UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SILVIA REGINA BALDO DE CAMARGO

Significados de saúde para crianças de cinco anos e formação de conceitos à luz
da abordagem histórico-cultural: reflexões para a promoção da saúde

RIBEIRÃO PRETO

2014

SILVIA REGINA BALDO DE CAMARGO

Significados de saúde para crianças de cinco anos e formação de conceitos à luz
da abordagem histórico-cultural: reflexões para a promoção da saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Educação em Saúde e Formação de
Recursos Humanos

Orientadora: Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves

RIBEIRÃO PRETO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Camargo, Silvia Regina Baldo de

Significados de saúde para crianças de cinco anos e formação de conceitos à luz da abordagem histórico-cultural: reflexões para a promoção da saúde. Ribeirão Preto, 2014.

147 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves

1. Formação de conceitos. 2. Promoção da saúde. 3. Educação infantil.
4. Abordagem histórico-cultural.

CAMARGO, Silvia Regina Baldo de

Significados de saúde para crianças de cinco anos e formação de conceitos à luz da abordagem histórico-cultural: reflexões para a promoção da saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos entes mais caros de minha vida.

Aos meus amados pais, José Everardo e Zilia, pessoas justas e éticas que me ensinaram os valores mais importantes desta vida, pelo apoio e pela certeza da minha vitória desde a concepção deste sonho.

Ao meu único e querido irmão, Júnior, pela amizade e pela confiança em mim depositada, pelas palavras doces e pelo ombro amigo nas horas em que mais precisei. Obrigada por estar comigo na madrugada final!

Ao meu esposo e meu amor, José Alberto, por ter abraçado este sonho comigo e pela compreensão, por estar ao meu lado nas horas mais difíceis, auxiliando-me com sua incansável paciência e com toda sua sabedoria nas etapas deste trabalho, dando-me o apoio emocional-material necessário.

À Ana Clara, pelo incentivo, sempre elogiando meu trabalho, com palavras positivas e um sorriso no rosto.

Ao Freddy, por me dar tanta alegria e aliviar meu coração, nos momentos mais difíceis.

Vocês são tudo para mim!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por conceder-me a realização de um sonho, guiando-me em todos os momentos e abrindo as portas necessárias para que eu chegasse até aqui.

À querida professora, orientadora e amiga Marlene, que Deus colocou em meu caminho há tanto tempo para ensinar-me a arte de ser professora, orientando-me com paciência, dedicação, carinho, incentivo, respeito e confiança, pela oportunidade de realizar este projeto de vida.

Às professoras Marta Angélica Iossi Silva, Luciane Sá de Andrade e Maria Aparecida Mello pela disponibilidade, por todo apoio nesta caminhada e pelos ensinamentos valiosos.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela oportunidade e confiança em mim depositadas e à CAPES, pelo apoio através da bolsa que auxiliou meus estudos.

Às amigas Yara, Camila, Neire, Ana Carolina e Paula, pela amizade que me dedicaram, pelas horas de estudo compartilhadas, pelas dúvidas aclaradas. Vocês foram e são muito importantes!

Aos amigos do Grupo Educação em Saúde/Enfermagem, em especial Marina, Gisele, Marlene e Mark; aos professores e membros do Projeto Pró-Ensino na Saúde; aos alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem – EERP/USP, com os quais aprendi muito.

Às professoras-amigas da Escola do Coração, em especial: Carmen, Heloísa e Carol e à Diretora Fátima, por abrirem as portas e tornarem possível e mais agradável a construção dos dados.

Às crianças que participaram com entusiasmo e dedicação desta pesquisa, dando-lhe significação e sem as quais ela não se concretizaria.

Obrigada a todos!

Na educação [...] não existe nada de passivo, de inativo. Até as coisas mortas, quando se incorporam ao círculo da educação, quando se lhes atribui papel educativo, adquirem caráter ativo e se tornam participantes ativos desse processo.

Lev Semenovich Vigotski

RESUMO

CAMARGO, S. R. B. **Significados de saúde para crianças de cinco anos e formação de conceitos à luz da abordagem histórico-cultural: reflexões para a promoção da saúde.** 2014. 147 p. [Dissertação] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar os significados que crianças de 5 anos atribuem à saúde, à luz da abordagem histórico-cultural. Apresenta como objetivos específicos: Identificar os significados atribuídos à saúde pelas crianças de 5 anos; Analisar tais significados no contexto da concepção teórica de promoção da saúde; Analisar a atribuição dos significados de saúde pela criança, à luz da abordagem histórico-cultural; Relacionar a atribuição dos significados pelas crianças ao processo de formação dos conceitos da abordagem histórico-cultural. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, apoiada no referencial de promoção da saúde que tem a perspectiva de engajar sujeitos na busca por um ambiente mais saudável, e com fundamentação teórico-metodológica pautada na abordagem histórico-cultural de Vigotski, cujo foco é o estudo do homem e suas funções psicológicas, destacando o pensamento e a linguagem em suas origens sociais, enfatizando a cultura como parte da natureza do indivíduo e atribuindo papel fundamental à educação, pois considera que o aprendizado entre seres humanos, imersos em uma mesma sociedade, dá o acesso aos bens produzidos culturalmente. A construção dos dados realizou-se em uma escola pública no interior do Estado de São Paulo, com 20 crianças de 5 anos, a partir do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, em atividade individual com cada criança. Toda a atividade foi gravada em áudio, sendo as falas transcritas e os desenhos digitalizados. Os resultados foram organizados em quatro unidades de análise: O modelo biomédico/biológico da saúde; A significação da saúde como bem-estar de si e do outro; A relação entre a saúde e o cuidado; A ação do adulto ou do outro na saúde da criança. A análise indicou que há participantes que significam a saúde pela dimensão biologizante, como há os que o fazem pela perspectiva da promoção da saúde; apontam a importância do papel do adulto na saúde da criança bem como a relação intrínseca entre cuidado e saúde. As atribuições de significados pelas crianças constituem a base do processo de formação de conceitos sobre saúde, e diferentes etapas dessa construção foram identificadas. Entende-se que os significados sobre saúde aqui trazidos, bem como aspectos da formação de conceitos, podem nortear professores e profissionais da saúde nos trabalhos de educação em saúde na escola, favorecendo vivências a partir daquilo que as crianças ressignificam como seres histórico-culturais, propiciando a criatividade, a curiosidade e a crítica sobre o “ser saudável” e tendo em vista que o processo de significação acontece de forma contínua, na mediação do sujeito com o mundo.

Palavras-chave: Formação de conceitos. Promoção da saúde. Educação infantil. Abordagem histórico-cultural.

ABSTRACT

CAMARGO, S. R. B. **Meanings of health for five-year-old children and concept formation in the light of historical-cultural approach: reflections for health promotion.** 2014. 147 p. [Dissertation] College of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

In this research, the main objective was to analyze the meanings that five-year-old children attributed to health in the light of historical-cultural approach, presenting the following specific objectives: To identify the meanings attributed to health by five-year-old children; To analyze these meanings in the context of the theoretical conception of health promotion; To analyze the attribution of the meanings of health by the child in the light of historical-cultural approach; To relate the attribution of meanings by children to the process of concept formation of cultural-historical approach. The study is a qualitative research, based on the concept of health promotion that aims to engage individuals in the search for a healthier environment, and with theoretical and methodological foundation guided by the cultural-historical approach of Vygotsky, whose focus is the study of the man and his psychological functions, highlighting the thought and the language in their social origins, emphasizing culture as part of the individual's nature and assigning a key role to education, since he considers that learning among humans, who are immersed in the same society, gives access to goods produced culturally. The construction of the data was carried out in a public school in the state of São Paulo, with 20 children of five years old using the Drawing-and-Story Procedure with theme in an individual activity with each child. Every activity was recorded in audio, the speeches were transcribed and the drawings were scanned. The results were organized into four units of analysis: The biomedical/biological model of health; The significance of health as well-being of oneself and others; The relation between health and care; The action of adults or others in the child's health. The analysis indicated that there are participants who meant health by biologizing dimension, as there are those who did so from the perspective of health promotion; pointing to the importance of the role of the adult in child's health as well as the intrinsic relationship between health and care. The attribution of meanings by children constitutes the basis of the process of concept formation about health and different stages of this construction were identified. It is understood that the meanings of health brought here, as well as aspects of concept formation, can guide teachers and health professionals in the work of health education in school, encouraging experiences from what children resignify as historical and cultural beings, providing creativity, curiosity and criticism about "being healthy" considering that the signification process happens continuously in the mediation of the individual with the world.

Keywords: Concept formation. Health promotion. Childhood education. Cultural-historical approach.

RESUMEN

CAMARGO, S. R. B. **Significados de salud para niños de cinco años y formación de conceptos a la luz del enfoque histórico-cultural: reflexiones para la promoción de la salud.** 2014. 147 p. [Disertación] Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Esta investigación tiene como objetivo principal analizar los significados que los niños de 5 años atribuyen a la salud a la luz del enfoque histórico-cultural. Presenta como objetivos específicos: Identificar los significados atribuidos a la salud por los niños de 5 años; Analizar estos significados en el contexto de la concepción teórica de la promoción de la salud; Analizar la asignación de significados de salud dada por los niños a la luz del enfoque histórico-cultural; Relacionar la atribución de los significados dispuesta por los niños al proceso de formación de los conceptos del enfoque histórico-cultural. Se trata de una investigación cualitativa, basada en el marco de la promoción de la salud que tiene como perspectiva involucrar a los sujetos en la búsqueda de un entorno más saludable, y con fundamentación teórico-metodológica guiada por el enfoque histórico-cultural de Vygotsky, cuyo enfoque es el estudio del hombre y sus funciones psicológicas, destacando el pensamiento y el lenguaje en su origen social, con énfasis en la cultura como parte de la naturaleza de la persona y asignando un papel fundamental a la educación, pues considera que el aprendizaje entre seres humanos, inmersos en una misma sociedad, da el acceso a los bienes producidos culturalmente. La construcción de los datos se llevó a cabo en una escuela pública en el estado de São Paulo, con 20 niños de 5 años, a partir del Procedimiento de Dibujo-Historias con Tema, en actividades individuales con cada niño. Todas las actividades fueron grabadas en audio, siendo transcritas las intervenciones de los niños y digitalizados sus dibujos. Los resultados se organizan en cuatro unidades de análisis: El modelo biomédico/biológico de la salud; El significado de la salud como el bienestar de sí mismo y los demás; La relación entre la salud y la atención; La intervención de los adultos o de los demás en la salud del niño. El análisis indicó que hay participantes que entienden la salud por la dimensión biologizante, como hay quienes lo hacen desde la perspectiva de promoción de la salud; señalan la importancia del papel del adulto en la salud del niño, así como la relación intrínseca que existe entre la atención y la salud. Las asignaciones de los significados por los niños constituyen la base del proceso de la formación de conceptos sobre la salud y las diferentes etapas de su construcción fueron identificadas. Se entiende que los significados sobre salud presentados aquí, así como los aspectos de la formación de conceptos, pueden orientar a los profesores y profesionales de la salud en el trabajo de educación para la salud en la escuela, fomentando experiencias a partir de lo que los niños resignifican como seres histórico-culturales, propiciando la creatividad, la curiosidad y la crítica sobre el "estar sano", no perdiendo de vista que el proceso de significación ocurre continuamente en la mediación del sujeto con el mundo.

Palabras-Clave: Formación de conceptos. Promoción de la salud. Educación infantil. Enfoque histórico-cultural.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização das crianças participantes da pesquisa 67
Quadro 2	Significações das crianças sobre saúde e respectivas unidades de análise 76

LISTA DE DESENHOS

Desenho 1	Desenho de uma criança com saúde elaborado por Olívia	82
Desenho 2	Desenho de uma criança com saúde elaborado por Miguel	83
Desenho 3	Desenho de uma criança com saúde elaborado por Nicole	85
Desenho 4	Desenho de uma criança com saúde elaborado por Luísa	87
Desenho 5	Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Beatriz	91
Desenho 6	Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Nicole	92
Desenho 7	Desenho de uma criança com saúde elaborado por Beatriz	94
Desenho 8	Desenho de uma criança com saúde elaborado por João Pedro	96
Desenho 9	Desenho de uma criança com saúde elaborado por Maurício	98
Desenho 10	Desenho de uma criança com saúde elaborado por Tarcísio	100
Desenho 11	Desenho de uma criança com saúde elaborado por Letícia	102
Desenho 12	Desenho de uma criança com saúde elaborado por Francisco.....	105
Desenho 13	Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Lívia	107
Desenho 14	Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Maurício .	112
Desenho 15	Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Luísa	115
Desenho 16	Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Olívia	117
Desenho 17	Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Letícia	120
Desenho 18	Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Tarcísio ...	122
Desenho 19	Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Dandara ..	124

Desenho 20 Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Carolina .. 126

Desenho 21 Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Breno 128

Desenho 22 Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Francisco. 130

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIAF	Centro Integrado de Apoio Familiar
D-E	Procedimento de Desenhos-Estórias
D-E com Tema	Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema
DF-E	Procedimento de Desenhos de Família com Estórias
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FPS	Funções Psicológicas Superiores
IREPS	Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCNs	Parâmetros Curriculares Nacionais
PPP	Projeto Político Pedagógico
RCN	Referenciais Curriculares Nacionais
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
2.1	Conceito de saúde e promoção da saúde.....	27
2.1.1	<i>Conceito de saúde.....</i>	27
2.1.2	<i>Promoção da saúde</i>	31
2.1.3	<i>Saúde escolar.....</i>	33
2.1.4	<i>O cuidado em saúde.....</i>	35
2.2	Educação infantil	40
2.3	Abordagem Histórico-Cultural	45
2.3.1	<i>Fundamentos da Abordagem Histórico-Cultural.....</i>	45
2.3.2	<i>Significados e formação de conceitos.....</i>	51
2.3.3	<i>Imaginação e criação</i>	57
3	MÉTODO	61
3.1	Fundamentação teórico-metodológica	62
3.2	Aspectos éticos da pesquisa.....	64
3.3	Local.....	65
3.4	Participantes.....	66
3.5	Período	68
3.6	Procedimento de pesquisa	68
3.7	Materiais utilizados	69
3.8	Processo de construção dos dados	70
3.9	Processo de análise dos dados	71
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	75
4.1	O modelo biomédico/ biológico da saúde.....	77
4.2	A significação da saúde como bem-estar de si e do outro	93
4.3	A relação entre a saúde e o cuidado	103
4.4	A ação do adulto ou do outro na saúde da criança.....	113
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	132

REFERÊNCIAS.....	137
ANEXOS.....	144
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	145
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	146

1 INTRODUÇÃO

[...] a relação entre pensamento e palavra é um processo vivo de nascimento do pensamento na palavra. Palavra desprovida de pensamento é, antes de mais nada, palavra morta. [...]

