acordo com os paradigmas do contexto histórico. Assim, o desenvolvimento da construção de infância leva a questão: os formuladores de uma concepção de infância são, em sua maioria, os adultos. Dessa forma, pensar a infância pode ser buscar algumas evidências articuladas à família e, também, no mundo moderno, à escola (SILVEIRA, 2000 apud CASTRO, 2007). Por exemplo, hoje, a concepção que se tem do trabalho infantil, se contrapõe, a anteriormente propalada, que era o emprego dignifica o homem, e a criança poderia ser considerada um braço que auxiliava a família, principalmente, as das classes menos favorecidas. O bolsa família e o bolsa escola são programas que visam reduzir e impedir que as crianças realizem trabalhos ‘adultos’, e tem-se a certeza que, tal condição, a do trabalho infantil, implica na redução da sua qualidade de vida, na evasão escolar e prejudica seu desenvolvimento físico, psicológico, social e cultural.

Percebe-se que cada período explicita na infância um significado, de certa forma, vinculado às condições sociais e não apenas de ser vivente e biológico. Os meios de comunicação, por exemplo, passam informações sobre infância baseado em imagens (crianças trabalhando, na escola, brincando, entre outros) que remetem a não existência de uma única concepção de infância linearmente construída. Essas concepções estão diretamente relacionadas às classes sociais. Ou seja, crianças de classes sociais bem favorecidas, tendem a

ser representadas pela comunidade como criança que vai à escola, brinca e faz outras atividades durante o dia. As de classes menos favorecidas, caso de muitas famílias brasileiras, são vistas como crianças sofridas que tem de trabalhar para ajudar os pais nas despesas da casa ou são responsáveis pela casa e cuidar se seus irmão mais novos.

Segundo Sarmiento e Pinto (1997, p. 17 apud COELHO 2007, p. 02), “a infância não é uma experiência universal de qualquer duração fixa, mas é diferentemente construída, (...). Distintas culturas, bem como histórias individuais, constroem diferentes mundos da infância.” A infância das pessoas mais idosas, por exemplo, foi paradoxalmente, diferente da que se tem hoje. Na época deles, desde cedo, a criança era direcionada ao trabalho como símbolo de competência, responsabilidade e honestidade futura. As meninas eram ensinadas, desde cedo, a lidar com os afazeres do lar como símbolo de futuras donas de casa. Percebe-se que o conceito de infância vem sendo construído e reconstruído de várias formas, durante todo o processo histórico:

(...) aparece com a sociedade capitalista, urbano-industrial, na medida em que mudam a inserção e o papel social da criança na comunidade. Se, na sociedade feudal, a criança exercia um papel produtivo direto (“de adulto”) assim que ultrapassava o período de alta mortalidade, na sociedade burguesa ele passa a ser alguém que precisa ser cuidada, escolarizada e preparada para uma atuação futura. Este conceito de infância é, pois determinado historicamente pela modificação das formas de organização da sociedade (KRAMER, 1992 apud UJIIE, 2009, p.16).

Diante disso, pode-se dizer que as concepções sobre essa fase da vida e os significados que são atribuídos a ela, podem ser moldados pela sociedade e de acordo com suas mudanças. A infância é um período de desenvolvimento do ser humano tanto físico, psicológico e social. Logo, o conceito de infância não pode se considerado estanque, pelas constantes transformações ocorridas, construído e desconstruído pela sociedade segundo contextos sociais e culturais. Ou seja, as concepções que se têm de infância hoje, podem ser modificadas ou cair em desuso com o passar do tempo.

3.1.1 - Infância como construção social

A infância entendida como uma construção social tem sido marcada pelo progressivo reconhecimento de que as próprias crianças participam de sua determinação, pois são agentes ativos e socialmente criativos, que produzem além de suas culturas infantis de caráter único, também contribuem para a produção das sociedades adultas (CORSARO, 2000 apud COELHO, 2007). É claro que essa produção não surge ao acaso, é fruto de estímulos

familiares. Em programas televisivos, constantemente se vê crianças que são verdadeiros atores, cantam, dançam, contam piadas e divertem a plateia. Além daquelas que, na família, são fontes de divertimento, compartilham atividades coletivas e são estimuladas a se expressarem.

O ser humano produz significações para cada uma das etapas da existência do homem. Institucionaliza regras de convivência e isso se dá no desempenho de papéis sociais, podendo, assim, considerar que as gerações são construídas socialmente. A infância é concretizada por meio de valores morais e expectativa de condutas (CORSARO, 2003 apud NASCIMENTO; BRANCHER; OLIVEIRA, 2008). Quando o autor fala na institucionalização de regras, pode-se perceber que, muitos grupos sociais, criam regras para orientar sua conduta. No caso, o uso de uniformes em algumas empresas é obrigatório e, é uma regra que deve ser cumprida pelos membros como forma de identificação e representação do grupo. Na escola, as crianças também criam regras para orientar sua convivência com o grupo, é possível perceber essa situação quando as crianças definem, na hora do recreio, quem irá participar primeiro ou não do jogo de futebol.

Coelho (2007) aponta que a definição de infância como uma construção social se contrapõe à ideia de criança universal, considerada como concepção “moderna e positivista” que pretende construir uma verdade universal. Contudo, acredita-se que não há uma verdade universal que expresse o que é infância ou o que é criança, uma vez que a construção deste conceito não está à parte da realidade social. Sendo assim, a criança é representada de diversas formas dependendo do contexto e do lugar em que ela se encontra. Na escola a criança pode ser representada como um ser dependente que, necessita de cuidados especiais para o seu desenvolvimento tanto físico como de cidadania. Em outras situações, crianças que cometem algum tipo de infração são vistas, por muitas pessoas, como passível de punição. Diante disso, não se pode negar que as crianças são atores sociais, conforme afirma Sarmiento e Pinto (1997 apud COELHO, 2007, p. 04):

O que resulta evidente da concepção da infância como uma categoria social é o pressuposto de que as crianças sejam reconhecidas como actores sociais de pleno direito, ainda que com características específicas (nomeadamente em virtude da sua dependência), concepção que opõem a uma visão das crianças como meros destinatários de cuidados especiais específicos. O reconhecimento das crianças como actores sociais (...) tem levado à discussão acerca dos seus direitos (...). Uma linha de pensamento paternalista, as crianças necessitam de proteção, exatamente porque são incapazes de agir com maturidade (...) por si próprias, num mundo semeado de perigos e obstáculos.

Para Castro (2007) buscar uma resposta para a questão da infância e a criança, não é

fácil e, para isso, é necessário uma contextualização sobre a época em que a resposta vai se embasar, e quais referências vão ser usados para descrever tal conceito. Logo, deve-se incluir a classe social nesse processo. O processo de desenvolvimento da criança como ser da cultura é construtivo, coletivo e individual. Coletivo porque a cultura é criada por gerações anteriores e ensinada à criança pelo grupo social a que pertence (GASKINS; MILLER; CORSARO, 1992 apud PINTO, 2007). Nesta perspectiva, vale acentuar que Eunice (1985), observa que a criança em desenvolvimento sofre influências marcantes de duas instituições principais as quais são: a escola e a família. Elas refletem os valores culturais da sociedade e se relaciona com a cultura. Estas duas instituições são importantes durante os anos de formação da criança. A escola é o lugar de socialização de ideias, onde se favorece aos indivíduos, a aquisição de conhecimentos, a formação moral, o caráter e a personalidade. Por outro lado, a família tem a função de mediar a criança em seu pleno desenvolvimento como cidadão.

Contribuindo às ideias sobre a formação da criança, se retoma a reflexão proposta por Pinto (2007), em relação ao desenvolvimento da criança que também é individual, pois cada criança aprende uma cultura específica realizando uma síntese pessoal de crenças e valores relacionados às práticas sociais. A criança cria seu significado pessoal por meio das fontes culturais as quais está exposta. Dessa forma, ao interagirem ativamente com seu meio sociocultural, negociam regras, desenvolvem papeis, testam limites, criam culturas particulares e acabam formando conhecimentos sobre si mesmos, sobre os outros e sobre o mundo. Prout (2005, p. 144 apud MÜLLER; HASSEN, 2009, pp. 474-475) afirma que o significado de infância é influenciado por artefatos individuais, sociais e culturais:

A infância deve ser vista como uma multiplicidade de natureza-culturas, que é uma variedade dos híbridos complexos construídos de materiais heterogêneos e emergentes através do tempo. Ela é cultural, biológica, social, individual, histórica, tecnológica, espacial, material, discursiva.....e mais. A infância não pode se vista como um fenômeno unitário, mas um conjunto múltiplo de construções emergentes da conexão e desconexão, fusão e separação destes materiais heterogêneos.

É essencial resgatar que a concepção de infância e de criança, tem uma trajetória histórica, envolvendo aspectos econômicos, sociais, biológicos, psicológicos e culturais. Afinal, as representações de cada fase do desenvolvimento são impregnadas de conhecimentos do universo reificado e do consensual, que direcionam as práticas, imagens, ideais e, sobretudo, as transformações em relação ao objeto e este também provoca mudanças na sociedade.

3.1.2 - Analogia entre a formação da criança e o cultivo de plantas

Comenius (1592-1670) fez uma analogia entre a formação da criança e o cultivo das plantas, ele reconheceu a importância e o valor da infância para o desenvolvimento do ser humano. Em sua analogia, ele entendeu que, assim como, as plantas, as crianças precisam de cuidados para crescerem vigorosamente, para desenvolverem atitudes racionais, se humanizarem e adquirirem valores. As crianças eram vistas por Comenius como arvorezinhas do “Paraíso de Deus”. Se bem regadas, moldadas, podadas, florescem e são prósperas (UJIIE, 2009).

Dessa forma, entende-se que a infância é um período de cuidado, onde a criança precisa ser ‘cultivada’ semelhante a uma semente, oferecendo condições propícias para a germinação e para seu desenvolvimento, na formação de hábitos, atitudes e caráter. A infância deve ser regada com carinho, amor e educação. O desenvolvimento da criança precisa desses atributos. Braga (2008) chama a atenção para, o fato de cuidar bem da infância para que ela seja luz e, passe os seus raios para as demais fases do desenvolvimento. Ou seja, se a criança é bem orientada, bem cuidada na infância, seu comportamento se reflete nas demais fases. Por exemplo, incentivar a criança à leitura, aumentará as possibilidades de ela se tornar um adulto leitor. A concepção de criança como semente do bem, a germinar e a infância como período natural, também foi encontrado na teoria de Maria Montessori, que vislumbra a criança como flores e a professora como a jardineira. Para Montessori, a educação deve privilegiar o desenvolvimento natural (UJIIE, 2009).

Rousseau (1712-1788) foi outro importante estudioso que deixou sua contribuição no estudo da infância, ele salientou da importância de se dar atenção para a particularidade de ser criança, afirmando que, nesta fase da vida, há peculiaridades que necessitam de condições favoráveis para o seu desenvolvimento, rompendo com a ideia negativa de infância, apresentando a criança como “bom selvagem”, semente positiva que pode vir a germinar naturalmente (UJIIE, 2009). Ou seja, o ambiente que acolhe, que envolve a criança, deve favorecer condições que propicie o desenvolvimento pleno do indivíduo.

3.1.3 - Concepção de criança na Idade Média

Na Idade Média, crianças e adultos compartilhavam os mesmos lugares e situações, independente de serem ambientes domésticos ou de trabalho. Não havia sentimento de

infância ou uma representação dessa fase da vida, sendo a vida e os direitos relativamente, igual para todas as idades (ARIÈS, 1973 apud NASCIMENTO; BRANCHER; OLIVEIRA, 2008). Contudo, no século XVII, surgem as primeiras concepções de infância, considerando a criança como um ser que necessitava de proteção, amparo, dependência. O adulto, pouco a pouco, começou a preocupar-se com a criança, fato que não acontecia antes desse período. As crianças, descritas nos textos de Dickens, eram submetidas a trabalhos forçados várias horas por dia, em condições subumanas de vida. O trabalho dos ‘pequeninos’ era bem mais barato do que dos adultos. Assim, elas eram peças para a economia e o seu trabalho, o motor para ela. Dickens descreve uma época em que a criança era desprezada em algumas famílias e exaltadas em outras. A criança só tinha algum direito se fosse de uma classe social privilegiada.