Lev Semenovitch Vigotski

1 INTRODUÇÃO

O interesse sobre o tema desta pesquisa resultou das atividades que desenvolvo em meu trabalho como professora de Educação Infantil.

Licenciada em pedagogia, minha profissão sempre foi o magistério focado nessa etapa da educação básica, trabalhando com as faixas etárias de 4 a 5 anos, porém sempre gostei da relação com meus alunos de 5 anos.

Desenvolvendo atividades através das diferentes linguagens oral e escrita, artística, matemática, cinestésica e digital e também atividades envolvendo a natureza e a sociedade e o desenvolvimento da autonomia e do autocuidado, tendo por base o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (RCN) (BRASIL, 1998), bem como os parâmetros curriculares preconizados pela secretaria do município ao qual está vinculada a escola em que trabalho, utilizados nos projetos elaborados em conjunto pela equipe escolar, sempre me preocupei em proporcionar aos alunos uma educação pautada na construção do conhecimento conjunto, no respeito e na cooperação entre todos, estimulando a amizade e o cuidado mútuos através da reflexão e do diálogo.

Observando situações do cotidiano escolar (como o grande número de cáries nos alunos, a infestação por piolhos e sarna, a escolha precária dos alimentos pelas crianças no refeitório, entre outras), a equipe escolar preocupou-se em criar projetos pedagógicos que trabalhassem questões tais como alimentação, higiene pessoal e bucal, como ferramentas que pudessem auxiliar os docentes no trabalho sobre saúde com as crianças, e também com os pais, contando com o auxílio da dentista e de nutricionistas.

A partir desse trabalho com projetos de educação em saúde, foram surgindo dúvidas sobre como abordar tais temas com as crianças, tendo em vista a localização da escola e a situação socioeconômica de suas famílias. Como falar sobre saúde sem saber o que isso significa para a criança? De que forma ela constrói esses temas em seu imaginário?

Na busca de um aprofundamento dessas questões, inseri-me no *Grupo de Pesquisa Educação em Saúde/Enfermagem*, no qual tive a oportunidade de conhecer trabalhos em promoção de saúde na educação básica. A participação no grupo, aliada às minhas preocupações acerca de como abordar os temas saúde com as crianças, suscitaram as reflexões que culminaram em meu projeto de pesquisa, resultando em meu ingresso no mestrado, no início do ano de 2012.

Assim, esta Dissertação, inserida na linha de pesquisa Educação em Saúde e Formação de Recursos Humanos do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem

de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), tem como foco a compreensão dos significados que as crianças dão à saúde. Integra, também, o Grupo Educação em Saúde/Enfermagem que desenvolve o Projeto Pró-Ensino na Saúde, subsidiado pela CAPES.

Esta pesquisa fundamentou-se na abordagem histórico-cultural que aponta para a importância de compreender o sujeito em sua dimensão histórica e social. Segundo Cole e Scribner (1998), Vigotski¹ criticou a Psicologia tradicional, introduzindo uma nova abordagem que, ao mesmo tempo em que descreve, também explica as funções psicológicas superiores, tipicamente humanas, através do contexto social no qual o comportamento se desenvolve, sugerindo o modo pelo qual a cultura se torna parte da natureza de cada sujeito. Para o autor, todos os fenômenos do comportamento e da consciência do homem devem ser estudados como processos em constante mudança. O autor salienta que o homem, pelo uso de instrumentos, domina e transforma a natureza. Vigotski introduz ainda o conceito de signo, produzido na sociedade que, internalizado pelo homem, desencadeia transformações em seu próprio comportamento, levando, por sua vez, a mudanças culturais. Assim, o estudo de signos tem um importante papel nessa abordagem.

Esta pesquisa também se pautou nos referenciais de promoção da saúde para fundamentar os resultados e discussões dos significados que as crianças trazem sobre esses temas.

A pesquisa traz contribuições para a promoção da saúde na educação básica, na medida em que propicia aos professores da educação infantil conhecerem o significado que as crianças atribuem à saúde, assim como compreenderem o processo de formação de tais significados, reconhecendo seu papel de professor, ao levá-las a construir significações sobre esses temas, dentro da sua condição histórico-cultural, oportunizando situações que despertem nas crianças a curiosidade, a criatividade e a crítica sobre o “ser saudável”.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 9.394/96 refere-se à educação infantil da seguinte forma: “primeira etapa da educação básica, tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até 5 (cinco) anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade” (BRASIL, 2014a, p. 21), sendo as pré-escolas as destinadas ao atendimento das crianças de 3 a 5 anos de idade. Assim, sendo a educação infantil parte do Sistema Educacional, a escola destinada a esse nível escolar torna-se, também, um espaço privilegiado para o desenvolvimento da promoção de saúde, visto que, além de ter um projeto pedagógico

¹ O nome do autor é grafado de diferentes maneiras, conforme as traduções. Optamos aqui por utilizar a grafia Vigotski, contudo respeitando as grafias nas referências.

dedicado à faixa etária a que se destina, constitui-se numa instituição de cuidado e atenção às necessidades dessas crianças.

A preocupação com a faixa etária supracitada também pode ser percebida a partir da criação do RCN que, apesar de não explicitar a necessidade de se trabalhar a Promoção de Saúde nessa etapa, ressalta o valor de assegurar às crianças a sua formação integral em seu eixo Formação Pessoal e Social e Conhecimento de Mundo (GONÇALVES et al., 2008).

Destaca-se que o RCN considera alguns princípios que alicerçam as experiências das crianças de 0 a 6 anos na escola, tais como: o respeito à dignidade; o direito ao brincar; o acesso aos bens socioculturais; a socialização, sem discriminação; o cuidado (BRASIL, 1998). E com relação ao cuidar, preocupa-se tanto com os cuidados na dimensão afetiva, quanto com os cuidados do corpo que dizem respeito à qualidade da alimentação e aos cuidados com a saúde.

Dessa forma, segundo o RCN:

Os procedimentos de cuidado também precisam seguir os princípios de promoção à saúde. Para se atingir o objetivo dos cuidados com a preservação da vida e com o desenvolvimento das capacidades humanas, é necessário que as atitudes e procedimentos estejam baseados em conhecimentos específicos sobre o desenvolvimento biológico, emocional, e intelectual das crianças, levando em consideração as diferentes realidades socioculturais (BRASIL, 1998, p. 25).

Também os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) apontam que ensinar saúde é desafiador, pois implica buscar um aprendizado transformador e efetivo de atitudes e hábitos de vida. Nesse sentido, transmitir conteúdos e informações sobre como funciona o corpo e falar sobre hábitos de higiene tornam-se práticas insuficientes para desenvolver atitudes de vida saudável nos alunos (BRASIL, 1997).

Faz-se necessário educar para a saúde, levando em conta todos os aspectos envolvidos na formação de hábitos e atitudes que acontecem no dia a dia da escola.

Segundo a Carta de Ottawa,

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 (BRASIL, 2002, p. 19).

A escola, sendo um espaço relevante para a promoção da saúde, estimula o aluno à autonomia, ao exercício de direitos e deveres e à aquisição de habilidades com opção por atitudes mais saudáveis e pelo controle das suas condições de saúde e qualidade de vida

(BRASIL, 2009). Portanto constitui-se um centro de ensino-aprendizagem, de crescimento e de convivência importante, tornando-se o local de aquisição de valores fundamentais e o lugar propício para que se desenvolvam programas de promoção da saúde de grande repercussão e alcance, já que exerce uma ampla influência na formação das crianças, nas etapas mais importantes de suas vidas (PELICIONI; TORRES, 1999).

Segundo Aquilante et al. (2003), a criança incorpora noções e hábitos de higiene desde pequena, adotando comportamentos que nortearão seu estilo de vida no futuro. Nesse sentido,

a escola é uma das principais instituições onde se fomenta a saúde. Ao se promover a saúde nas escolas, incentivar as esperanças e as aptidões das crianças e adolescentes, o potencial de criar um mundo melhor torna-se ilimitado, pois, se estão saudáveis, podem aproveitar ao máximo toda oportunidade de aprender (AQUILANTE et al., 2003, p. 42).

Goulart (2006) afirma que a Escola Promotora da Saúde é uma das estratégias de implantação de políticas de promoção da saúde adotada por muitos países e é um espaço que vê o ser humano de forma integral, considerando principalmente as crianças e adolescentes e promovendo a criatividade, a autonomia e a participação dos alunos, assim como de toda a comunidade escolar.

A escola é vista pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) como um espaço que lida com fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo e protegendo a saúde. Considerando que milhões de crianças e adolescentes frequentam a escola, em todos os seus níveis, pode-se dizer que todas elas, nessa perspectiva de Escola Promotora de Saúde, terão acesso à educação e à assistência com um impacto positivo na qualidade de vida, nas condições de aprendizado e, conseqüentemente, na construção da cidadania.

Desse modo é preciso que se desenvolvam ações em saúde desde a pré-escola, que é o período da infância em que é observada uma maior influência das experiências propostas, o que leva a criança a incorporá-las em seus hábitos (ANTUNES; ANTUNES; CORVINO, 2008).

Maranhão (2000) alerta que os professores de educação infantil devem ser preparados para desenvolverem um projeto pedagógico que valorize sempre a dimensão histórica e cultural e que inclua conteúdos relativos à promoção de saúde, a fim de garantir a qualidade da educação oferecida às crianças para que o risco de adoecimento seja reduzido. A proposta de escola promotora da saúde é um caminho a ser trilhado com o objetivo de a criança, desde cedo, entender que tem o direito de conviver num ambiente saudável. Isso será possível a partir dos significados apropriados nas experiências já vividas, tendo a oportunidade de expressar-se e ressignificá-los.

Para Vigotski (2010, p. 63), “toda educação é de natureza social, queira-o ou não”. Para ele, a fórmula do processo educacional diz respeito a uma educação que se faz através de uma tríade: a experiência pessoal do educando, a influência do meio, o papel regulador e organizador do mestre sobre esse meio.

Seu objetivo principal, ao se referir à importância da escola e da educação, era mostrar que há conhecimentos que somente a escola produz, por meio de suas características culturais, através das artes, da ciência e de outras fontes de conhecimentos científicos.

Vigotski (2010) atribui à escola um papel primordial no ensino dos conceitos científicos às crianças e dá ênfase ao papel da aprendizagem no desenvolvimento do aluno, salientando que o pensamento científico irá se desenvolver a partir das condições criadas e mediadas pelo ensino escolar. O processo educacional não é espontâneo, mas racional, organizado e ativo.

Para Mukhina (1995), é através do ensino que as crianças assimilam o mundo e as experiências sociais contidas na cultura humana; e elas integram nessa cultura com a constante orientação do adulto no processo de ensino e educação. A autora afirma que a escola propicia à criança os conhecimentos e os hábitos que ela necessita para realizar diversos tipos de atividade humana concreta, desenvolvendo as respectivas funções psíquicas de que precisa para viver em sociedade, quais sejam: a linguagem, o uso de objetos do dia a dia, a percepção em sua forma humana, a orientação espaço-temporal, pensamento e imaginação, iniciação na arte e na literatura, estabelecimento da convivência com o outro (MUKHINA, 1995).

Assim, para se promover saúde na educação infantil, é importante conhecer o significado que as crianças atribuem à saúde em seu cotidiano, e como se dá esse processo, para então possibilitar a elas a formação de novas significações sobre o tema.

Ao buscar estudos acerca da atribuição de significados à saúde por crianças, a maioria dos trabalhos encontrados tem como foco crianças com problemas de saúde ou hospitalizadas.

Dentre os estudos, destaca-se o de Perosa e Gabarra (2004), cujas investigações sobre como a criança relaciona-se com a doença levam à discussão do papel emocional da doença para ela. Os autores apontam que pesquisadores psicanalistas atribuíam as perturbações emocionais em crianças hospitalizadas à insegurança, à falta de confiança e à falta do contato com a mãe. Indicam, ainda, que a partir dos anos 1980, esse assunto passou a ser estudado sob a ótica piagetiana, sendo abordado sob o interesse de se pesquisar como as crianças adquiriam conceitos de saúde, doença e também de morte, interessando-se, principalmente, pela assimilação da criança de suas experiências em relação à doença. Os autores destacam, ainda,

outras pesquisas que priorizaram a experiência, cultura e aprendizagem dos conceitos pelas crianças. Assim, mesmo quando não têm problemas de saúde, as crianças podem entender com facilidade algumas doenças, relacionando-as com sua experiência cotidiana. A cultura também é um fator importante na diferenciação desses conceitos, e os pesquisadores enfatizam a importância de pesquisas transculturais na saúde, pois as crianças interpretam o processo saúde/doença de formas diferentes, de acordo com sua cultura.

No artigo de Antunes, Antunes e Corvino (2008), observa-se que, em relação a alguns aspectos que tangem saúde, como higienização e alimentação, as crianças pequenas têm boa percepção quanto à utilização de materiais referentes à higiene bucal, porém apresentam contradição ao confundirem alimentos não tão adequados à saúde bucal como sendo apropriados; os pesquisadores ainda destacam a importância do papel da família na aquisição desses conhecimentos em conjunto com a escola.

Outro estudo (DANIEL et al., 2008) aponta para o medo e a ansiedade que a criança tem frente às consultas odontológicas que podem mostrar reações de enfrentamento, imobilização motora ou fuga, comportamentos esses que podem trazer a percepção desagradável do ambiente, influenciada, de modo negativo, pelos odores, instrumentos e ruídos. Medo e ansiedade, segundo os autores, surgem da vivência de experiências que foram transmitidas pelos familiares ou pelos meios de comunicação.

Ribeiro e Angelo (2005) afirmam que alguns trabalhos enfatizam a negatividade da hospitalização, causando transtornos tanto na saúde física quanto mental da criança, devido à ausência da família e principalmente da mãe, o que pode acarretar mudanças comportamentais, durante e após a sua estada no hospital. Também destacam estudos cujo foco é a contribuição da presença da mãe junto à criança no ambiente hospitalar, o que traz mais benefícios para o paciente durante a sua internação, diminuindo riscos de transtornos comportamentais, além da diminuição do tempo de internação. Observam, em pesquisas feitas com crianças em idade escolar, a hospitalização a partir da expressão do próprio paciente, em relação à sua experiência diante de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, principalmente em relação a agulhas, bem como ao tipo de alimentação, ao ato de brincar e outros. Porém, as autoras ressaltam que “quanto à criança de idade pré-escolar inexitem estudos nos quais tenha sido ouvida, a respeito do significado que tem, para ela, estar hospitalizada” (RIBEIRO; ANGELO, 2005, p. 392). O trabalho das autoras norteia a preocupação de ouvir pré-escolares sobre medos e anseios que medeiam o ambiente hospitalar e descrevendo um período de sofrimento em que a criança demonstra a sua vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, a sua força, mediante a presença materna. Entre as categorias de significações, destacam: a convivência

com um corpo doente, que é a causa da sua hospitalização, na qual a criança pequena atribui significados misteriosos, por não entender o que está acontecendo com o corpo, e aterrorizantes, devido ao medo que ela sente face aos inúmeros procedimentos, o que vai além de sua realidade e o qual pode até significar a morte; a submissão a procedimentos aterroriza, pois seu corpo está sendo invadido; a percepção de ser muito pequena, frente a sua própria impotência; a tentativa de entender as coisas, observando e perguntando sobre o que está acontecendo; a busca e o apoio da mãe, que a apoia e a protege nas situações estressantes e tristes.

Outra pesquisa vem esclarecer que os significados que as crianças atribuem à saúde e à doença “decorrem das mudanças ocorridas em toda sociedade nos seus diversos âmbitos, ou seja, econômico, político, cultural e psicossocial” (MOREIRA; DUPAS, 2003, p. 758). Essa pesquisa, baseada no interacionismo simbólico, explica que a dinâmica e interação das atividades sociais entre os indivíduos é que são responsáveis pelo comportamento. Assim, utiliza como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada com crianças de 7 a 12 anos, em uma escola e em um hospital. Ao analisar a concepção de saúde, percebem que ambos os grupos atribuem os mesmos significados: indispensável e condição para se estar vivo; liberdade, bem-estar, alimentação e higiene, responsabilidade. Porém, o padrão saúde não parece ser para a criança nem estável e nem universal. Nas crianças hospitalizadas, o conceito de saúde é presente, porém, na ocasião da hospitalização, este conceito é muito mais abrangente do que nas crianças da escola, indo além dos cuidados básicos; elas anseiam pela sua rápida recuperação. Já no que diz respeito à doença, encontram indícios de tratamento mais teórico nas crianças escolares: é provocada por uma causa, é um impedimento, é dor, vírus e, nas hospitalizadas, uma expressão de sua experiência concreta, separação de todos que ela ama, estresse e mudança. Assim, ambos os conceitos parecem andar juntos, sem a pretensão de se constituírem como processos multicausais e multifatoriais, mas determinados como causa e consequência (MOREIRA; DUPAS, 2003).

Já Cintra e Sawaia (2000) pesquisam sobre o significado do glaucoma e mediação dos significados de velhice em idosos, a partir da abordagem vigotskiana, permitindo uma visão investigativa a partir dessa abordagem. Esse trabalho, apesar de não ter sido realizado com crianças, é de interesse científico para esta pesquisa, pois corrobora a questão da importância de investigar os significados que sujeitos, mesmo sendo idosos, atribuem a um problema de saúde específico e como se apropriam desses significados, ao longo de sua experiência. As autoras ressaltam que “o que fica é a significação da experiência, mediada pelos significados

socialmente construídos e pela própria história de vida de cada indivíduo” (CINTRA; SAWAIA, 2000, p. 342).

Assim, as pesquisas aqui citadas giram em torno da representação e significação acerca dos conceitos de saúde e de doença, em crianças e adultos, e têm como metas a melhoria da ação dos profissionais da saúde.

O estudo aqui proposto visa a buscar os significados de saúde no contexto de crianças pequenas, saudáveis, dentro do ambiente escolar, com os sentimentos e significações acerca do que vivem e carregam de seu contexto histórico e cultural, podendo, assim, contribuir para a construção do conhecimento na área de promoção da saúde na educação infantil.

Embasada em minha prática em educação infantil e guiada pela teoria de Vigotski com a qual estabeleci maior contato, cheguei às questões problematizadoras de meu trabalho: Quais são os significados que as crianças de 5 anos atribuem à saúde?; Como entender esses significados à luz da teoria histórico-cultural?

Esta pesquisa tem, então, como objetivo geral, analisar os significados que crianças de 5 anos atribuem à saúde, à luz da abordagem histórico-cultural.

Apresenta como objetivos específicos:

- Identificar os significados atribuídos à saúde pelas crianças de 5 anos;
- Analisar tais significados no contexto da concepção teórica de promoção da saúde;
- Analisar a atribuição dos significados de saúde pela criança à luz da abordagem histórico-cultural;
- Relacionar a atribuição dos significados pelas crianças ao processo de formação dos conceitos da abordagem histórico-cultural.

Esta Dissertação foi estruturada em cinco partes.

Na *Introdução*, foram abordados os anseios, as motivações e a justificativa para realização da pesquisa, aprofundando o conhecimento na temática estudada. Em linhas gerais, foram destacados os interesses da autora em estudar o tema, a revisão da literatura, a delimitação do problema investigado e os objetivos do estudo.

Na *Fundamentação Teórica*, foram destacados os principais estudiosos que inspiraram este trabalho e contribuíram para a construção do conhecimento no assunto. A teoria foi elaborada a partir de pesquisa bibliográfica em relação aos conceitos de saúde, promoção da saúde, educação em saúde, histórico da educação infantil e a abordagem histórico-cultural de Vigotski.

Toda a descrição do método escolhido e percurso metodológico são explicados no subtítulo *Método*, em que são apresentadas as bases teórico-metodológicas que

fundamentaram a construção e a análise dos dados na busca de respostas para os objetivos do trabalho, bem como o cenário do estudo, os sujeitos/participantes envolvidos na pesquisa, e os procedimentos de construção e análise utilizados para esta pesquisa.

O subtítulo *Resultados e Discussão* traz a organização e análise dos dados construídos no Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (D-E com Tema), em que foram enfatizadas a categorização e a discussão com base na fundamentação teórica.

As *Considerações Finais* encerram a dissertação, apresentando os principais resultados da pesquisa, clarificando o aprendizado que resultou da investigação, bem como suas contribuições.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Estudar alguma coisa historicamente significa estudá-la no processo de mudança; esse é o requisito básico do método dialético. [...] Assim, o estudo histórico do comportamento não é um aspecto auxiliar do estudo teórico, mas sim sua verdadeira base.

Lev Semenovich Vigotski

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Conceito de saúde e promoção da saúde

Ao estudar os significados de saúde trazidos pelas crianças de 5 anos, é preciso conhecer o que é saúde e promoção da saúde, para que se possa compreender, com o amparo da abordagem histórico-cultural, como as crianças vão formando estes conceitos.

2.1.1 *Conceito de saúde*

Para Scliar (2007), até antes da criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), não havia ainda um conceito universalmente aceito do que é saúde, que era baseado em modelo biológico.

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. [...] saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. [...] de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. [...] (SCLIAR, 2007, p. 30).

Na verdade, as culturas antigas preocupavam-se mais com a doença do que com a saúde em si; a doença era vista de várias formas: como efeito pecaminoso, causada por entidades espirituais ou por inimigos, ou ainda por desequilíbrio nos fluidos corporais. “Real ou imaginária, a doença e, sobretudo a doença transmissível, é um antigo acompanhante da espécie humana, como o revelam pesquisas paleontológicas.” (SCLIAR, 2007, p. 30)

Para Barros (2002), na evolução sobre as concepções envolvendo a saúde e a doença, alguns modelos devem ser considerados nesse processo, desde a visão mágico-religiosa da Antiguidade até a abordagem do modelo biomédico que ainda predomina nos tempos de hoje. A medicina mágico-religiosa, que predominava nos tempos antigos, estava inserida em uma dimensão religiosa e mitológica em que a causa do adoecer era o resultado das transgressões coletivas ou individuais e para se restabelecer o contato com os deuses era preciso o exercício de rituais de vários tipos, de acordo com a cultura de cada lugar, executados por xamãs, feiticeiros e sacerdotes que, responsáveis pela medicina dessa época, eram os responsáveis por conter e aplacar as forças sobrenaturais. Havia, portanto, uma cosmologia baseada na relação com o mundo natural – deuses ou espíritos bons e maus. Essa visão ainda hoje é aceita, concomitantemente com elementos da medicina ocidental científica, por milhares de pessoas que habitam sociedades tribais ou não tribais.

Para uma tribo antiga da América Latina, a doença era vista sob o prisma da maldição do inimigo ou por uma imprudência que a provocava; assim, a morte nunca era por causa natural ou provocada por acidente, mas como uma conduta baseada em imprudência (SCLIAR, 2007). Segundo Combinato e Queiroz (2011), apesar de compor o processo de desenvolvimento humano, a sua existência é negada pela cultura ocidental que, imbricada ao modelo biomédico, imprime uma separação radical entre a doença e o doente, entre a vida e a morte. Mesmo com essa separação, a morte continua sendo um tema complexo para as pessoas que, vivendo em uma sociedade atrelada à medicalização, procuram desenvolver pesquisas a fim de se prolongar a vida ou promover a imortalidade, num impulso de negação da morte.

Em contrapartida, ocorre um avanço no pensamento médico quando o foco de interesse nas forças sobrenaturais é desviado para o portador da doença, o que faz com que esta seja vista como um fenômeno natural. É a medicina empírico-racional que teve seus primórdios no Egito e na Grécia clássica, com o esforço de encontrar explicações não divinas para a doença e para a saúde, que traz esforços na aproximação dos fenômenos naturais, na busca desse entendimento. Também os primeiros filósofos introduziram a explicação para as origens da vida e do universo através da matéria- prima: terra, água, fogo e ar. Hipócrates (460-377 AC) traz a teoria dos humores baseada nessa matéria-prima que persistiu inalterada até por volta do século XVI. Ele associava a bile amarela, a bile negra, o sangue e o fleugma, humores presentes no corpo humano, aos elementos da natureza fogo, terra, ar e água, respectivamente e identificou a saúde como sendo fruto do equilíbrio desses humores; ao contrário, a doença seria o desequilíbrio desses humores. Alcmeon, pioneiro da medicina holística, acreditava no equilíbrio entre saúde e doença e pregava a noção de vida saudável através da adequação da dieta, da meditação e moderação em todas as coisas, ou seja, o corpo humano tanto quanto o corpo social se manteriam saudáveis se existisse um controle para o seu bom funcionamento. Essas ideias baseavam-se em estratégias de prevenção das doenças. Galeno (122-199 D.C.), baseando-se nos pressupostos de Hipócrates, foi um dos médicos que exerceram maior influência na medicina do Ocidente e avançou significativamente nas concepções diagnóstico-terapêuticas que persistiram durante quase toda a Idade Média; para ele o fluxo permanente dos humores corpóreos dependia de influências ambientais; o diagnóstico fundamentava-se no exame do indivíduo doente e no entendimento deste quando sadio e também de todo o seu modo de viver; enfatizava o uso de medicamentos fitoterápicos. A transição entre Galeno e o modelo biomédico encontra-se em Paracelso (1493-1541) que identificava influências cósmicas, de substâncias venenosas, da predisposição do organismo e

de motivação psíquica na determinação da doença; proclamava o amor à medicina, no trato com os pacientes; deu à doença um caráter de entidade independente que deveria ser tratada com remédios de origem química; contribuiu no tratamento de diversas doenças como úlceras, sífilis, bócio, etc. (BARROS, 2002).

Dessa forma, desde a Antiguidade, a humanidade tem combatido de vários modos, baseando-se em diversos conceitos, o que vem a ser doença. Porém, com o avanço da ciência ao fim do século XIX, a doença já se configurava como sendo causada por fatores etiológicos, havendo a introdução de vacinas e soros, o que possibilitava a cura e a prevenção. A partir desses conhecimentos, surgiu a medicina tropical para estudar e prevenir as doenças transmitidas durante o período do colonialismo, já que essas ameaçavam empreendimentos nos trópicos; nasceu também a epidemiologia que se baseava nos números da estatística; vários países começaram a preocupar-se com as condições sanitárias de suas populações e inspiraram-se no *System einer Vollständigen medicinischen Polizei*, uma obra concebida por Johan Peter Frank (1745-1821), que trazendo um conceito autoritário, paternalista, consistia em uma polícia médica ou sanitária (SCLIAR, 2007).

Assim, o conceito de doença foi constituído a partir da visão da anatomia e da fisiologia que reduziam o corpo humano à sua constituição morfológica e funcional (CZERESNIA, 2009). Nesse sentido, segundo Buss (2009), o conceito tradicional de saúde e a confusão entre a promoção e a prevenção surgem desse reducionismo dos fatores de risco de certas doenças com foco na responsabilidade única do indivíduo e de seu comportamento em seu estado de saúde, a partir de uma lógica biomédica e de intervenção clínica.

Caponi (2009) salienta que a busca frenética por um código genético normal, livre de alterações, é que sustenta a associação entre saúde e anormalidade, o que é comum nos dias de hoje e é nesse modelo biológico que ainda se baseia a maioria dos profissionais da saúde. Esse modelo é definido essencialmente pela sua função natural, sendo a alteração nessa função o motivo do surgimento das doenças.

Segundo Barros (2002, p. 72):

O modelo biomédico ou mecanicista, hoje predominante, tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento e de toda a revolução artístico-cultural que ocorre nessa época, associada, igualmente, ao projeto expansionista das duas metrópoles de então - Portugal e Espanha - cuja consecução vai demandar o surgimento de instrumentos técnicos que viabilizem as grandes navegações (astrolábio, bússolas, caravelas, avanços na cartografia, etc.), na tentativa, como se sabe, entre os fatores que prioritariamente estimularam o mencionado empreendimento, de reatar o intercâmbio comercial com as Índias [...]