Muitos pensamentos e construções teóricas que se tinham sobre a criança, as concebia a partir de instituições e não delas próprias e, as teorias tradicionais corroboram essa ideia de que a infância é uma fase associada a imaturidade apresentando-a como um evento universal, igual para todas as crianças, no mundo (MÜLLER; HASSEN, 2009). Contudo, estes mesmos autores salientam que na verdade não existe só uma infância, mas sim, muitas, articuladas por complexos sistemas sociais, culturais, econômicos sendo praticamente impossível caracterizar a infância como um período universal.

Ao recorrer a Ariès (1981 apud UJIIE, 2009) percebe-se que na antiguidade e na Idade Média a infância era vista como mal a ser superado com agilidade e avidez, a fim de alcançar o sumo bem que, se traduz na vida adulta. Neste sentido, a criança era vista como “adulto em miniatura”, ser impotente e incompleto, “até o fim do século XIII, não existem crianças caracterizadas por uma expressão particular, e sim, homens de tamanho reduzido”. Ao considerar que a criança era um adulto em miniatura, infere-se que este indivíduo era submetido a trabalhos forçados e, muitas vezes, até difíceis para um homem com seu corpo físico já desenvolvido. Assim, a infância, naquela época era um fenômeno desconhecido, por isso, por vezes, massacrada, desrespeitada, regrada e a atividade do brincar, por exemplo, não fazia parte da vida desses pequenos inocentes, especialmente, os de classe pobre. Em Dickens, as crianças competiam por comida, emprego e sobrevivência em condições de igualdade com o adulto.

No que se refere ao brincar, Lordelo e Bichara (2009) destacam que essa atividade é primordial para o desenvolvimento cognitivo, social e psicológico do indivíduo e melhora significativamente, o funcionamento da criança durante o período infantil. As brincadeiras a que se referem esses autores é aquela que exige da criança movimentos corporais, logo, jogos

eletrônico e de alta concentração, por exemplo, jogo de tabuleiro, comprometeria o aprendizado a que versam. Os conteúdos das brincadeiras experienciadas na infância podem até ser inúteis ou inservíveis para a vida adulta, no entanto, podem implicar, efetivamente, em valores duradouros no futuro do indivíduo. O brincar de casinha pode resultar em efeitos positivos na competência da criança, ou seja, ao lidar com brincadeiras que retratam situações reais do cotidiano das pessoas, as crianças apropriam-se de conhecimentos que surgirão na adultez.

Para o catolicismo, conforme destaca Costa (1999 apud SANTO; VILELA; FERRERI, 2006), a criança só tinha relevância como sinal de pureza e inocência, sendo representada normalmente em forma de um anjo, assim, quando a criança morria, sua mãe a venerava e a idolatrava tendo a esperança de encontrá-la, num momento sublime quando elas também morressem. A igreja católica incentivava esse tipo de crença religiosa na Idade Média. Mas, essa crença ainda perdura até hoje, na nossa cultura.

3.1.4 - Criança na atualidade

Ser criança na sociedade contemporânea é muito diferente de ser criança nos períodos históricos anteriores. “Faz-se necessário lembrar que as definições de infância podem tomar diferentes formas de acordo com os referenciais que tomamos para concebê-las. A palavra *infância* evoca um período da vida humana.” (CASTRO, 2007, p. 04). As crianças, descritas nos livros de Dickens, disputavam com os adultos os espaços de trabalho e de aquisição de dinheiro para sobrevivência. Na atualidade, há uma luta constante da sociedade que busca com frequência, erradicar o trabalho infantil, indicando as consequências negativas sobre o desenvolvimento e aprendizagem das crianças.

Na medida em que as sociedades foram se complexificando a criança foi adquirindo um *status* diferente. A criança foi considerada durante muito tempo, como uma propriedade dos pais. Com o passar do tempo e com a institucionalização da Declaração Internacional dos Direitos da Criança, realizada em 1959, as atitudes foram se transformando. O pai deixa de ser visto com proprietário dos filhos e passa a ser o responsável por eles (ALMEIDA; CUNHA, 2003). A criança era concebida como sinônimo de dependência, enquanto a adolescência como um período de transição e de transformações necessárias e anteriores à vida adulta. Ou seja, neste caso, o adolescente possuía capacidades de entendimento e percepção da realidade mais próximas dos adultos e, por isso, deveriam ser orientados para sua vida futura.

É importante destacar que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece ser dever da família e da sociedade, em geral, assegurar as crianças, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação ao lazer, à cultura, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

É preciso compreender que a infância é construída num processo histórico, ideológico, social e cultural. Sabe-se que, a concepção que se tem hoje de infância e criança refere-se ao cidadão de direitos, singular, criativo e diverso. No entanto, as conceituações existentes são resultados de um processo histórico e social árduo (UJIIE, 2009). Não existe apenas um conceito de infância, mas sim várias imagens representativas da infância que se desdobram na sociedade e foram se transformando paulatinamente.

Por outro lado, a teoria da tábula rasa, formulada por John Locke (1632-1704) destaca a criança como uma folha de papel em branco, onde serão depositados todos os conhecimentos necessários para sua vida em sociedade. Nesta teoria, o recém-nascido seria uma espécie de superfície de cera onde os adultos poderiam imprimir suas marcas (UJIIE, 2009). Nos dias atuais, muitos adultos acreditam que, se a criança for bem orientada nos primeiros anos de vida, provavelmente terá uma boa conduta quando alcançar a adultez. Porém, a criança é um ser ativo que tem capacidades para construir relações e ensinar aos adultos por meio dessas relações. Ser passivo não deve ser considerado sinônimo de criança.

Em síntese, “historicamente, as crianças pequenas sempre foram cuidadas, pois nossa espécie exige proteção e cuidados especiais para sobrevivência e desenvolvimento.” (PINTO, 2007, p. 11). No que diz respeito ao professor, Lima (2002 apud PINTO, 2007) salienta que sempre cabe a ele introduzir elementos novos para seus educandos sendo que, este tem a função social e política de expandir os campos possíveis de conhecimento. Nesta linha, Pinto (2007) menciona que, ao cuidar das crianças pequenas, o cuidador também deve educá-las. No contexto do cuidar deve ser intencionalmente planejado para proporcionar um momento produtivo de desenvolvimento. Esta autora defende que se o cuidado com a criança ocorrer em situações onde elas possam interagir contribuirão para a formação de sua personalidade.

Nos dias atuais, tem-se a ideia de que as crianças não podem ser simplesmente seres passivos, pois isso pode comprometer o seu desenvolvimento tornando-as mais lentas, logo, vale destacar que, “(...) ao ser colocada numa posição ativa ao receber seus cuidados, a criança tem oportunidades de construir uma identidade positiva sobre si mesma, de interagir com outros e de desenvolver sua autonomia.” (ROSSETTE-FERREIRA, 2003, p. 12 apud PINTO, 2007, p. 15). Atividades pedagógicas propostas pelo professor, em sala de aula, devem considerar as capacidades individuais e coletivas do sujeito, incentivar a realização de

atividades em grupo possibilita a interação e a autonomia entre os alunos.

Portanto, ao construir ativamente seu desenvolvimento por meio de tentativa de adaptação, ao meio em que vive, a criança pode promover mudanças a qualquer momento, escolher novos caminhos, interagir com uma diversidade de pessoas e, assim, construir o seu desenvolvimento de forma idiossincrática (PIAGET, 1987 apud PINTO, 2007).

Mead (1977 apud MÜLLER; HASSEN, 2009), por sua vez, traz uma ideia de que a criança não existe, mas crianças existem, em síntese, crianças em um contexto particular que são diferentes umas das outras, particularmente, com sentidos diferenciados. A noção global que se tem é de infância relativa às crianças e a diversidade de infâncias que existem no mundo. A infância é duplamente construída por um conjunto de experiências comuns e compartilhadas e é fragmentada pela diversidade das vivências das crianças (MÜLLER; HASSEN, 2009,). Estes ainda afirmam que, tomar as crianças como passivas e totalmente dependentes dos adultos pode atrapalhar as relações sociais e as instituições como família e escola. Ou seja, a criança tem de ser entendida como um ser ativo, construtivo, e ter a presença do adulto para mediar a aquisição de conhecimentos necessários à vida adulta.

IV - MÉTODO

A metodologia priorizou uma abordagem exploratória, associando conteúdos de natureza qualitativa e quantitativa, de maneira a constituir um diálogo entre eles, além de articulá-los para análise e discussão dos dados da pesquisa. Com relação à abordagem qualitativa, segundo Neves (1996), ela não procura enumerar ou medir eventos e situações, ainda, não se usa de instrumental estatístico para a análise dos dados e seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva diferenciada da adotada pelos métodos quantitativos. Obtém-se, por meio desse método, dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação intrínseca ao objeto que se quer estudar. Assim, o pesquisador procura entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir daí, situar sua interpretação dos fenômenos estudados.

Por outro lado, a abordagem quantitativa, geralmente, se atém ao rigor de um plano que foi previamente construído. Analisa informações por meio de técnicas estatísticas. Vale ressaltar que Neves (1996) afirma que tais métodos, qualitativo e quantitativo não se excluem mutuamente, como instrumentos de análise, pois, numa pesquisa pode se revelar a curiosidade em diagnosticar um fenômeno usando a descrição e a interpretação.

A entrevista semiestruturada, por exemplo, possibilita uma investigação em profundidade, sendo assim um, instrumento relevante na pesquisa qualitativa. A entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais. Nesta entrevista, pode emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas (MANZINI 1990; 1991 apud MANZINI, s/d).

O instrumento de associação livre é utilizado para a coleta de dados por propiciar o acesso ao núcleo central de uma representação e aos conteúdos periféricos. Segundo Nóbrega (2001 apud CASTANHA; ARAÚJO, s/d), a técnica da associação livre possibilita acesso aos conteúdos formadores das representações sociais, sem que ocorra a filtragem da censura a sua evocação. Na verdade, permite a unificação dos universos semânticos e a identificação de palavras comuns frente ao estímulo utilizado na pesquisa.

4.1. Contexto de pesquisa

A presente pesquisa foi realizada na clínica pediátrica (setor hospitalar exclusivo para internação) de um Hospital Militar do Distrito Federal, tendo como colaboradores enfermeiros

e técnicos de enfermagem que atuam com crianças.

4.2. Participantes

Os participantes desta pesquisa se subdividem em: técnicos de enfermagem que participaram do questionário de evocação livre, contando com doze sujeitos e mais três que colaboraram com as entrevistas, com total parcial de quinze pessoas. E ainda mais três enfermeiros, indicando que se obteve dezoito profissionais envolvidos nesta pesquisa.