Por um longo período, médicos e pacientes voltaram a sua atenção para o todo e as partes numa interação harmônica. Porém, com esse novo modelo explicativo foi introduzida

uma reorientação nas práticas e princípios que delinearão a nova medicina: o funcionamento do corpo é visto a partir da analogia com o modelo mecânico. O alvo da medicina passou a ser a patologia, trazendo uma abordagem nosográfica, e as descobertas atribuídas a ela pautaram-se na dimensão biomédica. Nesse sentido, a microbiologia passa a ter predominância tal que acaba por obscurecer as concepções de multicausalidade das doenças, as quais davam ênfase à influência dos fatores socioeconômicos na causa das mesmas (BARROS, 2002).

O modelo biomédico, instaurado pela evolução técnico-científica, suscita ainda a questão da medicalização que é tratado por Barros (1984 apud BARROS, 2002, p. 77) “como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo”. A medicalização considera qualquer problema como sendo doença, mesmo os de natureza econômica e social, transformando tudo em mercadoria, a partir da instauração do capitalismo, com o intuito de gerar lucros. Disso decorre uma mercantilização da medicina, o que acarreta malefícios à população que sofre com o acesso não igualitário aos serviços de saúde. Além disso, atribui-se aos remédios o desejo de se curar a doença de forma mágica pelo médico e uma expectativa de conforto moral, de diminuição das sensações de angústia e insegurança, de preenchimento de vazios, ou seja, uma esperança de que eles auxiliem a viver. “Em uma sociedade em que, para quaisquer problemas, busca-se um 'remédio' oferecido pela ciência, os antigos instrumentos de dominação mágica do mundo foram substituídos por objetos técnicos” (BARROS, 2002, p. 78).

Nesse sentido, segundo Pereira e Almeida (2005, p. 93), a saúde e a doença, ao se mercantilizarem, perderam “sua capacidade de sinalizar a existência de problemas na ordem das trocas entre os humanos e entre estes e o mundo”. Os problemas de saúde são considerados como sinais orgânicos de mal-estar e da falta de equilíbrio do corpo, originados por agentes externos ou pelo envelhecimento; sendo assim, a saúde não mais se orienta para a vida entendida como uma totalidade psíquica, social e cultural (PEREIRA; ALMEIDA, 2005).

O modelo de saúde baseado nessa característica *biologizante* não leva em conta o ser humano integral, visto como um ser com necessidades físicas, biológicas, psicossociais, inserido em uma cultura que delinea seu comportamento, anulando-o como sujeito de sua própria história e capaz de dirigir e fazer escolhas em sua vida.

Devido ao crescente progresso social, a OMS, segundo Arouca (1987), organizou uma Constituição, em 1946, ampliando os objetivos para se atingir um estado desejável de saúde

no mundo; o autor esclarece que o conceito de saúde não é apenas a ausência de doença nem o fato de não se constatar qualquer doença no indivíduo e enfoca que, para a OMS,

além da simples ausência de doença, saúde deve ser entendida como bem-estar físico, mental e social. [...] Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...] Conviver sem o medo é conviver com a possibilidade de autodeterminação individual, de liberdade de organização, de autodeterminação dos povos e, simultaneamente, com a possibilidade de viver [...] sem ameaça da violência final, que seria uma guerra exterminadora de toda a civilização (AROUCA, 1987, p. 35-36).

Assim, a saúde não se restringe somente e simplesmente ao remédio e ao hospital, mas pode significar o nível de qualidade de vida e também a ausência do medo de uma população (AROUCA, 1987).

Já a Constituição Federal de 1988, no artigo 196, define o conceito como:

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 sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2014b, p. 41).

Essa lei não discute o termo saúde, porém faz com que esse princípio norteie o Sistema Único de Saúde (SUS), o que, segundo Scliar (2007), tem colaborado no desenvolvimento do povo brasileiro como seres humanos com dignidade e cidadania.

2.1.2 Promoção da saúde

Em relação à promoção da saúde e educação em saúde, salienta-se que é de suma importância olhar para a escola como espaço fundamental e muito rico para a apropriação de conceitos relevantes na construção pela criança sobre “o ser saudável” de forma dialógica, reflexiva e crítica.

Entretanto, para se entender esse conceito, é preciso discernir entre prevenção e promoção da saúde. Para Czeresnia (2009), ações preventivas objetivam evitar determinadas doenças, através da epidemiologia moderna; a promoção da saúde, por sua vez, vai mais além e visa ao amplo bem-estar de pessoas e comunidades, a partir de estratégias intersetoriais. Segundo Ippolito-Shepherd (2003), é uma estratégia que resulta das modificações teóricas e práticas da saúde pública, configurando-se em uma estratégia eficaz para a melhoria da saúde

e, por conseguinte, da qualidade de vida das pessoas, por se reconhecer que a saúde é determinada por fatores ambientais, sociais e pelo estilo de vida.

De acordo com Goular (2006), na história do referencial da promoção da saúde, várias conferências foram realizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o intuito de debater e se chegar a um consenso sobre o conceito de saúde e sobre as políticas de promoção da saúde.

Lopes et al. (2010), de acordo com o Ministério da Saúde, destacam que entre os principais documentos sobre promoção da saúde estão: o Informe Lalonde, que usou o termo pela primeira vez, o documento que teve origem na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde (Ottawa, Canadá, 1986) e documentos advindos de fóruns sobre promoção da saúde tais como Declaração de Adelaide (Austrália, 1988), Declaração de Sundsvall (Suécia, 1991), Declaração de Bogotá (Colômbia, 1992), Declaração de Jacarta (Indonésia, 1997), Conferência do México (2000) e Carta de Bangkok (Tailândia, 2005).

No entanto, segundo Goular (2006), a primeira conferência e a mais significativa é a que produziu a Carta de Ottawa (1986) que contém orientações e conceitua a promoção da saúde como o

[...] 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 (BRASIL, 2002, p. 19).

Essas discussões produzidas nas conferências sobre promoção da saúde delineiam um novo referencial em relação à concepção do processo que envolve a saúde e a doença (GOULAR, 2006). Tais concepções vão além do modelo biológico de saúde que reflete historicamente na culpabilidade do indivíduo, causador de sua própria doença e isolado da sociedade (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Para Sícoli e Nascimento (2003), a promoção da saúde traz uma concepção ampliada de saúde, marcada por determinantes sociais, contrapondo-se ao modelo biologicista e médico-curativo; é uma estratégia que norteia uma nova maneira de enxergar e fazer saúde através dos princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade, que a caracterizam.

Porém, “promoção da saúde” e “educação em saúde” são termos distintos no que tange à atuação de profissionais da saúde ou da educação. Candeias (1997) traz essa distinção de forma simples: a educação em saúde são experiências e intervenções de aprendizagem combinadas, de forma planejada, possibilitando o desenvolvimento dos objetivos educativos

que conduzam à saúde das pessoas afetadas, de maneira intencional, seja na escola, no local de trabalho, no ambiente clínico ou na comunidade. Já a promoção da saúde consiste em combinar os determinantes da saúde, como os fatores genéticos, os serviços de saúde, o ambiente e o estilo de vida das pessoas envolvidas, a partir do apoio da educação em saúde e das organizações políticas, sociais e econômicas, ou seja, numa perspectiva intersetorial, atingindo condições de vida e ações que conduzam à saúde.

Em todos os eventos realizados com o intuito de discutir a promoção da saúde, é evidenciada a importância da viabilização dessa estratégia pelo caminho da educação em saúde, que consiste em um “processo político de formação para a cidadania ativa, para a ação transformadora da realidade social e busca da melhoria da qualidade de vida” (PELICIONE; PELICIONE, 2007, p. 326). Assim, esse processo permitirá a cada sujeito assumir a responsabilidade pela sua saúde e a da comunidade em que vive. A educação em saúde, tendo um aspecto político, vai além da informação ou da tentativa de mudar comportamentos dos sujeitos afetados por ela: seu objetivo deve nortear o exercício da cidadania, a organização da luta pela conquista e efetivação dos direitos, a consecução e melhoria da qualidade de vida de todos e a capacidade de transformar a sociedade (PELICIONE; PELICIONE, 2007).

Assim, a educação em saúde visa a promover mudanças no indivíduo, sem ser apenas informativa, ao passo que a promoção da saúde, apesar de incluir a educação em saúde, visa a desencadear mudanças no comportamento organizacional que beneficiem a saúde da população através da legislação (CANDEIAS, 1997).

2.1.3 Saúde escolar

A saúde escolar no Brasil, segundo Figueiredo, Machado e Abreu (2010), começou a ser estudada em meados de 1850; porém, a partir de 1889 é que foi regulamentada a inspetoria das escolas privadas e públicas do país. No entanto, segundo Lima (1985 apud FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010, p. 398-399), a higiene escolar se estabeleceu a partir da vinda de imigrantes para as lavouras de café, no começo do século XX, época em que a saúde pública se encontrava em situação crítica, devido a epidemias de varíola, cólera, peste bubônica – doenças hoje erradicadas, entre outras. Dessa forma agravava-se nas crianças, também vítimas da desnutrição, diarreias e outras doenças imunopreveníveis, a alta mortalidade assistida na população brasileira. Assim, a higiene escolar, como era conhecida a saúde escolar e controlada pelo Estado, nasceu de três outros conceitos: polícia médica, marcada pela inspeção da saúde dos sujeitos na escola; sanitarismo que prescrevia sobre as

questões de salubridade da escola e puericultura, preocupada em difundir regras para uma vida saudável aos sujeitos envolvidos no espaço escolar.

Ainda segundo Figueiredo, Machado e Abreu (2010), ao longo do século XX, essa saúde escolar teve um importante avanço em consonância com o desenvolvimento técnico-científico e passou de uma concepção biomédica da saúde para a da estratégia Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), uma concepção multidisciplinar que surge nos anos de 1980 e que traz mudanças nas metodologias e nos conceitos de saúde escolar, incorporando a estratégia de promoção da saúde no espaço escolar.

Essa estratégia de Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde traz uma mudança nos paradigmas tradicionais, com enfoque biomédico de saúde escolar, baseados em intervenções, palestras, campanhas de prevenção, em que a escola participa passivamente dessas atividades. A IREPS se fundamenta no conceito de promoção da saúde, com foco na questão da integralidade (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

São estratégias da Iniciativa Regional Escolas Promotoras da Saúde:

Advocacia para difundir o conceito de Escola Promotora da Saúde na Região; criação de políticas e mecanismos de coordenação intersetorial (setor educativo saúde e outros); desenvolvimento de programas de formação de recursos humanos com enfoque integral; formação e fortalecimento da Rede da Latino-americana e da Rede Caribenha de Escolas Promotoras da Saúde; intercâmbio de experiências entre países; formação de alianças estratégicas para a implementação de atividades colaborativas; criação de regras e roteiros para apoiar os processos de certificação das Escolas Promotoras da Saúde; criação e divulgação de material didático de Escolas Promotoras da Saúde (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003, p. 10-11).

Para Silva (2003), as Escolas Promotoras da Saúde trazem, para a escola e para as unidades de saúde, a dimensão crítica e reflexiva sobre o conceito de saúde numa perspectiva inclusiva, garantindo a participação de todos os envolvidos no espaço escolar em consonância com outros espaços da comunidade. Através do incentivo para atitudes e ambientes saudáveis, propõem o empoderamento dos sujeitos através do diálogo e não da imposição, discutindo-se prioridades a partir de necessidades e estabelecendo novas formas de enfrentamento, na busca do desenvolvimento de toda a escola e sua comunidade.

Para Naidoo e Will (2009), a educação se torna um recurso para a saúde, assim como a saúde se configura como um pré-requisito para a educação; ambas se complementam numa perspectiva de promoção da saúde. A escola é o local adequado para as ações de promoção, pois tem um vasto alcance sobre a população, durante vários anos.

A ênfase que se dá à escola promotora de saúde é de que, neste espaço, o comportamento, as atitudes e o conhecimento sobre saúde são aprendidos desde tenra idade e, por isso, segundo Naidoo e Will (2009), a perspectiva de escola promotora de saúde deve

levar em conta os seguintes princípios: fornecer informações sobre como cuidar do corpo; adotar relacionamentos pessoais e sociais positivos; ensinar aos jovens a cuidar do seu corpo e se sentir bem; ensinar aos jovens a tomarem decisões responsáveis; informar sobre como pedir ajuda e sobre os serviços locais; informar sobre os perigos de alguns comportamentos como o uso de drogas; auxiliar os jovens a expressar suas emoções e seus sentimentos; mostrar do que o corpo humano é capaz quando não está saudável; mostrar que comportamentos abusivos podem colocar a saúde em risco; preparar para a maternidade ou paternidade; dar informações sobre os métodos de contracepção, sobre a sexualidade e sobre a puberdade; ensinar a reduzir os riscos sobre o uso de drogas e atividade sexual; preparar os jovens para serem cidadãos críticos; mostrar como lidar com o estresse do dia a dia; preparar os jovens para seus relacionamentos; auxiliar na construção da autoestima.

Portanto, são papéis da Escola Promotora da Saúde: apoiar a dignidade e o bem-estar dos sujeitos; dar aos sujeitos escolares oportunidades diversas de desenvolvimento; oferecer aprendizagem em saúde, envolvendo todas as pessoas da escola e da comunidade e os setores educação e saúde, de forma integral, objetivando a qualidade de vida dessas pessoas; planejar a melhoria dos ambientes físico e psicossocial, estimulando uma escola saudável com atividades para além dos muros escolares; cuidar para que os atores do processo tenham a garantia de serviços de saúde, condições de higiene, nutrição e atividades físicas; oferecer formação contínua para professores e funcionários; estabelecer uma comissão local que cuide dos assuntos pertinentes à educação e à saúde (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

Portanto, para Naidoo e Will (2009), a infância e a adolescência são períodos de grandes mudanças, em que os jovens frequentemente adquirem atitudes e hábitos de vida.

Assim, a promoção da saúde nas escolas é uma perspectiva positiva, em que todos os sujeitos devem estar envolvidos e engajados para alcançar um ambiente saudável, sendo que essa perspectiva deve estar presente em todas as etapas da educação. Quanto mais cedo esse processo começar, mais frutos serão colhidos, ao longo da educação em saúde dos sujeitos.