Quadro 1. Perfil dos técnicos de enfermagem que responderam o questionário de evocação livre

	Dados pessoais			Formação acadêmica			Experiência profissional	
	Idade	Sexo	Estado civil	Ensino Médio	Superior	Especialização	Área de saúde	Enfermaria infantil
TE 1	28 a	F	Solteiro	Tec. Enfermagem	Não	Não	2 anos	1 ano
TE 2	31 a	F	Casado	NR	Não	Não	2 anos	1 ano
TE 3	NR	F	Solteiro	NR	Cursando	Não	20 anos	NR
TE 4	24 a	F	Solteiro	Tec. Enfermagem	Administração	Gestão de pessoas	3 anos	1 ano
TE 5	53 a	F	Divorciado	Tec. Enfermagem e Nutrição	Geografia	NR	20 anos	10 anos
TE 6	28 a	M	Casado	NR	Não	Não	6 anos	3 anos
TE 7	50 a	F	Viúvo	NR	Cursando	Não	15 anos	3 anos
TE 8	46 a	F	Divorciado	NR	Não	Não	12 anos	12 anos
TE 9	22 a	F	Casado	NR	Cursando	NR	2 anos	8 meses
TE 10	28 a	F	Solteiro	Tec. Enfermagem	Enfermagem	Docência superior, UTI, enfermagem do trabalho	6 anos	3 anos
TE 11	51 a	M	Casado	Tec. Enfermagem	Enfermagem	UTI e docência superior	10 anos	4 anos
TE 12	43 a	F	Casado	NR	Enfermagem	Não	15 anos	3 anos

Nota: o NR indica o campo não respondido pelo participante.

O Quadro 1 caracteriza o perfil dos participantes, considerando sexo, idade, estado civil, formação acadêmica e experiência profissional. No grupo de técnicos de enfermagem, participaram doze sujeitos que foram submetidos ao questionário de evocação livre. No tocante ao sexo, como é de se esperar, a maioria do grupo é constituído por mulheres. Há um equilíbrio quanto à questão do estado civil, solteiros e casados, e ainda, no que diz respeito ao ensino superior, predomina o curso de enfermagem, seguido de administração e geografia. Sendo importante ressaltar que, alguns ainda não concluíram a graduação.

No grupo de doze técnicos, três tem especialização, entre elas docência superior, UTI, enfermagem do trabalho e gestão de pessoas. Então, se observa que parte do grupo investe na sua formação após o curso superior, visando à qualidade do trabalho, pode-se verificar que as áreas convergem para a questão do atendimento ao público. Em relação à experiência profissional na área de saúde, observa-se que há uma variação de dois a vinte anos, enquanto na enfermagem infantil, a experiência varia de oito meses a doze anos.

Quadro 2. Perfil dos técnicos de enfermagem que participaram da entrevista

	Dados pessoais			Formação acadêmica			Experiência profissional	
	Idade	Sexo	Estado civil	Ensino Médio	Superior	Especialização	Área de saúde	Enfermagem infantil
TE. 1	53	F	Divorciado	Tec. Enfermagem	Geografia e direito	Administração hospitalar	20 anos	10 anos
TE. 2	43	F	Casado	Tec. Enfermagem	Enfermagem	Não	14 anos	3 anos
TE.3	51	M	Casado	Tec. Enfermagem	Enfermagem	UTI e docência superior	13 anos	1 ano

O Quadro 2 mostra o perfil dos participantes, técnicos de enfermagem, considerando idade, sexo, estado civil, formação acadêmica e experiência profissional. É importante destacar que, os três técnicos de enfermagem que participaram da entrevista, não foram os mesmos que responderam o questionário, uma vez que, para a entrevista, exigiu-se agendar um horário específico e um local adequado para a gravação. Em relação ao sexo, a maioria do grupo é composta por mulheres. Todos os componentes do grupo têm formação de nível médio em técnico de enfermagem e possuem nível superior, a maioria em enfermagem, seguido de geografia e direito. Dos três técnicos, dois tem nível de especialização, a saber, administração hospitalar, UTI e docência superior. O tempo de experiência profissional desses técnicos de enfermagem, varia de treze a vinte anos na área de saúde, e de um a dez anos na enfermagem infantil.

Quadro 3. Perfil dos enfermeiros.

	Dados pessoais			Formação acadêmica			Experiência profissional	
	Idade	Sexo	Estado civil	Ensino Médio	Superior	Especialização	Área de saúde	Enfermagem infantil
ENF. 1	43	F	Casado	NR	Enfermagem	Não	10 anos	2 meses
ENF. 2	25	F	Solteiro	NR	Enfermagem	Não	2 anos e meio	2 anos
ENF.3	27	M	Casado	NR	Enfermagem	UTI adulto	3 anos	1 ano

Nota: o NR indica o campo não preenchido pelo participante.

O Quadro 3 evidencia o perfil dos participantes (enfermeiros), destacando, idade,

sexo, estado civil, formação acadêmica e experiência profissional. É importante ressaltar que o enfermeiro número dois participou da entrevista. No que se refere ao sexo, a maioria do grupo é composto por mulheres. A idade dos enfermeiros variou de 25 a 43 anos. No tocante à formação acadêmica, todos possuem nível superior em enfermagem e um tem especialização em UTI adulto. O tempo de experiência na área de saúde desses profissionais encontram-se no espaço de dois anos e meio a dez anos, e, na enfermagem infantil, de dois meses a dois anos.

4.3. Instrumentos para coleta de dados

Questionário: evocação livre

O questionário é constituído por questões direcionadas às seguintes informações: (a) perfil dos participantes: idade, sexo, estado civil, formação profissional e acadêmica, tempo de experiência na área de saúde e na enfermagem infantil; (b) coleta de dados relativos à associação de idéias, por meio da evocação livre. As instruções são as seguintes: ‘escreva seis palavras ou frases que em sua opinião completam a seguinte assertiva: **para mim criança hospitalizada é...**’. No segundo item, os respondentes classificaram as três mais importantes por ordem de valor (hierarquia) e, por último, descreveram o significado da palavra classificada como a mais importante. (Apêndice A, p. 87).

Entrevista semiestruturada

Este instrumento objetiva coletar dados sobre as representações de saúde e doença, bem como, as experiências dos profissionais de saúde, no atendimento e acompanhamento da criança hospitalizada. Encontra-se dividido em três partes: (a) primeira: dados a cerca do perfil do profissional e sua experiência na área de saúde; (b) segunda: formação acadêmica e (c) terceira: informações sobre as ações e práticas de saúde com a população infantil, bem como, sua percepção sobre doença, saúde e criança. O registro foi feito empregando um aparelho de MP3. (ver Apêndice B, p. 88).

4.4. Procedimentos para a coleta de dados

Para realizar a pesquisa intitulada, as representações sociais da criança hospitalizada na perspectiva de enfermeiros e técnicos de enfermagem, nas dependências do hospital militar

do Distrito Federal, foi necessário que, o projeto de pesquisa fosse aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) presente no hospital. Inicialmente, o aluno entrou em contato com o chefe de coordenação de pesquisas do hospital, e se informou sobre os procedimentos para efetuar a pesquisa. Assim, foi necessário registrar o projeto de pesquisa na plataforma do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP), pois, as investigações que envolvem seres humanos precisam passar por esse procedimento. Conforme orientação do chefe de coordenação de pesquisas do hospital, o registro foi feito pelo pesquisador responsável, no caso, a orientadora da pesquisa, pois o aluno, por não ter concluído nível superior, ainda não é considerado pesquisador.

Assim, o pesquisador responsável se cadastrou no SISNEP e registrou o projeto seguindo as orientações do próprio sistema. Ao final desse procedimento, foi gerada uma folha de rosto que foi assinada pelo pesquisador e enviada, juntamente com o projeto de pesquisa, para a secretaria do Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) do hospital, no mês de julho de 2011. Vale ressaltar que, após gerar a folha de rosto, o pesquisador tem 30 dias para entregar o projeto ao DEP.

Para ser apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), o projeto passou por uma análise administrativa, para isso, foi enviado para apreciação do Chefe da Pediatria, Chefe da Divisão de Enfermagem, Departamento de Medicina (DM), Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP), Vice e Diretor da instituição. Antes da análise administrativa, o pesquisador responsável e o aluno assinaram o Termo de Compromisso, que versa sobre as normas de pesquisa no referido hospital.

A demora na análise administrativa fez com que a validade da folha de rosto expirasse. Dessa forma, foi necessário entrar novamente no SISNEP, imprimir outra folha de rosto, o pesquisador responsável assinar, e encaminhar novamente para o DEP, para, assim, continuar a tramitação do projeto, na instituição. Após a análise administrativa e a aprovação do CEP, foi necessário esperar a publicação da autorização da pesquisa, no Boletim Interno (BI), para, depois, iniciar a coleta dos dados. Ainda, se destaca que, os dados só foram liberados para a apresentação à banca examinadora, após a entrega de um relatório sobre o desenvolvimento da pesquisa. Resumindo, o processo para a aprovação da pesquisa no hospital militar do Distrito Federal, iniciou-se no mês de julho de 2011 e só em outubro do mesmo ano, foi autorizada a pesquisa.

Os participantes da pesquisa consistiam em enfermeiros e técnicos de enfermagem. Inicialmente, foi proposto aplicar 20 questionários de evocação livre, sendo 12 para os técnicos de enfermagem e oito para os enfermeiros e, concomitantemente, oito entrevistas

semiestruturada, quatro para cada amostra desses profissionais de saúde. Para os técnicos de enfermagem foi possível aplicar o quantitativo proposto de questionários de evocação livre, no entanto, só foi possível fazer três entrevistas com eles.

Em relação aos enfermeiros, conseguiu-se aplicar três questionários e fazer um entrevista. As dificuldades, em aplicar na íntegra os instrumentos de pesquisa, tanto para os técnicos de enfermagem como para os enfermeiros, se explica pela pouca disponibilidade de tempo desses profissionais de saúde. Um dos motivos pode ser a falta de técnicos de enfermagem no setor, tendo então com tempo muito reduzido, em virtude de atender vários pacientes e, assim, não havendo tempo para contribuir com a investigação. Por outro lado, a falta de técnicos administrativos na clínica pediátrica, também pode ser considerado outro fator que dificultou a aplicação dos instrumentos, pois, os profissionais de saúde tinham que realizar atividades administrativas, concorrendo com a pesquisa.

4.5. Resultados e discussões

A seguir, serão apresentados os resultados e as discussões dos dados obtidos na pesquisa realizada numa clínica pediátrica com enfermeiros e técnicos de enfermagem de um hospital militar do Distrito Federal. Os dados colhidos foram analisados e organizados em categorias e estas em blocos, empregando-se as tabelas. Os resultados e as análises estão agrupados pelos instrumentos empregados, assim, primeiro, os questionários de evocação livre e, posteriormente, a entrevista com os profissionais de saúde.

Questionário de evocação livre : Técnicos de enfermagem

Tabela 1. Criança hospitalizada, na concepção dos técnicos de enfermagem

Categoria	Frequência de respostas
Comportamento da criança hospitalizada	
Comportamento negativo	16
Comportamento positivo	6
<i>Subtotal</i>	22
Sentimento da criança hospitalizada	
Aspecto negativo	13
<i>Subtotal</i>	13
Em relação ao técnico de enfermagem	
Vulnerabilidade da criança	12
Aspecto profissional	11
Influência no comportamento do profissional	3
<i>Subtotal</i>	26
Em relação à família	
Aspectos negativos	2
Cuidados	2
<i>Subtotal</i>	4
Outros	9
<i>Subtotal</i>	9
TOTAL	74

A Tabela 1 apresenta as concepções dos técnicos de enfermagem, que completaram a frase: "Criança hospitalizada é...." foram organizadas em cinco categorias e, estas subdivididas em blocos. A primeira categoria foi dividida em dois blocos. No primeiro, percebe-se que o comportamento negativo da criança obteve a maior frequência de respostas. Para esses profissionais, a criança hospitalizada é chorosa, e, em muitos casos, dengosa, pois se encontra num ambiente diferente é isso a deixa mais sensível aos cuidados, refletindo em sua conduta esta aparente fragilidade.

A criança hospitalizada também foi destacada por esses profissionais, em suas respostas, como um paciente assustado e irritadiço. Nestes dois aspectos, percebe-se que a criança está fora de sua realidade cotidiana e, ao passar pela internação, ela se assusta com tudo, com as pessoas, com a rotina, enfim, se torna irritada. No bloco relativo ao comportamento negativo, também ,observou-se que este paciente infantil traduz sua ansiedade em nervosismo e agressividade, ou seja, a criança fica agressiva e nervosa com a situação que se encontra. Ao recorrer a Mcgrath (2004), percebe-se que a doença é assustadora para todos, no entanto, é mais inquietante para as crianças, dessa forma, emergem situações que refletem o medo, ficando ainda, assustada e zangada.