2.1.4 O cuidado em saúde

Waldow (2008) faz o resgate da origem e do desenvolvimento do cuidado na história da humanidade, através de uma aproximação de comportamentos e hábitos de cuidar, ao longo dos tempos.

De modo informal e rudimentar, o cuidar inicia-se de duas formas: como um modo de sobrevivência e como uma expressão de interesse e carinho em relação com outro ser; portanto, relacional (WALDOW, 2008, p. 86).

O ser humano, segundo a autora, é um “ser de cuidado” e, nessa perspectiva, todos têm a capacidade de cuidar e a necessidade de serem cuidados; no entanto, essa capacidade de cuidar vai depender de como esses sujeitos foram cuidados ou vivenciaram-na, ao longo de suas vidas, intervindo nesse processo fatores ambientais, econômicos, culturais, religiosos e políticos (WALDOW, 2008).

Coelho e Fonseca (2005) apontam que o cuidado mantém a vida através de atos de humanidade e, desde que existe vida humana, existe cuidado. O ato de cuidar, nos primórdios da humanidade, não esteve ligado a uma profissão ou a um ofício e se deu sob a égide de duas tendências/orientações coexistentes: para perpetuar a vida ou para afastar a morte. Ao longo dos tempos, o cuidado estabeleceu uma relação com o feminino, por causa da maternidade e, em tribos antigas, ele era empregado por mulheres que tinham comportamentos de cuidar similares aos animais, tais como cheirar, afagar, tocar, lambear, principalmente na hora do parto. Antes nas mãos da mulher e presente em todos os ciclos de vida do ser humano através dos sentidos e do carinho, numa forma de preservação, o cuidado passa a ser percebido como um recuo para a morte, organizando-se por meio de rituais para afastar o mal, o medo e tudo o que fosse proibido através do poder do xamã ou do padre e, quando a Igreja Católica passou a deter o poder de discernimento entre o bem e o mal, rompeu-se a unidade corpo-espírito em sua relação com o universo, transferindo os atos de cuidado para o espírito, passando a considerar o corpo como fonte de mazelas e impurezas carnis. Com o surgimento da medicina, primeiro realizada por médicos que eram homens do clero e depois por médicos especialistas, eram alvos de cuidados os impuros, os pobres, os loucos, as prostitutas e os devassos que deveriam ser assistidos e excluídos da sociedade para a sua própria salvação espiritual; era esse tipo de cuidado e não o cuidado às pessoas portadoras de doenças que, por volta do século XVII, se dava no hospital, que se tornou um lugar em que se misturavam a assistência, a transformação espiritual e a exclusão; nesse local não aparece a função médica da cura da doença, pois a formação desse profissional não abrangia a experiência no hospital.

Por volta do século XVIII, o cuidado perde sua essência de relaxamento, prazer, carinho e passa a ser visto como um ato de desenvolvimento e conservação da vida em que ele só era necessário se houvesse alteração da integridade e degradação social e física e, nessa época, as práticas baseadas no empirismo foram substituídas pelos cuidados científicos e isolados, desprezando-se a dimensão social do cuidado. Assim, o cuidado passa a ter uma conotação de recuperar corpos em plena produtividade, com o advento do capitalismo, institucionalizando a saúde e desprezando o cuidar pela preservação da vida. O cuidar passou

a significar a cura: tratar a doença para garantir a força de trabalho incapacitada por ela (COELHO; FONSECA, 2005).

As autoras ainda enfatizam que o desenvolvimento da tecnologia e da ciência no século XX trouxe a máquina realizando o cuidado em substituição ao olhar carinhoso, ao afago, ao aperto de mãos que antes ofereciam apoio à vida humana (COELHO; FONSECA, 2005). Quem cuida às vezes esquece o sujeito em detrimento da máquina que deve controlar.

Apesar de toda a mudança de cunho social, cultural, político, ambiental assistida ante o progresso da humanidade, Waldow (2008) destaca o cuidado como uma forma de sobrevivência que, nos dias de hoje, se mostra mais sofisticada e exigente. Porém, o cuidado como meio de relacionamento entre as pessoas, apesar de trazer uma dicotomia entre o viver em meio à violência e outras formas negativas de relação e o viver com amor, respeito, afetividade, esperança é “uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros” (WALDOW, 2008, p. 88).

Do ponto de vista filosófico, Waldow (2008) coloca o cuidado, de uma forma existencial, como o zelar pelo outro através da paciência e da consideração, com compromisso e responsabilidade. Dessa forma, o cuidado traduz-se pela solicitude, pela preocupação com o outro, e esse encontro humano provoca uma resposta afetiva.

Ao falar de afetividade, Wallon (1979) indica que a criança, ao nascer, é totalmente dependente do adulto e suas necessidades se suprem com quem se ocupa de seus cuidados primários. Mudá-la de posição, mantê-la limpa, saciar a sua fome, acalmá-la, tudo isso só é possível pela iniciativa do outro que cuida. Durante todo o seu período inicial de vida, a criança necessita da ajuda mútua do outro para sobreviver e, a partir daí, vai reconhecendo as pessoas que fazem parte de sua vida e estabelecendo laços afetivos com quem lhe oferece cuidado. Para Wallon (1979, p.202), a criança “vive quase tanto das suas relações humanas como da sua alimentação material”.

A longa fase emocional da infância tem sua correspondente na história da espécie; [...] o contágio afetivo supre, pela criação de um vínculo poderoso para a ação comum, as insuficiências da técnica e dos instrumentos intelectuais. [...] a emoção garantirá, para o indivíduo como para a espécie, uma forma de solidariedade afetiva (DANTAS, 1992, p. 89).

Para Wallon (1979), a inépcia ou inaptidão da criança para fazer algo suscita aos adultos que a rodeiam que intervenham em seus desejos e necessidades; ela fará gestos de mal-estar ou bem-estar espontâneos às reações afetivas dos adultos, estabelecendo conexões com seu meio. Aos poucos ela irá convertendo as necessidades fisiológicas em reações de

expressão e de compreensão individuais, o que vai se transformar em manifestações emotivas intencionais para aquele adulto que ela sabe que irá lhe atender.

Dessa forma, são a emoção e a afetividade que conduzem a relação de cuidado, principalmente na infância, em que ainda não há possibilidades de cuidado próprio.

Para Coelho e Fonseca (2005), a formação de profissionais de saúde baseada no modelo biomédico reduz os sujeitos do processo a corpos biológicos, cultural e socialmente descontextualizados; a atenção é voltada para indivíduos e não sujeitos integrais e, dessa forma, o espaço do cuidado fica restrito.

Ayres (2004) faz uma desconstrução das práticas de saúde baseadas no referencial *biologicista*, defendendo que o profissional da saúde tem a decisão de aplicar técnicas baseadas na ciência, mas também tem o dever de pensar no sujeito que está a sua frente, construindo mediações e escolhendo o melhor para ele em termos de aspectos não tecnológicos, indagando sobre seus projetos de felicidade e olhando também para a sua dimensão psicossocial. Valorizar a sabedoria prática, construída no momento do cuidado de cada indivíduo, apoiada na tecnologia, não diminui a importância da assistência em saúde, mas cria uma confiança mútua entre o profissional e o sujeito que está sendo cuidado (AYRES, 2004).

A ideia de *cuidado* vem justamente tentar reconstruir, a partir dos problemas e tensões apontados, uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas (AYRES, 2004, p. 18).

Para o autor, antes de propor uma definição do que é cuidado, torna-se necessário se fazer diferente do que já é feito na atenção à saúde; por exemplo, ouvir mais, ver mais, tocar mais, pois é por meio das narrativas, das escutas, do olhar, do toque que se consegue perceber a saúde do sujeito em sua totalidade; o sujeito a ser cuidado diz muito sobre o seu estado de saúde, através do olhar, da narrativa, da postura corporal e de sua respiração (AYRES, 2004).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no ano de 1978, diz que esses cuidados primários à saúde da população mundial são a chave para o desenvolvimento de uma vida social e economicamente produtiva, numa perspectiva de justiça social (UNICEF, 1979). Assim,

os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manterem cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação (UNICEF, 1979, p.03).

Eles fazem parte do sistema de saúde de um país e é o nível primordial de contato da comunidade e das famílias com esse sistema que leva o cuidado à saúde o mais próximo possível dos lugares de moradia e trabalho das pessoas, constituindo-se elemento de processo continuado à assistência em saúde, através dos recursos disponíveis nesses locais e de educação em saúde, com a participação das comunidades, levando à melhoria dos cuidados de saúde a todos, principalmente aos mais necessitados (UNICEF, 1979).

Dessa forma, o cuidado é pautado, em seus primórdios, em uma dimensão humanizada, sendo visto mais adiante como um elemento de afastamento da morte e de cura para a sociedade pecadora, até se distinguir como um conjunto de técnicas especializadas e manejos no hospital, ganhando uma dimensão *biologicista*. Hoje, porém, ao se pensar em cuidado, se retorna aos primórdios, tendo em vista o conceito de integralidade.

Para Silva e Sena (2006), a integralidade na atenção à saúde se define como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) em que políticas públicas implementam ações que dêem conta de necessidades e demandas que a população apresenta nos vários níveis de complexidade e de atenção em que o processo saúde e doença é abordado, envolvendo as diferentes dimensões de cuidado ao sujeito. Essa abordagem da integralidade do cuidado perpassa a formação do enfermeiro em todas as suas dimensões – Projeto Político-Pedagógico (PPP), organização do currículo e dos conteúdos, formas de avaliação e cenários de aprendizagem – construindo esse conceito durante toda a vida acadêmica, baseando-se num ensino crítico e reflexivo que permita a apropriação de habilidades e competências voltadas para um agir na subjetividade humana articulado às práticas integrais (SILVA; SENA, 2006).

Nesse sentido, pensando na integralidade do cuidado humano, é possível entender Waldow (2008), quando se refere ao cuidado como um modo de ser, viver e se expressar, que consiste numa postura estética e ética em relação ao mundo, contribuindo com a promoção de potencialidades, da dignidade e espiritualidade humanas, com a preservação da natureza e do bem-estar de todos os seres humanos e com a construção do conhecimento e da história da humanidade.

Assim, é de suma importância que as práticas de cuidado também sejam vistas por uma perspectiva de promoção da saúde, resgatando as singularidades sem se perder a totalidade do sujeito, numa perspectiva de integralidade.

2.2 Educação infantil

Em se tratando de uma pesquisa que envolve sujeitos na faixa etária de 5 anos, será feito aqui um breve resgate sobre a educação infantil no Brasil, a fim de pontuar a construção social e política desse nível educacional e mostrar a importância da educação nessa faixa etária, incluindo aí a educação em saúde.

Segundo Kuhlmann Jr. (2000), ao final dos anos de 1900, a educação infantil sofre importantes transformações, consolidando-se através da Constituição de 1988 e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996, que passam a reconhecer, como parte do sistema educacional brasileiro, as creches e pré-escolas, como primeira etapa da educação básica. No entanto, mesmo sendo incorporadas aos sistemas educacionais do país, as creches, que atendem crianças de 0 a 3 anos, ainda guardam uma concepção educacional de cunho assistencial. Ainda no período republicano, as instituições que mantinham as creches no Brasil passaram também a atender crianças nas faixas etárias de 4 a 6 anos em escolas maternas ou jardins de infância, a partir de modelos europeus.

No século XX, o atendimento à pobreza se deu sem grandes investimentos através de uma educação assistencialista que explorava os pobres pela pedagogia da submissão em que o Estado repassava recursos para as entidades assistenciais tomarem conta da educação dos pequenos; assim, ao longo de todos esses anos, a educação infantil foi passando por uma lenta expansão, em parte ligada a órgãos assistenciais e de saúde com contato indireto com a educação (KUHLMANN JR., 2000).

Nunes (2009) corrobora afirmando que a história da educação infantil se construiu sobre práticas sociais que rotulavam e se reduziam, através de relações sociais pautadas no autoritarismo e no paternalismo, em ambientes propícios a essas práticas.

No final das décadas de 1970 e 1980, a sociedade exigia do Estado educação para crianças pequenas no amparo aos direitos das mães que trabalhassem fora e em defesa dos direitos da criança e do adolescente em risco; porém, com o aumento do atendimento de crianças nas creches filantrópicas/comunitárias e nas pré-escolas municipais, aumentou também a precariedade nesse atendimento, comprometendo a qualidade dessas instituições em relação ao material pedagógico, às condições precárias dos prédios, à falta de formação dos educadores e de projetos pedagógicos, etc. (CAMPOS, FÜLLGRAF; WIGGERS, 2006). Esse nível de educação que atendia crianças de 0 a 6 anos foi marcado por falta de recursos, espaços inadequados, má remuneração dos funcionários e a parceria assistencialista entre o poder público e o privado (NUNES, 2009).

No entanto, os sujeitos protagonistas da educação infantil acabaram por presenciar a transformação social da creche, através de sua luta pela ruptura do panorama ideopolítico nesse espaço e, nos anos de 1990 houve “o reconhecimento da educação infantil como um direito de toda e qualquer criança” (NUNES, 2009, p. 88). Há um avanço no modo de se conceber a infância: a criança é um sujeito de direitos.

Aos poucos foram criados órgãos que se ocupavam da melhoria das escolas infantis, inclusive pensando na saúde dos escolares e também na formação de profissionais para trabalhar com essa faixa etária, com oportunidades de estudos e pesquisas sobre criança (KUHLMANN JR., 2000).

Essas preocupações

trouxeram a criança para o centro das discussões: percebia-se que era necessário basear o atendimento no respeito aos direitos da criança, em primeiro lugar, para que fosse possível mostrar a legisladores e administradores a importância da garantia de um patamar mínimo de qualidade para creches e pré-escolas (CAMPOS; FÜLLGRAF; WIGGERS, 2006, p. 90).

Dessa forma, ainda segundo Campos, Füllgraf e Wiggers (2006), grupos ligados aos profissionais da educação e à Universidade elaboraram alguns princípios que foram incorporados à Constituição Federal de 1988 e em sua maioria mantidos na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996. Uma das principais mudanças foi na definição de educação infantil, que exigiu das prefeituras e outras instâncias do governo a transferência da responsabilidade pelas creches para o domínio dos órgãos de educação. Também passou a exigir formação para os professores de crianças pequenas em nível superior.

Para Haddad (1997), a Constituição de 1988 introduziu uma nova realidade que pode ser considerada uma conquista para as creches, pois possibilitou a superação do caráter assistencialista em prol de um atendimento educacional, atribuindo às pré-escolas e às creches um caráter educacional e um lugar distinto na sociedade.

Nesse contexto, conquistando uma nova identidade, a educação infantil foi integrada ao sistema educacional, atendendo, de forma oficial, às crianças de 0 a 6 anos.

A LDB, de 1996, a partir de abril de 2013, modificou a idade de obrigatoriedade do ensino passando a conter em seu bojo (art. 4º): “educação básica obrigatória e gratuita dos quatro aos dezessete anos de idade [...]” (BRASIL, 2014a, p. 10). Em seu artigo 30, recomenda o oferecimento da educação infantil em “creches, ou entidades equivalentes, para crianças de até três anos [...]” e em “pré-escolas, para as crianças de quatro a cinco anos de idade” (BRASIL, 2014a, p. 21). No artigo 31, recomenda algumas regras em que deve se pautar esse nível de educação: avaliação através de registro do desenvolvimento das crianças,

porém sem ter objetivo de promoção para o ensino fundamental; mínimo de oitocentas horas anuais, distribuídas em duzentos dias letivos; atendimento de quatro horas por dia no mínimo em turno parcial e de sete horas se for integral; controle de frequência do aluno – frequência mínima de 60% das horas totais; registro de documentos que atestem o desenvolvimento das crianças (BRASIL, 2014a).

Essas considerações mostram as mudanças pelas quais a educação infantil passou que trazem maior qualidade e mais seriedade a esse nível de ensino, pautada em uma educação preocupada com o desenvolvimento integral das crianças dessa faixa etária.

Porém, Nunes (2009) faz ressalvas aos resultados desses movimentos que marcaram a história da educação infantil, afirmando que essas mudanças da área social para a área educacional ainda não resultaram em um atendimento de qualidade, pois faltam políticas públicas que organizem e integrem esse nível de ensino, de forma transparente e criteriosa. A noção política da criança cidadã, principalmente com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tem sua importância na luta por uma educação de qualidade garantida pelo Estado, ampliando vagas e propiciando a entrada e a permanência da criança na escola.

Nesse sentido, a educação infantil torna-se um espaço subjetivo em que a educação se dá através do cuidar e da construção do conhecimento; por isso, entre o educador e a criança há relações educativas que podem ser inovadoras, críticas e democráticas ou não. Nesse contexto de formação de saberes e práticas, há a possibilidade da criticidade através do diálogo com a criança ou o reforço das desigualdades sociais através do controle social e da anulação da criança como ser social (NUNES, 2009).

Na história da educação infantil, várias concepções psicológicas marcaram a teoria do desenvolvimento, envolvendo abordagens diversificadas sobre a infância e sobre a relação aprendizagem-desenvolvimento nessa etapa da vida. Para Vigotski (1998), muitas dessas teorias priorizam o desenvolvimento em detrimento da aprendizagem, ressaltando que, para aprender, a criança deve estar desenvolvida e apta para isso; no entanto, o próprio autor defende a importância da aprendizagem nesse processo, promovendo o desenvolvimento da criança. Nesse sentido é que Vigotski atribui um papel imprescindível à escola, pois é nela que, em contato com os adultos e com seus pares, a criança irá se desenvolver através de práticas que levem em conta as suas vivências e a sua identidade como sujeito histórico.

Mello (1999) aponta que essa abordagem sobre aprendizagem e desenvolvimento faz com que se repense o verdadeiro sentido da educação:

Se, numa perspectiva naturalizante o papel da educação é facilitar o desenvolvimento de aptidões que estão naturalmente dadas, numa perspectiva materialista [...] é garantir a criação de aptidões que são inicialmente externas aos

indivíduos, dadas como possibilidades incorporadas nos objetos da cultura. Para garantir a criação de aptidões nas novas gerações é necessário que as condições de vida e educação possibilitem o acesso dessas novas gerações à cultura historicamente acumulada (MELLO, 1999, p. 19).

Assim, o papel da escola de educação infantil se define em direcionar o trabalho educativo aos estágios que a criança ainda não conseguiu atingir em seu desenvolvimento; a interferência do adulto e dos grupos heterogêneos de alunos provoca avanços na aprendizagem e, por conseguinte, no desenvolvimento das crianças (MELLO, 1999).

Porém, a maioria das escolas de educação infantil utiliza abordagens que, pautadas no maturacionismo, deixam de lado os saberes e vivências infantis, anulando-as como sujeitos e desenvolvendo práticas autoritárias e sem significado para a criança.

Para Nunes (2009), as práticas e os saberes que foram instituídos durante o processo histórico da educação infantil reproduzem valores sociais e hábitos culturais prevalentes na sociedade integrando-os à personalidade da criança para adaptá-la mais facilmente à cultura dominante, traduzindo-se em uma vontade geral que controla e conduz o comportamento de todos os envolvidos. Isso se traduz “em práticas sociais de caráter intervencionista, tutelar e assistencialista que se manifestam em muitas instituições de educação infantil até os dias atuais” (NUNES, 2009, p. 88).

No Brasil, ainda existe uma dualidade entre as práticas emancipatórias com o intuito de construir uma sociedade pautada na igualdade e na justiça e as práticas conservadoras que consideram a criança como um sujeito histórico ou como um simples objeto manipulável. Ainda hoje, nas creches e pré-escolas, há uma submissão da criança a padrões de comportamento instituídos, inclusive higienistas, advindos da concepção desse segmento da educação como bem-estar social e doação, em que as camadas pobres são subalternizadas e conduzidas por eixos que preconizam, desde o controle rígido de hábitos da família da criança até a concepção de meritocracia das vagas na escola condicionada ao trabalho registrado das mães de família (NUNES, 2009).

Dessa forma, ainda segundo Nunes (2009), faz-se imprescindível entender que a educação infantil é um espaço de ideias e práticas em que o professor tem um papel importante ao atuar com a criança, fazendo da escola um lugar renovador e crítico ou perpetuando as práticas sociais conservadoras. O professor deve entender que a educação infantil não está à parte da sociedade e que sempre existirão contradições na organização e na construção dos conhecimentos que são ensinados através das diferentes linguagens, nas formas de cuidado físico e nas brincadeiras e que o “desenvolvimento de tais atividades envolve sentimentos, visões de mundo, respeito às diferenças, capacidade de ouvir etc.”

(NUNES, 2009, p. 91). É necessário o exercício do senso crítico e, principalmente, do respeito e da ética do professor para com a criança.

Para Kramer (2006), a educação deve promover o conhecimento da experiência científica e da cultura em sua dimensão cotidiana e histórica; dessa forma a visão pedagógica da educação permite pensar na educação infantil com suas características éticas, políticas e estéticas, envolvendo conhecimentos, saberes, valores, atenção acolhimento e cuidados, com o objetivo de garantia de acesso à criança e ao seu direito de aprender, criar e brincar, pensando em sua formação como sujeitos históricos, culturais e sociais.

Kramer (2006) também afirma que a formação de professores torna-se crucial e se traduz em práticas sociais e de reflexão em relação ao que se quer ensinar; para tanto é necessário que essa formação ocorra de forma contínua, beneficiando tanto a prática pedagógica quanto a carreira do professor.

Nesse sentido, é preciso também programar/implementar ações de promoção da saúde, com foco na educação em saúde e nas questões de cuidado na pré-escola, levando em conta a formação dos professores desse nível para uma melhor organização e planejamento dessas dimensões/desses saberes.

Em relação ao cuidado, Cerisara (1999) chama a atenção para a forma como a educação e o cuidar evoluíram no âmbito da educação infantil. A dicotomia do trabalho realizado nas creches e pré-escolas caracterizou duas formas de atendimento nesse nível educacional: o “trabalho assistencialista” e o “trabalho educativo”; o primeiro, com um caráter de assistência que trazia o modelo familiar e hospitalar para dentro das creches e pré-escolas, e o segundo que trazia o modelo educacional vigente nas escolas fundamentais.

A evolução em torno da necessidade do caráter educativo das escolas de educação infantil foi constituída historicamente, a partir de movimentos organizados pela sociedade civil e por pessoas ligadas a órgãos públicos que reivindicavam a valorização da criança, do adolescente e da mulher, em virtude das grandes transformações pelas quais a sociedade e a família sofreram, principalmente com o ingresso da mulher no mercado de trabalho (CERISARA, 1999).

Na verdade, apesar desse avanço político, essa dicotomia permanece, ainda hoje, presente na prática de muitos professores e de muitas escolas de educação infantil, em que as atividades pedagógicas são vistas como sérias e dignas de atenção e muito valorizadas em detrimento daquelas atividades relacionadas ao corpo, ou seja, as de higiene, de sono e de alimentação (CERISARA, 1999).

Hoje, mesmo após a valorização da educação infantil como um dos níveis da educação nacional tanto pela Constituição Federal como pela LDB e pelo ECA, que contribuíram para a compreensão de que a tarefa das escolas de educação infantil é trabalhar o cuidado e a educação de maneira complementar e indissociável, há ainda uma grande luta pela identidade desse nível (CERISARA, 1999).

Para a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), educação e cuidado são dimensões inseparáveis e que devem existir em qualquer serviço de qualidade prestado às crianças (UNESCO, 2002).

Para Cerisara (1999), a educação infantil deve promover atividades que contemplem o cuidado e a educação, principalmente devido às especificidades dessa faixa etária; deve transpor as práticas pedagógicas reducionistas que diminuem a importância do cuidado; deve ver a criança como um sujeito de direitos e, conseqüentemente, como um sujeito que necessita ser educado e cuidado pelos adultos, principalmente, por passar a maior parte de seu dia na escola; deve compreender o lugar, o valor e o *status* que as atividades de cuidado devem ocupar junto às crianças.

Dessa forma, é preciso que a escola de educação infantil reconheça seu papel em relação à criança, reconhecendo-a como um ser histórico-cultural e de direitos, assumindo e desenvolvendo saberes e práticas que sejam consonantes a essa criança, para que ela se desenvolva de maneira integral.

2.3 Abordagem Histórico-Cultural

A Abordagem Histórico-Cultural amplia a compreensão sobre o universo infantil, destacando a cultura como produtora do desenvolvimento, considerando o ser humano como um ser social que aprende com outros seres humanos, imersos em uma mesma sociedade, atribuindo ao professor um papel fundamental, pois ele se torna um mediador de aprendizagem e desenvolvimento infantis ao oportunizar, às crianças, o acesso aos bens produzidos culturalmente (FARIA; MELLO, 2009).

2.3.1 Fundamentos da Abordagem Histórico-Cultural

A Abordagem Histórico-Cultural tem sua maior expressão em Lev Semenovitch Vigotski (1896-1934) que se especializou em literatura e psicologia, tendo cursado também medicina. Seu maior foco de atenção estava no estudo do desenvolvimento humano e das suas

funções psicológicas; enfatizou a linguagem e o pensamento em suas origens sociais, evidenciando que a cultura torna-se parte da natureza do indivíduo. Vigotski defendeu a relação estreita da psicologia cognitiva com a fisiologia e a neurologia e todo o seu estudo baseou-se no Materialismo Histórico de Marx (GONÇALVES, 1990).

Vigotski via no pensamento marxista “uma fonte científica valiosa” (COLE; SCRIBNER, 1998, p.8) e relevante para a psicologia. Dessa forma, Vigotski buscou a relação entre mudanças históricas na sociedade e na vida material e mudanças na consciência e comportamento humanos, de maneira a estabelecer uma questão psicológica concreta (GONÇALVES, 1990).

Leontiev (1978) afirma que o homem evoluiu através da apropriação de sua cultura, difundindo seus aprendizados de geração a geração, uma das condições principais para a continuidade de sua evolução histórica. Isso só foi possível devido a um modo particular de apropriação que não pela herança biológica, mas pautado em fenômenos externos de sua cultura intelectual e material: sua atividade de criação e de produção – o trabalho.

Pela sua atividade, os homens não fazem senão adaptar-se à natureza. Eles modificam-na em função do desenvolvimento de suas necessidades. Criam os objetos que devem satisfazer as suas necessidades e igualmente os meios de produção desses objetos, dos instrumentos às máquinas mais complexas. Constroem habitações, produzem as suas roupas e outros bens materiais (LEONTIEV, 1978, p. 265).

Portanto, cada geração tem sua vida marcada e conduzida pelos fenômenos e objetos criados e deixados a ela por seus antecessores. Essas gerações apropriam-se dessas riquezas e tomam parte em diversas atividades sociais, desenvolvendo características humanas que também se cristalizarão e se perpetuarão no mundo; esse processo ocorre com a aprendizagem da língua e com o desenvolvimento do pensamento, esses, através da apropriação do que as gerações precedentes deixaram de sua atividade cognitiva (LEONTIEV, 1978).

Dessa forma, Vigotski (1998) trouxe, para o estudo do homem, um olhar dialético que admite a influência da natureza sobre ele, mas principalmente afirmando que o homem influencia a natureza, modificando-a e construindo condições para sua sobrevivência.

Assim, Vigotski (1998; 2009a), em seus estudos, trata de conceitos importantes: funções psicológicas superiores (FPS), mediação, zona de desenvolvimento proximal (ZDP), relação entre pensamento e linguagem, entre aprendizado e desenvolvimento, fala e internalização de signos e significados e a formação de conceitos. Estes aspectos-chave dos estudos do autor destacam o desenvolvimento social da criança.

Em relação às funções psicológicas superiores: pensamento verbal, memória lógica, formação de conceitos, atenção voluntária, etc., Vigotski (1998) as qualifica como a unidade

que caracteriza a espécie humana e a diferencia das outras espécies animais. As FPSs surgem ao longo de um processo dialético pelo qual passa o desenvolvimento psicológico da criança. Assim, duas linhas, de diferentes origens, se diferenciam qualitativamente nesse processo de desenvolvimento: “de um lado, os processos elementares, que são de origem biológica; de outro, as funções psicológicas superiores, de origem sociocultural” (VIGOTSKI, 1998, p. 61).