A criança gosta de brincar, correr, divertir-se, quando algum tipo de doença a acomete, ela tem de abrir mão de sua vida particular e encarar a hospitalização, situação diferente do que havia experienciado em casa. Neste momento, tudo é estranho para ela, dessa forma, seu

comportamento muda completamente. Os profissionais de saúde que lidam com essa criança, a identificaram como espantada, medrosa, envergonhada, acanhada e tímida. Essas características do comportamento infantil, podem interferir na hora de administrar os medicamentos, oferecer os cuidados necessários para a melhoria do bem estar da criança. Por exemplo, quando a criança está espantada, tudo é ameaçador para ela e, isso limita o profissional a aproximar-se dela. O medo é outro ponto negativo, pois a criança cria resistência aos procedimentos médicos, dificultando o trabalho dos profissionais de saúde, e até mesmo do profissional responsável por acompanhá-la no hospital. Quando a criança fica envergonha, tímida ou acanhada, torna-se difícil estabelecer um diálogo entre ela e os profissionais que estão ao seu redor, e até mesmo, explicar o que vai ser feito e contar com sua colaboração.

Por outro lado, no que se refere ao comportamento positivo, foi ressaltado pelos participantes da pesquisa que a criança hospitalizada é sorridente. Assim, percebe-se que mesmo hospitalizada, a criança é representada como alguém feliz. Este aspecto de felicidade, mencionado pelos técnicos de enfermagem, pode ser evidenciado quando a criança desenvolve alguma atividade no ambiente da brinquedoteca. Neste ambiente, a criança se esquece da doença e, até mesmo, que está num hospital. Acrescenta-se que a doença não é a totalidade da criança, apenas uma parte, dela e quando esta se sentindo melhor, expressa sua alegria e espontaneidade. Outros aspectos positivos foram identificados, quando os participantes disseram que a criança é sincera e carinhosa. Ao ser sincera a criança passa mais segurança para o profissional e, ao ser carinhosa, pode facilitar o diálogo e contribuir no tratamento, a relação torna-se de confiança e se reduz as barreiras. Ao passar algum tempo interagindo, a criança começa a compreender sua estadia no ambiente hospitalar. Com o passar dos dias, ela começa a ficar compreensiva após os cuidados.

A categoria sentimento da criança hospitalizada, foi organizada em um bloco que abrange os aspectos negativos. Ou seja, a criança internada, chega ao hospital com sentimentos que podem dificultar a melhora da sua saúde. O sentimento de medo, dor e tristeza, foram apontadas pelos profissionais como algo negativo da criança. Por outro lado, também surgiu sentimentos de insegurança, repressão e depressão. Estes três últimos aspectos deixam a criança muito vulnerável, necessitando de um atendimento mais cuidadoso por parte dos técnicos de enfermagem e demais profissionais que lidam com esses pacientes. Desta forma, é relevante destacar que Mcgrath (2004) menciona que, nesta hora, a criança precisa de cuidados especiais dos adultos para passar este processo da doença, pois ela pode se sentir abandonada e sozinha, além de ser comum sentimentos de solidão nesta fase.

A terceira categoria, foi dividida em três blocos. No primeiro bloco, os técnicos de enfermagem destacaram questões relacionadas a vulnerabilidade da criança, que, nesta categoria, teve a maior frequência de respostas: fragilidade, criança vulnerável, necessidade de cuidados. No segundo bloco foi organizada as concepções dos técnicos, no que se referem ao seu posicionamento como profissional. Por exemplo, a criança hospitalizada foi representada como um ser que necessita de prioridade absoluta e que, na hora dos procedimentos, o profissional deve privilegiar a minimização da dor e do desconforto possível para a criança, neste caso, na área física. Mcgrath (2004) destaca que é comum a criança sentir medo na hora da medicação, sentir-se insegura.

No último bloco foram levantadas questões relacionadas ao comportamento do profissional. A criança hospitalizada causa preocupação, estresse e cansaço para o técnico de enfermagem, em virtude de demandar estratégias, tempo maior para atender e convencer a criança, por exemplo, tomar a medicação. Dessa forma, entende-se que criança, ao precisar de atendimento diferenciado, exerce influência na vida dos profissionais de saúde possibilitando um atendimento fluido e tranquilo, ou o oposto, desgastante e difícil.

A categorias, em relação à família, foi dividida em dois blocos. O primeiro retrata a situação negativa para a família que está cuidando de uma criança doente. O segundo diz respeito aos cuidados. A criança hospitalizada foi definida como aquela que produz um sofrimento para os pais e também adocece toda a família. Pode-se dizer que, os pais ou responsáveis ficam praticamente doentes, pois tem de acompanhar a criança doente até a alta hospitalar. Além de atenderem aos anseios de seu filho, também ficam 'presos' ao ambiente. Assim, "A doença age como fator de ruptura de um fluxo cotidiano, fazendo com que a pessoa enferma e seus familiares necessitem de nova reorganização das suas atividades diárias." (GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002, p. 1213). Por esta situação delicada, provocam um grau de preocupação e desespero que afetam as condições de relacionamento familiar e o estado psicológico do grupo, na medida em que altera toda a rotina da família.

Outras concepções de criança hospitalizada também surgiram. Por exemplo, privada de ser criança, e a alimentação 'livre'. Estas duas características podem se relacionar, ao fato de, ao chegar no hospital, a criança não poder realizar atividades que fazia antes, ou seja, brincar, pular, etc. Agora, encontra-se numa condição mais restrita, mais reservada. Em relação a alimentação, a hospitalização controla a dieta do paciente, logo, a criança não pode comer tudo o que quer, pois, agora precisa de preparo alimentar e dietas previstas e, por conseguinte, vinculava às rotinas e aos procedimentos dos profissionais de saúde, para combater a doença.

Tabela 2. Significado da palavra mais importante identificada pelos técnicos de enfermagem

Categoria	Frequência de respostas
Em relação ao técnico de enfermagem	
-Aspecto profissional	
Constitucional, assegurado pelo art. 227.	
Restabelecimento da condição saudável do paciente, cuidado afetivo.	
A criança internada demanda muito cuidado tanto da equipe cuidadora como da família.	
Vulnerabilidade da criança	
Necessidade de uma ajuda superior, e necessitar de alguém capaz de fornecer a ajuda que ela precisa, proporcionando conforto, bem estar e segurança.	
<i>Subtotal</i>	5
Sentimento da criança	
-Aspecto negativo	
Medo do desconhecido, do ambiente diferente.	
Medo do desconhecido porque ela está com pessoas que ela não conhece, sem saber o que está acontecendo, e qual o futuro nos próximos dias.	
A criança hospitalizada fica com medo do que está acontecendo com ela. Temos que tratar da insegurança com prioridade.	
Pois a mesma sente dor, mas não sabe porque, sente medo e não sabe de que, sente-se frágil e não sabe o que fazer para sair da situação em que se encontra.	
<i>Subtotal</i>	4
Comportamento da criança hospitalizada	
-Comportamento negativo	
Porque se encontra em estado debilitado.	
Olhar de espanto, agarra a mãe/pai, evita a aproximação do profissional, chora sem motivo, quando o profissional interage com a mesma sente-se um pouco desconfiada. Mas com o passar do tempo ela se solta, sorri, brinca, chama a atenção do profissional.	
-Comportamento positivo	
Quando a criança fala que esta sentindo dor, está mesmo.	
<i>Subtotal</i>	3
Outros	
Dependendo do ambiente hospitalar, a criança não tem como ser criança, por falta de uma brinquedoteca, ou algum lugar que ela possa esquecer que estar num hospital. Hoje, a maioria dos hospitais tem uma brinquedoteca, mas ainda existe hospitais que é muito defasado.	
<i>Subtotal</i>	1
TOTAL	13

A Tabela 2 apresenta o significado das palavras mais importantes identificada pelos técnicos de enfermagem. Na primeira categoria, foi ressaltada a questão relativa ao profissional de saúde, no caso o técnico de enfermagem e sua atividade. Verifica-se que a criança internada necessita de cuidados tanto da família como da equipe de enfermagem. Foi mencionado, por um participante que, a criança hospitalizada é prioridade absoluta, conforme o Art. 227 da constituição. Ao recorrer ao referido artigo, percebe-se que é dever família, da sociedade e do Estado assegurar à criança absoluta prioridade ao direito à saúde. Diante disso, entende-se que a criança é representada como um ser de direitos e que estes devem ser respeitados por todos. Inclusive assegurando que a família possa, nesta condição especial,

acompanhar a criança e também compartilhar o cuidado com ela, oferecendo afeto, carinho, até mesmo a alimentando.

Na segunda categoria, observou-se que o medo está relacionado ao ambiente que é diferente para a criança. Muitas vezes, a criança sente medo, no entanto, não sabe de que, pois se encontra em estado de fragilidade. O medo do desconhecido é uma característica dos seres humanos. No caso da criança hospitalizada, essa característica é expressada de forma mais evidente, já que toda a rotina, o ambiente hospitalar e a forma de organização de sua vida, não se parece com a mesma que havia em casa.

Em relação ao comportamento da criança, a terceira categoria, emergente, por estar numa realidade diferente, ou seja, internada, a criança vê o profissional de saúde como alguém ameaçador e, assim, procura proteção dos pais. No entanto, com o passar do tempo, o profissional consegue cativar a atenção da criança e estabelecer diálogo com ela. Nesta situação, o profissional que lida com a criança hospitalizada precisa estar preparado para efetivar uma atenção diferenciada e contribuir para a melhoria e alta hospitalar do paciente infantil. Além de cultivar a paciência e promover um relacionamento de confiança e cordialidade entre eles.

Por fim, foi mencionado que o ambiente hospitalar deve ter estrutura física para acolher à criança doente e, assim, propiciar a ela bem estar na internação. Por exemplo, a brinquedoteca foi apontada por um participante como meio que ajuda a criança a ser criança e a esquecer que está no hospital. No espaço da brinquedoteca a criança pode desenvolver atividades lúdicas, e, dessa forma, contribuir para a melhoria de sua saúde, isto é, aspectos psicológicos e sociais que interferem no processo e no reestabelecimento da saúde.

Questionário de evocação livre: Enfermeiros

Tabela 3. Criança hospitalizada, na concepção dos enfermeiros

Categoria	Frequência de respostas
Em relação ao enfermeiro	
Aspecto profissional	5
Vulnerabilidade da criança	1
<i>Subtotal</i>	6
Em relação à família	
Aspectos negativos	3
<i>Subtotal</i>	3
Comportamento da criança hospitalizada	
Comportamento negativo	2
Comportamento positivo	1
<i>Subtotal</i>	3
Sentimento da criança	
Aspecto negativo	2
<i>Subtotal</i>	2
Em relação ao tratamento	
Aspectos positivos	2
<i>Subtotal</i>	2
Outros	
<i>Subtotal</i>	2
TOTAL	18

A Tabela 3 mostra as concepções de criança hospitalizada na visão de enfermeiros que lidam diretamente com esses pacientes. Na primeira categoria, no bloco relacionado ao aspecto profissional, os enfermeiros apontaram que, assim como o adulto, a criança também necessita de grande responsabilidade por parte dos profissionais. A criança precisa de maior atenção, cuidado e assistência, em virtude de sua fase de desenvolvimento e sua capacidade de compreender situações, principalmente, no caso da doença. Um aspecto importante evidenciado é que a criança foi concebida como a alegria da enfermagem. Ou seja, a equipe e enfermagem se diverte com as crianças, mesmo sendo um momento delicado e de grande responsabilidade profissional, ao atendê-la na condição de doente. O segundo bloco, emergiu a condição de vulnerabilidade, se a criança está em um ambiente que a limita a fazer o que gosta, ela se torna vulnerável, pela condição física ou psicológica peculiar associada à doença.