Para Vigotski (1995),

la concepción tradicional sobre el desarrollo de las funciones psíquicas superiores es, sobre todo, errónea y unilateral porque es incapaz de considerar estos hechos como hechos del desarrollo histórico, porque los enjuicia unilateralmente como procesos y formaciones naturales, confundiendo lo natural y lo cultural, lo natural y lo histórico, lo biológico y lo social en el desarrollo psíquico del niño; dicho brevemente, tiene una comprensión radicalmente errónea de la naturaleza de los fenómenos que estudia (p. 12).

Na teoria de Vigotski (1998), o desenvolvimento do comportamento humano passa por duas formas culturais que se tornam fundamentais para esse desenvolvimento desde a infância: a fala humana e o uso de instrumentos.

Assim,

o momento de maior significado no curso do desenvolvimento intelectual, que dá origem às formas puramente humanas de inteligência prática e abstrata, acontece quando a fala e a atividade prática, então duas linhas completamente independentes de desenvolvimento, convergem (VIGOTSKI, 1998, p. 33).

Enquanto no período pré-verbal a criança utiliza instrumentos de maneira semelhante aos macacos antropóides, quando começa a usar a fala e os signos sua ação se modifica, passando a controlar o ambiente, produzindo novas relações com ele; mais tarde passa a organizar seu próprio comportamento. Isso acarretará na produção do intelecto e se constituirá como a base do trabalho produtivo que é o uso de instrumentos (VIGOTSKI, 1998).

As funções da fala, segundo Vigotski (1998; 2001; 2009a), podem ser explicadas em três fases: fala exterior, que é a fala socializada e dirigida a um adulto para a solução de problemas e tem uma função social; a fala egocêntrica, que é a transição da fala exterior em fala interior; e a fala interior, que é uma função mental interna em que a criança usa a linguagem como instrumento para a solução de problemas e passa a ter uma função planejadora. Dessa forma,

a fala egocêntrica está ligada à fala social das crianças através de muitas formas de transição. O primeiro exemplo significativo dessa ligação entre essas duas funções da linguagem é o que ocorre quando as crianças descobrem que são incapazes de resolver um problema por si mesmas. Dirigem-se então a um adulto e, verbalmente, descrevem o método que, sozinhas, não foram capazes de colocar em ação. A maior mudança na capacidade das crianças para usar a linguagem como um instrumento para a solução de problemas acontece um pouco mais tarde no seu desenvolvimento, no momento em que a fala socializada [...] é internalizada. Ao invés de apelar para o adulto, as crianças passam a apelar a si mesmas; a linguagem passa, assim, a adquirir uma função intrapessoal além do seu uso interpessoal. No momento em que

as crianças desenvolvem um método de comportamento para guiarem a si mesmas, o qual tinha sido usado previamente em relação a outra pessoa, e quando elas organizam sua própria atividade de acordo com uma forma social de comportamento, conseguem, com sucesso, impor a si mesmas uma atitude social. A história do processo de internalização da fala social é também a história da socialização do intelecto prático das crianças (VIGOTSKI, 1998, p. 36-37).

Assim, é a linguagem do ser humano que impulsiona o desenvolvimento do pensamento, o que inclui os instrumentos linguísticos deste, bem como a experiência socioculturalmente acumulada pelo sujeito que passa da dimensão biológica para a dimensão histórico-social. Nesse sentido, é o materialismo histórico que vai orientar o caráter histórico-cultural do pensamento verbal e esse guiará o comportamento do homem na sociedade, de acordo com sua evolução histórica (VIGOTSKI, 2009a). Os signos internalizados pela criança permitem que ela signifique toda e qualquer situação vivida na sociedade e na cultura.

“A internalização de formas culturais de comportamento envolve a reconstrução da atividade psicológica tendo como base as operações com signos” (VIGOTSKI, 1998, p. 75). Ao longo da vida humana essas operações com signos, como acontece com a fala, vão deixando de ser externas passando a internalizar as atividades histórica e socialmente aprendidas. Esta atividade simbólica é que organiza e produz formas novas de comportamento humano.

Nesse sentido, tanto a apropriação da fala quanto as operações com signos são atividades mediadas.

Para Cole e Scribner (1998), o conceito de “mediação” foi explicado por Vigotski como a totalidade da atividade que produz o comportamento humano e consiste na modificação da atividade pelo homem numa resposta a uma situação estimuladora.

Vigotski (1998) afirma que, numa situação-problema, todo comportamento elementar do ser humano pressupõe uma reação direta a ela; porém, na operação com signos, entre o estímulo e a resposta há sempre um elo intermediário, criando uma nova relação entre esse estímulo e a resposta dada a ele e que age diretamente sobre o indivíduo e não sobre o ambiente; torna-se um ato complexo, mediado. Dessa forma, esse estímulo auxiliar é que colabora para o aparecimento das formas superiores de comportamento humano, já que permite aos seres humanos o controle de seu próprio comportamento.

Assim, o “uso de signos conduz os seres humanos a uma estrutura específica de comportamento que se destaca do desenvolvimento biológico e cria novas formas de processos psicológicos enraizados na cultura” (VIGOTSKI, 1998, p. 54).

Para Vigotski (1998), o papel do outro é primordial, pois é através dele que a criança vai se apropriando da cultura e dos aparatos sociais. Gonçalves (2002) corrobora com a seguinte afirmação:

A figura do *outro* como o elemento fundamental, parece claro para Vygotsky, pois é o outro que dá acesso a estes instrumentos mediadores: é o outro que lhe apresenta um nome para as coisas e dá acesso à palavra; é o outro que dá acesso ao uso dos objetos, às regras existentes. Então o *outro* atua como mediador do sujeito para que este se aproprie dos mediadores de sua própria ação. Mas estes mediadores do outro, neste momento, ainda estão fora do sujeito, são operações externas exigidas por aquelas questões (p.75-76).

A mediação, em outras palavras, é tudo o que acontece entre o sujeito e o mundo, entre ele e outros seres humanos, possibilitando o desenvolvimento de novas formas de comportamento e das suas funções psicológicas superiores na apropriação dos elementos de sua cultura. A criança se desenvolve através da apropriação da cultura no aprendizado que estabelece com os seus pares ou com os adultos que a cercam. Quando ainda é pequena, predomina em seu comportamento a operação com signos externos; ao passo que vai aprendendo e se desenvolvendo, tanto na vida cotidiana quanto em sua vida escolar, internalizando esses signos que se transformam em signos internos, uma vez que são apropriados por ela no processo de mediação.

Newman e Holzman (2002), discutindo a díade aprendizagem-desenvolvimento, trazem a dimensão social das atividades de pensar, resolver problemas, perceber, recordar, dentre outras, afirmando que elas não estão dentro da cabeça da pessoa, como a psicologia tradicional supõe, mas acontecem na interface pessoa-ambiente, na “mente em sociedade”, na vida cotidiana. Assim, discutem a questão das situações educacionais afirmando que, apesar de concordarem que as pessoas aprendem de modos diferentes (mais rápida ou lentamente), o que torna essas diferenças significativas são as disposições sociais, ou seja, a suposta “incapacidade de aprender” é constituída socialmente; “os desempenhos intelectuais são socialmente produzidos [...] o mundo social face a face é o ambiente mais poderoso para tais desempenhos” (NEWMAN; HOLZMAN, 2002).

Vale ressaltar que o desenvolvimento não se dá de modo regular, e a criança passa por períodos de desenvolvimento que Mukhina (1995), apoiando-se nos estudos de Vigotski e outros cientistas e psicólogos soviéticos, chama de *crises de desenvolvimento* que se manifestam nas crianças no mesmo período de desenvolvimento desde que vivam em condições parecidas, a partir de seu nascimento até a sua entrada na escola. A autora apresenta as três crises pelas quais a criança passa, não contando a do período do nascimento: o primeiro ano de vida (até 1 ano); a primeira infância (1 a 3 anos); a infância pré-escolar (3 a 7

anos); também apresenta as características psíquicas mais importantes de cada período respectivamente, através das atividades principais que desenvolvem: a relação emocional que estabelece com o adulto; a atividade estabelecida com os objetos; a relação com o jogo (MUKHINA, 1995).

A autora ainda afirma:

Os principais traços psíquicos característicos de crianças em uma mesma etapa de desenvolvimento psíquico, de acordo com sua idade, são sua atitude frente ao mundo que as rodeia, suas necessidades e interesses e as atividades infantis que surgem dessas necessidades e interesses (MUKHINA, 1995, p. 58-59).

Dessa forma, aprendizado e desenvolvimento são sociais. Assim, o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) ganha relevância, no sentido de explicar a importância do aprendizado no desenvolvimento da criança:

la zona de desarrollo próximo tiene un valor más directo para la dinámica de la evolución intelectual y para el éxito de la instrucción que el nivel actual de su desarrollo (VYGOTSKI, 2001, p. 239).

No conceito de ZDP, perpassa a ideia de mediação já que consiste na

divergência entre la edad mental o el nivel de desarrollo actual, que se determina con ayuda de las tareas, no por su cuenta, sino en colaboración, es lo que determina la zona de desarrollo próximo (Ibid., p. 239).

Para Newman e Holzman (2002), a ZDP não é um lugar, mas uma atividade, uma unidade histórica, em que os seres humanos, como seres essencialmente sociais, expressam sua atividade revolucionária; ela não separa ontogeneticamente o indivíduo da sociedade, a mente da sociedade.

Nesse contexto, o papel da imitação torna-se importante no aprendizado humano, já que esse tem uma natureza social em que a criança mergulha na vida intelectual das pessoas que estão a sua volta, demonstrando o lado social da aprendizagem (VYGOTSKI, 2001).

Por isso, o autor afirma que o aprendizado é válido quando precede o desenvolvimento; assim, é a mediação o que dá a dimensão histórico-cultural dessa abordagem.

A utilização dos signos – e seus significados – orienta-se internamente, mediando a vontade e a realização da atividade, cuja função organizadora vai além do uso de instrumentos, produzindo novas formas de comportamento. O uso de signos e instrumentos, cuja característica principal é sua função mediadora, atinge o comportamento, provocando mudanças nas funções psicológicas superiores. O pensamento e a linguagem, apesar de terem trajetórias distintas, inter-relacionam-se; sendo no *significado* que pensamento e a fala se unem em pensamento verbal (VYGOTSKI, 2009a).

2.3.2 Significados e formação de conceitos

Góes e Cruz (2006), discutindo as relações entre significado, sentido e formação de conceito para Vigotski, apontam que

o conceito se constrói numa indispensável relação com a significação da palavra, então o conhecimento sobre o mundo não pode ser reduzido apenas à zona mais estável do campo dos sentidos – aquela do significado. Se a generalização é o ato fundamental que constitui a palavra e o conceito, ela não deve ser concebida fora do movimento de dispersão e de criação de múltiplas significações. Se a categorização da realidade é construída sobre a base de experiências vivenciais concretas, ela não deixa de ser atravessada pelo caráter dinâmico da significação, que tem lugar no contexto da cultura, em suas condições estáveis e instáveis, e que se refletem no acontecimento da interação verbal, em suas condições específicas de ocorrência e nas vicissitudes das motivações e características de personalidade dos sujeitos (GÓES; CRUZ, 2006, p. 41).

Vigotski (2009a) afirma que os conceitos não se formam por meio de simples memorização de palavras associadas a objetos; para ele a questão principal é o modo pelo qual se realiza essa operação. É uma atividade complexa que começa precocemente na infância e se estende e se desenvolve na adolescência, utilizando as funções psicológicas básicas que são indispensáveis, mas insuficientes nesse processo que depende do uso do signo.

Podemos estudar na forma viva essa referência da palavra a determinados atributos, observando como o percebido, ao destacar-se e sintetizar-se, torna-se sentido, significado da palavra, conceito, depois como esses conceitos se ampliam e se transferem para outras situações concretas e como posteriormente são assimilados. A formação dos conceitos surge sempre no processo de solução de algum problema que se coloca para o pensamento do adolescente. Só como resultado da solução desse problema, surge o conceito (VIGOTSKI, 2009a, p. 237).

A Abordagem Histórico-Cultural, revelando as formas como o ser humano organiza e dirige seu comportamento, pretende explicar as funções psicológicas superiores através da interação do homem com seu meio e sua cultura; nessa mediação são os signos e os significados, parte central desse processo, que dirigem e auxiliam no desenvolvimento dessas funções. Assim, na formação de conceitos, o “[...] signo é a palavra, que em princípio tem o papel de meio na formação de um conceito e, posteriormente, torna-se seu símbolo” (VIGOTSKI, 2009a, p. 161). Destaca-se o papel da atribuição de significados – e a importância da palavra – na formação dos conceitos.

Vigotski (1993a, apud GÓES; CRUZ, 2006) afirma que sem a atividade simbólica verbal não existe conceito e, apesar de haver outros signos não verbais que medeiam o conhecimento do homem, é o signo verbal que vincula o conceito à palavra. Por ter origem sociocultural, a formação de conceito se dá na relação entre os pares, com os adultos e com o mundo para depois ser de domínio da criança.

Vigotski (2009a), através de experimentos com sua equipe, descreveu três estágios básicos que se subdividem em várias fases para a formação de conceitos.

O primeiro estágio é marcado por uma pluralidade não ordenada e não informada- o amontoado - e constitui-se numa forma primitiva de pensamento sincrético, um primeiro passo para a formação de conceitos. Aqui o significado das palavras é um encadeamento sincrético para a criança que confunde as relações entre as suas próprias impressões com a relação entre as coisas. Assim, adulto e criança se compreendem mutuamente, devido à coincidência de significados das palavras atribuídas a objetos concretos, porém as operações de pensamento da criança e do adulto são bem diferentes. Esse estágio inclui três fases: 1- A formação de amontoados de objetos, escolhidos ao acaso pela criança, em que ela vai acrescentando ou substituindo objetos por suposição; 2- o amontoado de objetos vai se formando pela aglutinação de elementos através de sua percepção imediata; 3- agregação de amontoados contínua, agora retirando elementos dos grupos já formados e recombinação em outros grupos, mas sem nenhuma relação entre si.