A segunda categoria se desdobrou em aspectos negativos que envolvem a família. No caso, preocupação para os pais, tristeza familiar e angústia familiar que se revelam nas constantes indagações aos enfermeiros e ainda, o sentimento de impotência em relação ao estado da criança. Assim, os enfermeiros entendem que a criança hospitalizada participa e interfere na vida familiar de forma muito visível. A rotina dos pais muda completamente, a noite de sono já não é a mesma, afinal, a criança precisa, constantemente, da atenção dos pais.

Assim, vale destacar que, "A doença age como fator de ruptura de um fluxo cotidiano, fazendo com que a pessoa enferma e seus familiares necessitem de nova reorganização das suas atividades diárias." (GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002, p. 1213).

Na terceira categoria, surgiram comportamento negativo e comportamento positivo. No primeiro percebe-se que foi explicitado pelos sujeitos que a criança é muito irritada ao chegar na clínica e também chorona. Vale ressaltar que estes aspectos também foram mencionados pelos técnicos de enfermagem. Por outro lado, em relação ao comportamento positivo, foi mencionado que a criança fica corajosa quando passa vários dias internada e se transforma, ao se engajar nas rotinas e tentar colaborar com o profissional.

Em relação ao sentimento da criança, sobressai o aspecto negativo. A criança hospitalizada é triste e carente de ambiente afetivo. Estes sentimentos que foram explicitados pelos participantes podem estar relacionado às limitações que a criança se depara na hospitalização, pois ela tem de ficar "presa" no leito até recuperar a sua saúde e isso a entristece. Por estar em uma condição especial, fica carente de afeto e deseja constantemente a atenção dos familiares e do próprio enfermeiro, inclusive sentindo ciúmes de outras crianças.

Na categoria tratamento, observou-se aspectos positivos, como mais rápido no tratamento e mais possibilidade de cura. Nesses dois aspectos, entende-se que, pelo fato de a criança estar em estágio de desenvolvimento físico, o tratamento pode ser menos duradouro, uma vez que, o organismo da criança reage mais rápido aos medicamentos. Na última categoria, foi destacado nas respostas a criança hospitalizada é como qualquer outra criança, ou seja, independente de ela estar hospitalizada, continua sendo criança. A questão de investimento público e privado também surgiu para definir a criança hospitalizada. Talvez, o profissional tivesse o intuito de salientar sobre a importância de se ter investimento para a melhoria do atendimento ao público infantil, uma vez, que esses necessitam de um cuidado maior dos profissionais, bem como, a estrutura física da clínica para o acolhimento desses pacientes e de sua família.

Quadro 1. Significado da palavra mais importante selecionada pelos enfermeiros

Categorias
Em relação ao enfermeiro
Meio e finalidade
Em relação ao tratamento
Vida nascente e crescendo
Condição de ser criança
Ela continua querendo brincar, comer, estudar como qualquer criança. Não é a hospitalização que a deixará mais séria

O significado da palavra mais importante hierarquizada pelos enfermeiros, , conforme o Quadro 1. Ao falar que a criança é um instrumento de atenção para a equipe, é possível analisar que a criança hospitalizada exige do enfermeiro uma maior atenção. Foi evidenciado que, por estar em fase de crescimento, a criança tem mais possibilidade de cura. “Ela continua querendo brincar, comer, estudar como qualquer criança. Não é a hospitalização que a deixará mais séria”, mencionou uma enfermeira ao definir que a criança hospitalizada é como qualquer outra criança. Dessa forma, percebe-se que, mesmo hospitalizada, a criança é vista e respeitada pelos profissionais que lidam diretamente com ela como um ser humano em desenvolvimento que necessita de cuidados diferenciados na internação. Por isso, os profissionais que cuidam dela devem reconhecer suas peculiaridade e com tal a diferenciá-la do adulto em tratamento.

Entrevista semiestruturada: técnicos de enfermagem

Quadro 2. Concepção de doença

Categoria
Em relação ao estado fisiológico
Patologia que atinge organismo de uma pessoa.
Tudo que foge da normalidade e estabilidade do organismo.
Falta de saúde.

O Quadro 2 caracteriza as concepções de doença, inclusive como uma patologia, se referindo ao estado físico do indivíduo. Ou seja, ao dizer que “a doença é uma patologia que atinge o organismo de uma pessoa” o participante limitou a doença ao estado fisiológico da pessoa. Assim, ao recorrer a Laurell (1982), entende-se que o fenômeno da doença pode ser analisado tanto do ponto de vista biológico como social.

Outra resposta muito interessante diz respeito à normalidade do organismo, ou seja, a doença é algo que causa anormalidade e instabilidade no organismo do indivíduo. E, por último, a doença foi caracterizada como a falta de saúde. No entanto, doença não é simplesmente mencionar falta de saúde, pois há uma diversidade de questões ligadas ao fenômeno, como, social, histórico, religiosa, entre outros. Nesta linha, Scliar (2007) salienta que no passado, a doença era símbolo de desobediência humana e, dessa forma, castigo divino. A enfermidade denunciava o pecado, como é o caso da lepra.

Quadro 3. Características da criança hospitalizada

Categorias	Frequências de respostas
Em relação ao comportamento	5
Em relação ao estado fisiológico	1
Outro	3
TOTAL	9

O Quadro 3 apresenta as respostas dos técnicos de enfermagem, no tocante à questão das características da criança hospitalizada. Na primeira categoria foi destacado o comportamento da criança que fica assustada, pelo fato de estar num ambiente totalmente adverso e diferente para ela, ela é apática e chorosa, demandando paciência, mais atenção e cuidado por parte do enfermeiro, inclusive necessitando o profissional descobrir formas de lidar e estimular a criança a aderir ao tratamento. Muitas vezes, é agressiva e não coopera com o tratamento, não sendo um momento fácil nem para a própria criança, sua família e o profissional, possibilitam um grau de estresse para todos. Esses comportamentos da criança são visíveis logo no início da hospitalização. Ao presenciar este tipo de comportamento, os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar com esses pacientes e conduzi-los de forma segura na hospitalização.

No tocante a condição física, a prostração foi uma característica da criança hospitalizada, em virtude da doença que a acomete, ela fica sem energia, sem vontade, sem iniciativa, alterando seu estado físico e psicológico e, por isso, todo o ambiente a sua volta. Na última categoria, os técnicos de enfermagem abordaram a questão de um ser humano fragilizado e fragmentado, enfim, estando num estado de vulnerabilidade.

Ao representar a criança como um ser frágil, infere-se que os profissionais que estão acompanhando diariamente este paciente, estão cientes de que precisa dispensar um cuidado diferenciado para a criança, afim de contribuir para a melhoria da sua saúde. Em especial, entendem que isso pode estar vinculado ao nível de desenvolvimento cognitivo, emocional e até mesmo social que é diferente do adulto. Tendo estes, maior preocupação e dedicando a elas um tratamento diferenciando e buscando aspectos lúdicos para envolvê-la no tratamento. Inclusive o tempo de experiência e a qualificação são elementos importantes para o seu atendimento.

Tabela 4. Definição de saúde

Categorias	Frequência de respostas
Em relação ao estado fisiológico	
Bem estar físico	2
Ausência de patologia	1
<i>Subtotal</i>	3
Sentimento	
Bem estar psíquico	1
Bem estar mental	1
<i>Subtotal</i>	2
Outros	
O contrário de doença	1
Bem estar social	1
Tudo que caminha dentro de um padrão	1
<i>Subtotal</i>	3
TOTAL	8

A Tabela 4 apresenta o conceito de saúde na perspectiva dos técnicos de enfermagem. A saúde foi relacionada ao estado fisiológico, enfatizando nos discursos a ausência de patologia em um corpo e o bem estar físico. Em seguida, os estados psicológicos, retratados pela questão psíquica e mental, ou seja, e ainda, os profissionais também, mencionaram que a saúde é o inverso de doença. No entanto, sabe-se que a saúde não é o oposto de doença. Ao recorrer a Scliar (2007) observa-se que o conceito de saúde reflete ao aspecto social, cultural, religioso e, não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Por fim, os participantes mencionaram a saúde como bem estar social.

Tabela 5. Aspectos que indicam uma criança saudável

Categorias	Frequência de respostas
Em relação ao comportamento	
Brincando	3
Sorridente	2
Ativa	1
Deambulando	1
Inquieta	1
Alegre	1
Cooperativa	1
Conversativa	1
Interação	1
<i>Subtotal</i>	12
Em relação ao estado fisiológico	
Corada	1
Bem nutrida	1
Hidratada	1
<i>Subtotal</i>	3
Outros	
Toma conta do espaço	1
<i>Subtotal</i>	1
TOTAL	12

A Tabela 5 apresenta as concepções de criança saudável e foram relacionadas, pelos técnicos de enfermagem, com o comportamento da criança. Ou seja, uma criança inquieta, que brinca, sorri, são características de uma criança saudável. Na visão desses participantes, a criança apresenta peculiaridades próprias, como alegria, interação, entre outros. Logo, são várias formas de saber se a criança está ou não saudável, por meio de seu comportamento. Por outro lado, questões relacionadas ao estado físico também foram evidenciadas pelos participantes. A criança saudável “toma conta do espaço”, nesta questão colocada por um técnico de enfermagem, pode-se entender que a criança é ativa, brincalhona, aonde ela chega mostra alegria e chama a atenção das pessoas. É interessante sublinhar que isso está vinculado com a concepção de criança hoje, expansiva, sempre alegre e cheia de vida.

Tabela 6. Definição de criança

Categorias	Frequência de respostas
Em relação ao estado psicológico	5
Em relação a responsabilidades	3
Em relação ao estado fisiológico	1
TOTAL	9

As definições de criança estão presentes na Tabela 6. Na primeira categoria percebeu-se que a criança é representada como um ser que tem disposição para fazer as coisas, por exemplo, se chama para brincar, ela está pronta, se chama para jogar bola, está pronta. “Tudo é o momento, é o instante”, expressou um técnico de enfermagem. A criança tem predisposição para a vida. Nesta linha, Betty M. (1981) comenta que a criança é um ser cheio de indagações espontâneas, um ser dinâmico com inúmeras habilidades físicas, psicológicas e sociais. E certamente isso, se revela no espaço hospital também até mesmo em situações adversas.

Em relação às responsabilidades, a criança foi entendida com uma pessoa que não se preocupa com situações de seu dia a dia, ou seja, vive um momento único, sem preocupações. Realizam suas atividades sem programação e sem comprometimento. Ainda, a criança foi definida como um ser frágil, sobressaindo, o desenvolvimento físico, psicológico, motor, social e cultural dependendo da mediação dos adultos para se apropriar do mundo que a cerca. Inegavelmente, muitas pessoas na sociedade atual concebem a criança como um ser frágil, que precisa da proteção e acompanhamento dos adultos, indicando e demandando cuidados para o seu desenvolvimento como pessoa integral.

Quadro 4. Aspectos que promovem o desenvolvimento da criança

Categorias	Frequência de respostas
Condições físicas e sociais	3
Educação: escolar e familiar	2
Sentimento: amor	1
Atitude do adulto	1
TOTAL	7

O Quadro 4 caracteriza os aspectos que, segundo os técnicos de enfermagem promovem o desenvolvimento da criança. Aparecem então, as condições físicas e sociais como a saúde e o bem estar, inclusive o social, ainda, o sentimento de amor, a educação tanto por parte da família como da escola, e a atitude do adulto para com a criança que são imprescindíveis para o seu desenvolvimento como cidadão. Foi evidenciado que as duas instituições, a família e a escola são fundamentais para o desenvolvimento da criança. Vale destacar que Eunice (1985) salienta que a criança em desenvolvimento sofre influências marcantes, tanto da escola quanto da família. Estas duas instituições refletem os valores culturais da sociedade.

Pode-se inferir que os profissionais reconhecem que estes dois contextos de desenvolvimento são importantes, hoje, as crianças hospitalizadas também recebem atendimento na área escolar, se o caso não for grave. Como informado, há hospitais que além de ser atendidos por professores, respeitando a demanda da escolarização, o espaço da brinquedoteca é outro que permite à criança hospitalizada brincar e lidar com ferramentas sociais e culturais.

Também foi explicitado pelos sujeitos que a criança deve ser protegida, mesmo que sua condição física interfira no seu comportamento, como ser agressiva ou irritadiça. E hipótese alguma, deve ser agredida pelos adultos, seja de forma física ou verbal, pois isso pode interferir no desenvolvimento infantil. Por outro lado, surgiram questões relacionadas ao bem estar social e físico, a criança precisa de um ambiente propício para o seu desenvolvimento. Ela precisa estar bem nutrida para se desenvolver e cercada de atenção e amor.

Tabela 7. O que auxilia a criança hospitalizada a melhorar no tratamento

Categorias	Frequência de respostas
Em relação ao técnico de enfermagem	
Tratamento oferecido para com a criança	2
Confiança na equipe	1
Saber chegar-se a ela	1
Estar com ela	1
Ter humanidade	1
Atendimento diferenciado	1
<i>Subtotal</i>	7
Sentimento	
Amor	1
Acolhimento	1
<i>Subtotal</i>	2
Outros	
Brinquedoteca	1
<i>Subtotal</i>	1
TOTAL	10

A Tabela 7 apresenta os aspectos que auxilia a criança hospitalizada a melhorar no tratamento. As repostas dos sujeitos mencionam questões relacionadas ao seu trabalho no atendimento à criança, enfatizando que este é um fator que faz a diferença. Salientam que, o próprio tratamento que é dispensado ao paciente, contribui para a melhoria da saúde da criança, pois, esta se senti acolhida, amada, percebendo que tem pessoas que cuidam dela com carinho. E que a compreendem mesmo nas condições mais difíceis e estressantes A forma com que o profissional se chega e aborda a criança, expresso pelo atendimento diferenciado dispensado a ela, são recursos importantíssimos no tratamento, levando-a a confiar na equipe que está ali para cuidar de sua saúde e a investir, em conjunto com a família, na sua melhora

Este tratamento deve estar associado com amor e carinho para promover uma relação positiva e de confiança. Sendo essencial que, a criança dever ser tratada com humanidade, ou seja, considerá-la como um ser em pleno desenvolvimento. Com estas repostas pode-se inferir que os profissionais de saúde, reconhecem seu papel de adulto e de especialista como promotores do desenvolvimento, incluindo o espaço do hospital, como um ambiente que mesmo, em condições adversas ou especiais, é um contexto de desenvolvimento para a criança que está recebendo atendimento médico e, os profissionais como atores que também o implementam. Tanto que, destacaram a brinquedoteca como um importante espaço para o lúdico, associando a brincadeira à aprendizagem.

Entrevista: enfermeiro

Em virtude da disponibilidade da equipe de enfermagem apenas um profissional pode

colaborar com a entrevista gravada e registrada no MP4. Ao definir doença, o enfermeiro destacou a condição psicológica atrelada à doença. Para ele, a doença é algo que, além de causar desequilíbrio psicológico, isto é, afeta as funções de pensamento, sentimento e diretamente interfere no relacionamento, além de alterar o bem estar físico. Para o respondente a questão física e psicológica, e concomitantemente, social fica alterada quando o sujeito está doente. Não se restringindo ao aspecto do bem estar físico ou a ausência de saúde, já superada pelo conceito difundido pela OMS.

No tocante às características que representam uma criança hospitalizada, o comportamento de choro e o estranhamento ao ambiente hospitalar, seja em função de sua rotina ou de não estar no seio da família, foram destacados. Normalmente, ao chegar ao ambiente hospitalar, a criança se depara com uma realidade totalmente adversa da que ela vivia antes. Isso faz com que a criança demore mais tempo para se adaptar e contribuir para a melhora de sua própria saúde.

Assim, vale destacar que Mcgrath (2004) menciona que a doença faz o corpo perder o vigor, limitando a criança a não fazer mais o que antes fazia, como correr, brincar. Contudo, a atuação do profissional de saúde, poder fazer toda a diferença na hora de atender a esse paciente, uma vez, que a criança hospitalizada se sente limitada e demanda maior atenção do enfermeiro. Ele como promotor do desenvolvimento, e especialista em saúde, aciona suas competências e habilidades para estimular a criança e a fazê-la se sentir ativa e confortável, respeitando aspectos peculiares do seu desenvolvimento.

A concepção de saúde do enfermeiro se remete ao bem estar físico, psicológico, social, cultural e espiritual, não se limitando ao bem estar físico, e, por isso, a preocupação com o aspecto integral do sujeito, e as condições que favoreçam as suas potencialidades, mesmo em uma condição sensível como a de doença. Nesta linha, vale destacar que a Organização Mundial da saúde (OMS) definiu a saúde como um completo bem estar físico, mental e social. Quando se observa o posicionamento do participante frente à questão, percebe-se que, ele pode ter se ancorado na definição da OMS. Foi destacado que avaliar a saúde só no aspecto físico é muito limitado, pois, este fenômeno requer analisar uma diversidade de situações que envolvem cultura, relações, crenças, e também questões espirituais. Neste sentido, vale destacar que Almeida Filho (2000) mencionou que o processo espiritual dever ser considerado na hora de conceituar ou analisar aspectos da saúde. Enfim, pode-se levantar a hipótese que ele percebe a doença como uma parte do sujeito, e por sua vez, está não o representa e nem o define.

Desta forma, o respondente percebe uma criança saudável por meio do

comportamento, na medida em que ela brinca, fala e pede coisas, mantendo sua condição de sujeito ativo e, em interação com seu mundo físico e psicológico. Ou seja, quando a criança está bem, ela não consegue ficar parada, ela corre, brinca, conversa, enfim, chama a atenção das pessoas que estão ao seu redor.

Ao definir o que é ser criança, percebeu-se temas relacionados ao comportamento infantil, e que não há preocupação em relação às responsabilidades, principalmente, ter comportamento de criança, é não se submeter às preocupações do seu dia a dia. Em relação à aprendizagem, aspectos como a curiosidade e o aprender com as brincadeiras, isto é, o espaço do lúdico foram explicitadas pelo profissional de saúde. Ainda sobre o aprender, 'curtir' cada assunto aprendido, como cada conhecimento novo e que, está sempre querendo aprender e entender o mundo que a cerca, mesmo no ambiente hospitalar. Observou-se que a criança é um ser que está apto a descobrir novas coisas, aprender, brincar. Dessa forma, entende-se que a representação da criança está vinculada a um ser ativo e cheio de vida.

Associada a esta pergunta, foi indagado o que é importante para o desenvolvimento da criança, foi apontado pelo enfermeiro que a criança precisa de amor e carinho, sentimentos fundamentais para o seu desenvolvimento. Sem esses dois ingredientes a criança terá dificuldades para atingir o pleno desenvolvimento como ser humano e cidadão. Depois, a segurança e a proteção, ela é merecedora de cuidados e atenção, pelos adultos e a sociedade. E o constante estímulo, neste caso, promovido pela família, escola, e os diversos ambiente por onde ela transita, de forma a respeitar e propiciar meios e recursos para o seu desenvolvimento psicológico, físico, social e cultural. Inclusive os profissionais que atuam no ambiente hospitalar.

Considerando o que auxilia a criança hospitalizada a melhorar o tratamento, emergiu nas resposta a responsabilidade do profissional, que no espaço do hospital, assume o compromisso ético e de especialista, ao oferecer o melhor cuidado e tratamento para superar as condições oriundas da doença. Enfim, o profissional dever ter um cuidado para lidar com este paciente, entender a situação em que ele se encontra e saber tolerar comportamentos indevidos da criança em razão da hospitalização. A abordagem do profissional contribui de forma significativa no tratamento da criança. O estímulo e a criatividade por parte do profissional é um diferencial que contribui para esse tratamento.

Por outro lado, quando a criança contribui no seu próprio cuidado, por exemplo, quando aceita os medicamentos, facilita na hora do curativo, é outro ponto que auxilia na melhora de sua condição e facilita o tratamento. Interessante que esta condição pode ser promovida pelo próprio profissional de saúde que a atende.

Considerações finais

A pesquisa se fundamenta na teoria das representações sociais, desenvolvida por Moscovi. Interessante revelar que os resultados apontam que, a maioria do grupo de técnicos de enfermagem, representa a criança hospitalizada considerando o seu comportamento e o sentimento provocado pela situação de hospitalização, aliados às questões relacionadas ao próprio profissional e o tipo de atendimento e atenção dispensada ao doente. Estendendo à família, influências que podem promover a saúde e a condição de bem estar do paciente da enfermaria infantil.

Foi evidenciado que, no conjunto das respostas, os comportamentos da criança hospitalizada que se desdobram em aspectos negativos, como chorosa, dengosa, espantada, agressiva, entre outros. Os sentimentos da criança também foram mencionados como negativos para a internação, por exemplo, o medo. A vulnerabilidade foi apontada pelos técnicos como uma característica da criança hospitalizada, uma vez que, essa está num ambiente adverso e, por isso, necessita de cuidados diferenciados por parte do profissional. Logo, ela é carente de afeto e isso a torna um ser vulnerável no ambiente hospitalar, devendo ser compreendida e ser oferecida o afeto e atenção demandada. Tendo estes conhecimento os profissionais podem lançar mão de sua competências técnica e humana para ajudar à adaptação da criança e sua, posterior colaboração, quanto aos cuidados para sua saúde.

Os técnicos de enfermagem explicaram que os aspectos negativos do sentimento da criança hospitalizada relacionam-se ao ambiente diferente, medo do desconhecido, ou seja, a criança hospitalizada fica com medo do que está acontecendo. Sendo esperados e assimilados pelos profissionais, como componentes atrelados à condição de internada. Encontram-se em um lugar onde há pessoas desconhecidas, associada à situação onde ela não tem noção do que irá acontecer nos próximos dias. Por isso, a criança internada demanda muito cuidado, tanto da equipe de enfermagem, quanto dos familiares, a criança precisa de conforto e se sentir segura neste momento de sua vida.

Em relação aos enfermeiros, observou-se que a criança hospitalizada foi vinculada às questões relacionada à fase de desenvolvimento e ação profissional, ou seja, ela é um instrumento de atenção para a equipe e isso dispense do enfermeiro maior responsabilidade no tratamento deste paciente. Sendo tão importante, sua formação para assegurar a qualidade e o respeito integral a sua condição de doente e de pessoa. Em seguida, foi destacado que a criança envolve toda a família e causa, para esta, tristeza, angústia e preocupação, no momento em que os pais precisam então de apoio e orientações para minimizar esta

insegurança e impotência. A hospitalização se reflete no comportamento da criança. Um enfermeiro destacou que a criança "continua querendo brincar, comer, estudar como qualquer criança. Não é a hospitalização que a deixará mais séria." E isso é uma característica que o hospital deve reconhecer ao proporcionar momentos lúdicos e, ser agregada às estratégias de atendimento, por todos os profissionais.

A educação também foi ressaltada pelos participantes da pesquisa como um requisito de grande importância para o desenvolvimento da criança. Dessa forma, entende-se que, no ambiente hospitalar, pode se ter espaços que propicie a aquisição de conhecimento por meio de relações educativas, como é o caso da brinquedoteca, apontada por um técnico de enfermagem, como um lugar em que a criança se relaciona com outras crianças e desenvolve atividades lúdicas contribuindo para o seu crescimento e melhoria de sua saúde. Assim, entende-se que a presença do pedagogo na enfermagem infantil, para acompanhar e mediar a aprendizagem da criança hospitalizada é tão importante, quanto as atividades dos profissionais de saúde no atendimento especializado, visando a melhoria, o bem estar e a própria cura.. No entanto, percebeu-se que, no hospital onde a pesquisa foi realizada, não há pedagogo que atue diretamente com o paciente infantil.

Por outro lado, as representações sociais de saúde e doença emanadas pelo grupo de técnicos de enfermagem, se desdobrou nas condições que refletem o estado fisiológico do indivíduo, ou seja, saúde como bem estar físico e, a doença, uma patologia que atinge o organismo de uma pessoa e causa desequilíbrio. No entanto, para o enfermeiro, ao falar desses dois fenômenos, é necessário considerar tanto o aspecto físico como o psicológico e o social.

Os técnicos de enfermagem representaram a criança como um ser frágil e isento de responsabilidades, ou seja, não se preocupam com as atividades do dia a dia, pela sua condição cognitiva, psicológica e seu papel social. Tudo para ela é o momento, expressam suas atitudes naturalmente. O enfermeiro corrobora as concepções ditas pelos técnicos, ao afirmar que a criança tem um comportamento infantil e não se preocupam com a maioria das coisas que estão ao seu redor.

Pelo fato de os técnicos de enfermagem ter maior contato diário com a criança hospitalizada, eles tiveram uma visão mais detalhada do paciente infantil, enquanto, os enfermeiros, por terem um contato menor, tiveram uma visão mais geral deste paciente. No caso, são os técnicos de enfermagem que, na maioria das vezes, ministram os medicamentos para a criança, dá banho, leva para fazer exames, entre outras rotinas inerentes ao cargo. Dessa forma, o profissional tem mais vivência com esse paciente refletindo em sua conduta e representação da mesma. Por outro lado, dentro de suas atribuições, o enfermeiro visita a

criança, faz curativo, e orienta os técnicos nas atividades diárias. Assim, comparando as atribuições desses profissionais de saúde, os técnicos convivem mais com a criança hospitalizada.

Em suma, a criança mesmo no ambiente hospitalar apesar de insegura e com medo, não perde, na perspectiva destes profissionais sua condição peculiar de desenvolvimento. Sobretudo, os profissionais participantes desta investigação, assumem como corolário de seu trabalho a dimensão de reconhecer, promover e fomentar o desenvolvimento de suas potencialidades e condições de aprendizagem, por meio das interações sociais com a criança hospitalizada. Em função disso, sublinham a necessidade de agregar a família neste acompanhamento e no hospital, se assegurando ainda, o espaço para brincadeiras e a ludicidade de maneira, livre ou supervisionada, no caso, da criança estar em fase de escolarização.

A doença não é um fator limitante, pode ser superado com um atendimento de qualidade e em especial, com o compromisso ético e competência de cada especialista. A saúde faz parte do interjogo com a doença, porque fatores psicológicos, sociais e espirituais estão intrinsecamente vinculados. Por isso, estes profissionais demonstram por meio de sua atuação e atendimento uma visão de promotores da saúde e, concomitantemente do desenvolvimento do pessoa hospitalizada. Rompendo, principalmente, com a visão de que o hospital é um local frio e neutro e que não comporta em seus espaços, a concepção de pessoa e sujeito em desenvolvimento, independente de sua condição física e psicológica.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Sandra Ferreira. **Escola**: as imagens que as representações sociais revelam. Tese de doutorado apresentada à Pontifícia Universidade de Campinas, PUC – SP, 2005.
- ALEXANDRE, Marcos. O papel da mídia na difusão das representações sociais. **Comum**, 17, 111-125, 2001.
- ALEXANDRE, Marcos. **Representação Social**: uma genealogia do conceito. **Comum**, 23, 122-138, 2004.
- ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira. Abordagem societal das representações sociais. **Sociedade e Estado**, 3, 713-737, 2009.
- ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; CUNHA, Gleicimar Gonçalves. Representações sociais do desenvolvimento humano. **Psicologia: reflexão e crítica**, 16, 147-155, 2003.
- ALMEIDA FILHO, Neomar; JUCÁ, Vlândia. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7, 879-889, 2002.
- ALMEIDA FILHO, Neomar. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira Epidemiologia**, 1-3, 4-20, 2000.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. **Representações sociais**: aspectos teóricos e aplicações a educação. **Em Aberto**, 61, 60-78, 1994.
- ARAÚJO, Marivania Conceição. A teoria das representações sociais e a pesquisa antropológica. **Revista Hospitalidade**, 2, 98-119, 2008.
- ARRUDA, Ângela. Teorias das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, 117, 127-147, 2002.
- AYRES, José Ricardo, C. M. Uma concepção Hermenêutica de Saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, 17, 43-62, 2007.
- BACKES, Marli Terezinha Stein, et al. Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico. **Revista de Enfermagem**, 17, 11-7, 2009.
- BETTY M., Flinchum. **Desenvolvimento motor da criança**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.
- BRAGA, Rosa Maria da Cruz. Olhares sobre a infância. **Ciencia e Conhecimento**, Revista Eletrônica da ULBRA, 03, 1-7, 2008.
- CARVALHO, Maria do Rosário de Fátima; PASSEGGI, Maria da Conceição; DOMINGOS SOBRINHO, Mosés. **Representações sociais**: teoria e pesquisa, 1 ed. Mossoró: Fundação Guimarães, 2003.

- CARVALHO, Renata Silva. **Transtornos alimentares em mulheres: um estudo das representações sociais do corpo.** Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.
- CASTANHA, Alessandra Ramos; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes. **Representações Sociais da AIDS: um estudo com Agentes Comunitários de Saúde do município de Ipojuca – PE, Brasil.** s/d . Disponível em <http://www.aidscongress.net>, acesso em: 04/07/2011.
- CASTRO, Michele G. Bredel. **Noção de criança e infância: diálogos, reflexões, interlocuções.** Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ, 2007. Disponível em <http://www.google.com.br/#sclient=psy-ab&hl=pt>, acesso em 19/06/2011.
- CASTRO, Paula. Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em S. Moscovici. **Análise Social**, 164, 949-979, 2002.
- COELHO, Ana. Repensar o campo da educação de infância. **Revista Iberoamericana de Educación**, 44, 1-10, 2007.
- CUNHA, Ana Maria de Oliveira; NUNES, Ana Luiza Borges de Paula. O papel das Representações Sociais nas atitudes preventivas de coletores de lixo, em relação as enteroparasitoses, s/d. Disponível em <http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt22/t221.pdf>, acessado em 12/11/2011.
- DEMATHÈ, Tecia Millnitz; CORDEIRO, Maria Helena Baptista Vilares. Representações sociais sobre infância: um estudo com pais e educadoras de educação infantil. **Nuances: Estudos sobre Educação**, 17, 119-133, 2009.
- DOTTA, Leanete Thomas. **Representações Sociais do ser professor.** Campinas: Alínea, 2006.
- EUNICE, M. L. Soriano de Alencar. **A criança na família e na sociedade.** Petrópolis,RJ: Vozes, 1985.
- FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**, 121, 169-186, 2004.
- FROTA, Ana Maria Monte Coelho. Diferentes concepções da infância e adolescente: a importância da historicidade para a sua construção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 1, 147-160, 2007.
- GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem**, 39, 45-53, 2005.
- GOMES, Romeu; MENDONÇA, Eduardo Alves; PONTES Maria Luiza. As representações sociais e a experiência da doença. **Caderno Saúde Pública**, 18, 1207-1214, 2002.

- GRAÇA, Margarida; MOREIRA, Marco Antônio. Representações sociais sobre a matemática, seu ensino e aprendizagem: um estudo com professores do ensino secundário. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, 03, 41-73, 2004. Disponível em <http://www.cienciamao.usp.br/tudo/index.php?midia=rab>, acesso em 12/11/2011.
- GUARESCHI, Tais; NAUJORKS, Maria Inês. As representações sociais de professores acerca da aprendizagem de alunos com distúrbios globais do desenvolvimento. **GT: Educação Especial**, 15, s/d.
- HERZLICH, Claudine. A problemática da Representação Social e sua utilidade no campo da doença. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, 15 (suplemento), 57-70, 2005.
- LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2, 7-25, 1982. (Trad. E. D. Nunes). Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657748/name/saudedoenca.pdf>, acesso em 12/11/2011.
- LIMA, Beatriz Mello; SOUZA, Adriana de Oliveira; TRINDADE, Rosaria da Paixão. As representações sociais dos estudantes das licenciaturas da UEFS sobre o interesse pela pesquisa na graduação. **V Colóquio Internacional: educação e contemporaneidade**, 1-12, 2011.
- LIMA, Francisca de Fátima; SALES, Luís Carlos. As representações sociais do aluno de escola pública partilhadas por professores de língua inglesa que ensinam em escolas públicas e particulares de Teresina. **Atos de Pesquisa em Educação**, 1, 106-122, 2007.
- LIMA, Rita de Cássia Pereira; COLUS, Fátima Aparecida Maglio; GONINI, Fátima Aparecida Coelho; MOKWA, Valéria Marta Nonato Fernandes; PETRENAS, Rita de Cássia. Qualidade e saudosismo: representações sociais de pais sobre a escola. **Psicologia da Educação**, 27, 31-51, 2008.
- LOPES, Maria do Socorro Vieira; SARAIVA, Klívia Regina de Oliveira; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; XIMENES, Lorena Barbosa. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, 19, 461-8, 2010.
- LORDELO, Eulina da Rocha; BICHARA, Ilka Dias. Revisitando as funções da imaturidade: uma reflexão sobre a relevância do conceito na educação infantil. **Psicologia USP**, 20, 337-354, 2009.
- MACHADO, Laêda Bezerra. Representações sociais de construtivismo entre professores alfabetizadores. **Ciências Sociais em Perspectiva**, 10, 111-122, 2007.
- MAURÍCIO, Lúcia Velloso. Literatura e representações da escola pública de horário integral. **Revista Brasileira de Educação**, 27, 40-56, 2004.

- MCGRATH, Tom. **Quando você esta doente ou internado: um guia para curar crianças**. São Paulo: Paulus. 2004.
- MELO, Eleuni Antônio de Andrade. **Vínculo do trabalhador com a organização: um estudo de representações sociais**. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília-DF, 2006.
- MENIN, Maria Suzana de Stefano. O aspecto normativo das representações sociais: comparando concepções. **Revista de Educação Pública**, 30, 121-135, 2007.
- MÜLLER, Fernanda; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. A infância pesquisada. **Psicologia USP**, 20, 465-480, 2009.
- MANZINI, Eduardo José. Entrevista semi-estruturada: análises de objetivos e de roteiros. s/d. Disponível em:
<http://www.google.com/search?client=ubuntu&channel=fs&q=Entrevista+semi-estruturada>, acesso em 04/07/2011.
- NASCIMENTO, Cláudia Terra; BRANCHER, Vantoir Roberto; OLIVEIRA, Valeska Fortes. A construção social do conceito de infância: algumas interlocuções históricas e sociológicas. **Contexto e educação**, 79, 47-63, 2008.
- NEVES, José Luis. Pesquisa Qualitativa – características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, 3, 1-5, 1996.
- OLIVEIRA, Ana Angélica Leão. **Estudo das representações sociais de saúde e doença na perspectiva de gênero - um estudo de caso em Piedade de Caratinga/ MG**. Dissertação de mestrado, Caratinga, Minas Gerais, 2006.
- OLIVEIRA, Denize Cristina; COSTA, Tadeu Lessa. A zona muda das representações sociais sobre o portador de HIV/AIDS: elementos normativos e contranormativos do pensamento social, **Psicologia: Teoria e Prática**, 9, 73-91, 2007.
- OLIVEIRA, Regina Márcia Rangel. A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo – CRST/ES. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.
- OLIVEIRA, Tadzia Assunção Negromonte. **Ele nunca demonstrou e de repente...: representações sociais da paternidade segundo as mães de meninas vítimas de violência sexual intrafamiliar**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.
- PASSOS, Guiomar de oliveira; MACEDO, Anne Karolyne de Sousa. A escola publica e assim mesmo? Os elementos empiricos das representações sociais. **V Jornada Internacional e III**

Conferencia Brasileira sobre Representações Sociais, 2007.

PEREIRA, Cícero; TORRES, Ana Raquel Rosas; ALMEIDA, Saulo Teles. Um Estudo do Preconceito na Perspectiva das Representações Sociais: Análise da Influência de um Discurso Justificador da Discriminação no Preconceito Racial. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 16, 95-107, 2003.

PINTO, Raquel Gomes. **Educação infantil**: desenvolvimento social na perspectiva de professoras. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2007.

RIBEIRO, Marinalva Lopes; JUTRAS, France. Representações sociais de professores sobre afetividade. **Estudos de Psicologia**, 23, 39-45, 2006.

RODRIGUES, Cleire Maria do Amaral; SALES, Luís Carlos. Representações sociais de professores de escolas de elite de Teresina sobre escola de qualidade. **GT 12 - Educação e Representações Sociais**, (s/d).

SANTO, Adriana Amaral do Espírito; VILELA, Ana Maria Jacó; FERRERI, Marcelo de Almeida. A imagem da infância nas teses da faculdade de medicina do Rio de Janeiro – (1832-1930). **Psicologia em Estudo**, 11, 19-28, 2006.

SANTOS, Maria de Fátima; ALMEIDA, Leda Maria. **Diálogo com a teoria das representações sociais**. Universitária: UFPE, 2005.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, 17, 29-41, 2007.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista Saúde Pública**, 31, 538-42, 1997.

SEVALHO, Gil. Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença. **Cadernos de Saúde Pública**, 9, 349-363, 1993.

SOARES, Sandra Lúcia Ferreira Acosta; SOUSA, Clarilza Prado. **Escola**: lugar de conhecimento, compromisso, desafios para estudantes de Pedagogia e Medicina. **Psicologia da Educação**, 1, 91-110, 2007.

SOUZA, Ligia Claudia Gomes. O ensino da psicologia social e suas representações. A formação do saber e o saber em formação. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, 2005.

UJIE, Najela Tavares. Educação, criança e infância no contexto das ciências sociais. **Guairacá**, 25, 9-23, 2009.

WACHELKE, Joao Fernando Rech; CAMARGO, Brigido Vizeu. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology**, 3, 379-390, 2007.

PARTE III – PERSPECTIVAS PROFISSIONAIS

Os momentos que vivenciei na Faculdade de Educação propiciaram um crescimento relevante como cidadão, ser humano e como um futuro profissional. Tive experiências que levarei do ambiente acadêmico para toda a minha vida. O primeiro semestre na Faculdade de Educação levou-me a pensar que demoraria, muito tempo para concluir o curso, agora, vejo como foi rápido e já sinto saudades.

A luta para ingressar na Universidade de Brasília foi muito grande e desmotivadora, mas, inexpressiva, pelo prazer de estudar neste ambiente Universitário. Ser aluno dessa Universidade foi muito gratificante para mim e também, uma forma de superação na minha vida. Terminei o curso de pedagogia ciente que construí, ao longo desses quatro anos, uma visão mais crítica sobre o mundo, principalmente, sobre a educação. Foi na Faculdade de Educação que tive contato com autores como Freire, Wallon, Lacan, Piaget, entre outros.

Tenho a plena certeza de que, ainda não é a hora de deixar o universo acadêmico da UnB, quero sentar em cadeiras das salas da FE e ouvir, como aluno da pós-graduação, professores ministrarem suas aulas com autonomia e propriedade, como eles sabem fazer, cotidianamente. Confesso que o curso de pedagogia trouxe um arcabouço teórico muito importante para minha formação e para meu desenvolvimento como pessoa. Por isso, não posso ausentar da sala de aula e de continuar meus estudos.

Não posso negar que continuar estudando na Universidade de Brasília exigirá de mim um preço, as dificuldades serão grandes, os desafios visíveis, contudo, estou disposto a enfrentá-los para, assim, alcançar meus objetivos, minhas perspectivas. Quando eu morava no Lago Norte e estudava para o vestibular, meu patrão falou uma frase que levou-me a refletir sobre a realidade de forma mais crítica. Ele dizia assim: “quem diz que seria fácil? Na vida nada é de graça, tudo tem um preço a ser pago para se conseguir algo”. Esta frase motivou-me a lutar pelos meus ideais e a nunca desistir de meus planos.

Meu percurso pela Faculdade de Educação como estudante de pedagogia me fez muito bem, transmutei. Eu tinha prazer em assistir as aulas e, raramente, sentia desmotivado com alguma disciplina. Talvez, eu não tenha aprofundado o suficiente em leituras propostas pelos professores, mas não me arrependo, pois, trabalhar e estudar não é tarefa fácil para qualquer pessoa, e inclusive considerando as situações que vivi. Agradeço muito, a todos os professores e alunos que contribuíram, de forma direta ou indireta, para minha formação. Sinto-me emocionado ao terminar esta primeira fase de meus estudos.

São muitos os sonhos e perspectivas futuras promissoras. Gostaria de trabalhar como

professor na Secretaria de Educação do Distrito Federal, como servidor público, uma vez que já sou servidor do público. Porém, ainda não trabalho na área da educação diretamente, exerço uma atividade no espaço da saúde, mas são áreas intrinsecamente interligadas.

Quero fazer mestrado em educação, tendo como base a Teoria das Representações Sociais. Tenho ainda outro desejo, que eu acho ser, para minha condição atual, calculando tempo, disponibilidade de horários para estudos, entre outros, o mais difícil de se alcançar: ser servidor público do Judiciário, mais especificamente na área de pedagogia. São objetivos que requerem determinação, perseverança e muito estudo. Mas, com garra e muitos sonhos tenho plena certeza que me encontrarão nestes espaços!

APÊNDICES

APÊNDICE – A



Universidade de Brasília - UnB Faculdade de Educação – FE

Estamos interessados em conhecer sua opinião a respeito do tema CRIANÇA HOSPITALIZADA. Assim, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, preenchendo o instrumento. Ressaltamos que não existem respostas corretas, apenas queremos conhecer sua experiência e o que você pensa sobre o tema pesquisado. Todos os dados são sigilosos e não precisa se identificar.

I) Dados pessoais

Data de nascimento: _____ Sexo: Feminino Masculino
Estado Civil solteiro/a casado/a viúvo/a separado/a Outro? _____

II) Formação Acadêmica:

Ensino médio: _____

Ensino superior: não sim cursando Área de formação: _____

Especialização na área: sim não Área: _____

III) Experiência profissional

Função atual: _____

Tempo de experiência na área de saúde: técnico: _____ enfermeiro: _____

Tempo de experiência na enfermagem infantil: _____

Solicitamos a sua participação respondendo às seguintes questões abaixo:

1) Rapidamente escreva 6 (seis) palavras ou frases que na sua opinião completam a seguinte frase: **(ATENÇÃO: é extremamente importante que todas as linhas sejam preenchidas)**

1 – Criança hospitalizada é

1)
2)
3)
4)
5)
6)

2) Agora, entre as 6 (seis) palavras e/ou frases acima citadas, indique a seguir as que você considera as mais importantes, na sua opinião:

1ª. mais importante: _____

2ª. mais importante: _____

3ª. mais importante: _____

3) Dê o significado da palavra e/ ou frase que você apontou como sendo a mais importante e, classificada em primeiro lugar:

APÊNDICE - B

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Educação – FE

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**I) Dados de identificação do profissional**

Idade: _____ Estado Civil _____ Sexo: _____

Tempo de experiência na área de saúde: _____

Tempo de experiência atendendo na enfermagem infantil _____

II) Formação Acadêmica:

Ensino Médio: _____

Ensino Superior: () Sim () Não () Cursando

Área: _____

Especialização na área: () sim () não

Qual? _____

III) Questões

O que é doença para você?

Que características representam uma criança hospitalizada?

Como você define saúde?

Que aspectos indicam para você uma criança saudável?

O que é ser criança para você?

O que é importante para o desenvolvimento da criança?

O que auxilia a criança hospitalizada a melhorar no tratamento?

ANEXO

CARTA DE OTTAWA
PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE
Ottawa, novembro de 1986

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, que seguramente contribuirá para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subsequentes.

Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos, assim como com o debate ocorrido na Assembléia Mundial da Saúde sobre ações intersetoriais necessárias para o setor.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

PRÉ-REQUISITOS PARA A SAÚDE

As condições e os recursos fundamentais para a saúde são:

Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável -
recursos sustentáveis - justiça social e equidade

O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos.

DEFESA DE CAUSA

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis.

CAPACITAÇÃO

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres.

MEDIAÇÃO

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações

voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade maior na mediação entre os diferentes, em relação à saúde, existentes na sociedade.

As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos.

SIGNIFICADO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONSTRUINDO POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as conseqüências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde. A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis.

A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar.

CRIANDO AMBIENTES FAVORÁVEIS

Nossas sociedades são complexas e inter-relacionadas. Assim a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos. As inextricáveis ligações entre a população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. O princípio geral orientador

para o mundo, as nações, as regiões e até mesmo as comunidades é a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio-ambiente natural. A conservação dos recursos naturais do mundo deveria ser enfatizada como uma responsabilidade global. Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis.

O acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio-ambiente produzem sobre a saúde – particularmente, nas áreas de tecnologia, trabalho, produção de energia e urbanização – é essencial e deve ser seguido de ações que assegurem benefícios positivos para a saúde da população. A proteção do meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde.

REFORÇANDO A AÇÃO COMUNITÁRIA

A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino.

O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado.

DESENVOLVENDO HABILIDADES PESSOAIS

A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre

sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor.

É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais.

REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde.

O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é.

VOLTADOS PARA O FUTURO

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que

permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros. Cuidado, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Além disso, os envolvidos neste processo devem ter como guia o princípio de que em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde, homens e mulheres devem participar como parceiros iguais.

COMPROMISSOS COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os participantes desta Conferência comprometem-se a:

atuar no campo das políticas públicas saudáveis e advogar um compromisso político claro em relação à saúde e à equidade em todos os setores; agir contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, a degradação dos recursos naturais, as condições ambientais e de vida não-saudáveis e a má-nutrição; e centrar sua atenção nos novos temas da saúde pública, tais como a poluição, o trabalho perigoso e as questões da habitação e dos assentamentos rurais; atuar pela diminuição do fosso existente, quanto às condições de saúde, entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade;

reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde; apoiá-las e capacitá-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos, através de financiamentos e/ou outras formas de apoio; e aceitar a comunidade como porta-voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar;

reorientar os serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde; incentivar a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas e, mais importante, da própria comunidade;

reconhecer a saúde e sua manutenção como o maior desafio e o principal investimento social dos governos; e dedicar-se ao tema da ecologia em geral e das diferentes maneiras de vida;

a Conferência conclama a todos os interessados juntar esforços no compromisso por uma forte aliança em torno da saúde pública.

POR UMA AÇÃO INTERNACIONAL

A Conferência conclama a OMS e outras organizações internacionais para a defesa da promoção da saúde em todos os fóruns apropriados e para o apoio aos países no estabelecimento de estratégias e programas para a promoção da saúde.

A Conferência está firmemente convencida de que se as pessoas, as ONGs e organizações voluntárias, os governos, a OMS e demais organismos interessados, juntarem seus esforços na introdução e implementação de estratégias para a promoção da saúde, de acordo com os valores morais e sociais que formam a base desta Carta, a Saúde Para Todos no Ano 2000 será uma realidade!