O segundo estágio da formação de conceitos é chamado de “*pensamento por complexos*” que também é uma forma primitiva de pensamento, mas aí a criança já faz relações que existem de fato entre os objetos. Constitui-se em um nível mais elevado de pensamento, em que a criança

[...] já superou até certo ponto o seu egocentrismo. Já não confunde as relações entre as suas próprias impressões com as relações entre os objetos – um passo decisivo para se afastar do sincretismo e caminhar em direção à conquista do pensamento objetivo (VIGOTSKI, 2009a, p. 179).

Dessa forma, o pensamento por complexos é coerente e objetivo, mas ainda não é um pensamento conceitual. Segundo Vigotski (2009a), um conceito agrupa os objetos através de um atributo comum; essa generalização também está presente no complexo, porém o vínculo em que essa generalização é construída pode ser variado, ou seja:

Qualquer vínculo pode levar à inclusão de um dado elemento no complexo, bastando apenas que ele exista, e nisto consiste o próprio traço característico da construção do complexo (Ibid., p. 181).

É, antes de tudo, um agrupamento de objetos concretos e factuais e nem chega perto do pensamento lógico e abstrato (VIGOTSKI, 2009a). Assim, foram observados cinco fases do sistema de complexos: 1- *complexo de tipo associativo*: baseado em qualquer relação percebida nos objetos observados pela criança, ou seja, por semelhança, por contraste ou até por proximidade espacial; 2- *complexos-coleções*: é uma fase longa e persistente no desenvolvimento do pensamento da criança, em que há uma associação de objetos pela diferença e não pela semelhança, baseada na experiência prática da criança em fazer

agrupamentos funcionais; 3- *complexo em cadeia*: é a mais pura forma de pensamentos por complexos, pois mostra a factualidade e a concretude dessa forma de pensamento, em que a criança faz a relação de elementos isolados que lhe chamam a atenção aleatoriamente; cada elo incluído passa a ser tão importante quanto o primeiro, sem haver hierarquia e vão sendo unidos dinamicamente pelos seus significados para a criança; 4- *complexo difuso*: aí há uma fluidez do próprio atributo que une os elementos, e os grupos de objetos ou imagens podem ser formados por conexões difusas e indeterminadas de forma ilimitada, baseadas em atributos vagos, instáveis e irreais; 5- *complexo de pseudoconceito*: o complexo pode ser considerado a transição entre o pensamento por complexos e o estágio de formação de conceitos; é fenotipicamente semelhante, mas psicologicamente diferente do pensamento conceitual adulto. O pseudoconceito é orientado pela semelhança concreta visível entre os objetos e é um complexo associativo que se restringe a um determinado tipo de conexão perceptual (VIGOTSKI, 2009a). Ainda referindo-se aos pseudoconceitos, Vigotski afirma que eles

[...] constituem a forma mais disseminada, predominante sobre todas as demais e frequentemente quase exclusiva de pensamento por complexos na idade pré-escolar. A disseminação dessa forma de pensamento tem o seu fundamento funcional profundo e o seu sentido funcional igualmente profundo. A causa dessa disseminação e do domínio quase exclusivo dessa forma é o fato de que os complexos infantis, que correspondem ao significado das palavras, não se desenvolvem de forma livre, espontânea, por linhas traçadas pela própria criança, mas em determinados sentidos, que são previamente esboçados para o desenvolvimento do complexo pelos significados das palavras já estabelecidos no discurso dos adultos (VIGOTSKI, 2009a, p. 191).

A criança, sem a influência das palavras que lhes são familiares, desenvolveria significados de palavras e formaria complexos da sua preferência; porém em seu meio social vai formando complexos em torno do significado acabado da palavra que lhe é apresentada pelo adulto, aprendendo muitas palavras que para ela têm o mesmo significado que para o adulto. Nesse sentido, corre-se o risco de criar uma ilusão acerca da compreensão mútua entre adulto e criança, pensando-se que não ocorre desenvolvimento no pensamento infantil, além do que a criança possui operações mentais diferentes do adulto (VIGOTSKI, 2009a).

Vigotski (1987, p.142 apud Newman e Holzman, 2002), discutindo experimentos acerca da formação conceitual, afirma que os pseudoconceitos se constituem em um momento crítico da criança em desenvolver esse pensamento conceitual, conectando e separando este e o pensamento complexo. Assim, mesmo que a criança utilize palavras do vocabulário adulto para se comunicar, os pseudoconceitos são construídos de maneira diversa dos significados das palavras já concebidas pelo adulto, e este não consegue simplesmente transferir o seu pensamento para a criança. “A atividade infantil de aprendizado da língua é, portanto, uma atividade de criação de significado” (NEWMAN; HOLZMAN, 2002, p. 65).

O adulto não transmite à criança o seu modo de pensar e é errôneo pensar que as formas de pensamento adulto estão presentes, como sementes, no pensamento da criança, porém, de acordo com os experimentos de Vigotski, se não fosse a influência adulta no aprendizado de palavras, desde tenra idade, que fazem surgir os complexos conceituais e, se não houvesse “pseudoconceitos, seria impossível uma comunicação verbal entre adultos e crianças e, dessa forma, os complexos da criança teriam uma trajetória totalmente diferente daquela dos conceitos adultos” (VIGOTSKI, 2009a).

Góes e Cruz (2006) salientam que, quando a criança aprende uma palavra nova, ela está apenas iniciando o seu processo de desenvolvimento e, na medida em que se confronta com situações que lhe pareçam novidades no uso dessa palavra, seus processos mentais no que diz respeito à generalização e à abstração vão progredindo, mas ainda não se constituem em conceitos verdadeiros.

Ao chegar ao terceiro estágio da formação de conceitos, é importante ressaltar que as novas formações de conceitos não aparecem somente depois que termina a anterior e não são simples sequências do que vinha ocorrendo, pois constituem uma segunda raiz, independente dos complexos; para formar conceitos faz-se necessário isolar e abstrair, unir e separar – processo de análise e síntese. Esse estágio também está dividido em três fases: 1- *unificação dos objetos pela máxima semelhança*: abstração de um grupo de atributos com “combinações máximas” e não há mais o caráter global dos complexos; 2- *estágio de conceitos potenciais*: são abstrações isolantes, ou seja, a criança faz agrupamento usando um único atributo; 3- *verdadeiros conceitos*: todas as fases e estágios vão desaparecendo gradualmente, a criança usa cada vez menos os conceitos potenciais e começam a se formar, aos poucos, os verdadeiros conceitos (VIGOTSKI, 2009a).

Esse estágio, em geral, ocorre na adolescência, o que não quer dizer que os complexos e pseudoconceitos já não estejam mais presentes nessa faixa etária. É uma fase de transição no pensamento, havendo certa discrepância entre a capacidade de formar e a de definir conceitos, usando-os facilmente em situações concretas e tendo dificuldades em expressá-lo em palavras. O adolescente verbaliza um conceito através de uma palavra e o define como complexo, sendo uma forma intrínseca do pensamento em transição, que varia ora como pensamento por complexos ora como pensamentos por conceitos (VIGOTSKI, 2009a). Assim, “só na adolescência a criança chega ao pensamento por conceitos e conclui o terceiro estágio da evolução do seu intelecto” (VIGOTSKI, 2009a, p. 228).

Dessa forma,

o conceito surge no processo de operação intelectual; não é o jogo de associações que leva à obstrução dos conceitos: em sua formação participam todas as funções intelectuais elementares em uma original combinação, sendo que o momento central de toda essa operação é o uso funcional da palavra como meio de orientação arbitrária da atenção, da abstração, da discriminação de atributos particulares e de sua síntese e simbolização com o auxílio do signo (VIGOTSKI, 2009a, p. 236).

Vale ressaltar a definição de conceito trazida por Vigotski (2009a):

[...] o conceito, em sua forma natural e desenvolvida, pressupõe não só a combinação e a generalização de determinados elementos concretos da experiência mas também a discriminação, a abstração e o isolamento de determinados elementos e, ainda, a habilidade de examinar esses elementos discriminados e abstraídos fora do vínculo concreto e fatural em que são dados na experiência. [...] Por outro lado, um verdadeiro conceito se baseia igualmente nos processos de análise e também nos processos de síntese (Ibid., p. 220).

Vigotski (2009a) vai mais além em seus estudos, discorrendo sobre o desenvolvimento dos conceitos científicos na infância e afirmando a importância e a contribuição desse estudo para a criação de métodos educacionais eficientes. Para ele, o processo de formação de conceitos é um ato do pensamento - real e complexo - não podendo ser ensinado através de treinamentos. Preocupado com esse processo na questão da aprendizagem escolar e afirmando que “o ensino direto de conceitos sempre se mostra impossível e pedagogicamente estéril” (VIGOTSKI, 2009a, p. 247), voltou sua atenção para o desenvolvimento dos conceitos científicos na infância. Assim cita a importância do contexto sociocultural, contradizendo concepções que acreditam em um processo de assimilação do conceito pronto ou que negam todo o processo de desenvolvimento mental da criança, afirmando que tanto os conceitos espontâneos quanto os conceitos científicos influenciam-se e relacionam-se mutuamente, fazendo parte de um processo único, o processo de formação de conceitos, porém afetado por condições diversas, tendo a aprendizagem como forte aliada e fonte de conceitos para a criança que frequenta a escola, pois direciona o desenvolvimento desses conceitos, o que determina o destino do seu desenvolvimento mental (VIGOTSKI, 2009a).

A criança é induzida a formar os dois tipos de conceito por diferentes motivos, pois sua mente se depara na escola com conflitos diferentes dos problemas do cotidiano, levando ao desenvolvimento dos dois tipos de conceitos por caminhos diferentes.

Góes e Cruz (2006) apontam que os conceitos espontâneos são elaborados nas situações e relações cotidianas, enquanto os conceitos científicos vão se tornando acessíveis pelas relações que a criança vivencia na escola, através da mediação do adulto, com o intuito de que a criança adquira conhecimentos sistematizados. Na elaboração dos conceitos científicos, são necessárias operações complexas que pedem uma lógica que a criança ainda não domina.

Desse modo, o aprendizado de conceitos sistematizados na escola transforma todo o processo de elaboração conceitual, afetando, inclusive, os conceitos cotidianos, na medida em que pode acrescentar-lhes sistematicidade e reflexividade (GÓES; CRUZ, 2006, p. 35).

De início, a criança não tem consciência dos conceitos que elabora no cotidiano, porque não consegue abstrair-los e entra em contradição quando pensa sobre eles; porém no processo de formação do conceito científico ela começa a fazer relações entre eles, apropriando-se de uma estrutura de generalização, construída desde cedo, através de todo o processo de formação de conceitos, passando a usá-los consciente e deliberadamente, em outras esferas de conhecimento (GÓES; CRUZ, 2006). Para essas autoras, Vigotski enfatiza a generalização, relacionando-a com a abstração, à medida que a criança, em idade escolar, consegue reproduzir um significado complexo com outras palavras, o que seria impossível para uma criança pequena que o reproduz de forma literal.

Newman e Holzman (2002) caracterizam, com base em Vigotski (2009a), os dois tipos de conceitos presentes no pensamento da criança: os conceitos espontâneos ou ordinários que são aprendidos no curso da vida infantil de forma não consciente e têm uma atividade mental intensa, usados com muita facilidade pela criança sem que ela se dê conta de que exista algo chamado “conceito”. Já os conceitos científicos são aqueles que são aprendidos em ambiente escolar e fazem parte de um sistema de conhecimento; sua aprendizagem é consciente com definições verbais claras e são ensinados através de tópicos acadêmicos.

Para Vigotski (2009a), o desenvolvimento desses dois tipos de conceitos está em constante influência e relacionamento, fazendo parte de um único processo

que se realiza sob diferentes condições internas e externas mas continua indiviso por sua natureza e não se constitui da luta, do conflito e do antagonismo entre duas formas de pensamento que desde o início se excluem (p. 261).

Em ambos os processos, a palavra é parte integrante no seu desenvolvimento e conserva uma função que direciona a formação de conceitos verdadeiros (VIGOTSKI, 2009a).

Cada palavra é uma generalização, pois ela se refere a uma classe ou grupo de objetos e nunca a um objeto isolado. A generalização, por sua vez, é um ato verbal do pensamento e reflete uma determinada realidade de uma forma totalmente diferente do que está expresso nas percepções e nas sensações imediatas. Nesse sentido, “o pensamento reflete a realidade na consciência de modo qualitativamente diverso do que o faz a sensação imediata” (VIGOTSKI, 2009a, p. 10).

Assim, o que dirige essa operação com conceitos é o uso da palavra, pois é esta que centra a atenção, abstrai determinados traços, simbolizando-os e sintetizando-os por meio do signo (VIGOTSKI, 2009a).

Estudar os conceitos científicos traz grandes implicações para a educação escolar e para o aprendizado, pois, mesmo que esses conceitos não estejam prontos na criança, o ensino e a aprendizagem têm um papel fundamental em sua apropriação por ela (VIGOTSKI, 2009a). Isso se aplica também aos conceitos de saúde, sendo de suma importância tal compreensão na educação infantil.

Dessa forma, os conceitos científicos, que são ensinados na escola, são sistematizados, levando a criança a também sistematizar seus conceitos cotidianos, ou seja, as estruturas formadas podem ser modificadas por novas aprendizagens, sendo que a diferença entre os conceitos cotidianos e científicos está no contexto em que são produzidos (GERHARDT, 2010).

O próprio Vigotski (2009a) trata a interação aprendizado e desenvolvimento com rigor em relação aos conceitos espontâneos e científicos e deixa claro que uma das principais fontes de conceitos e de desenvolvimento mental da criança é o aprendizado escolar; assim também atribui importância à ampliação na investigação desse estudo também com faixas etárias menores.

2.3.3 Imaginação e criação

Outro ponto fundamental a se destacar é a importância atribuída por Vigotski (2009b) às atividades de imaginação e criação. Quando o homem cria algo novo, está executando sua atividade criadora. Segundo o autor, o cérebro humano dispõe de duas funções que permitem a adaptação do homem no mundo através de seu comportamento: a atividade reprodutiva e a atividade criadora. A atividade reprodutiva faz com que o homem conserve uma experiência anterior, facilitando sua adaptação ao mundo em que vive. A atividade criadora é a que resulta em novas imagens e ações combinadas e reelaboradas dessa experiência passada. Nesse sentido, a imaginação é a base de qualquer atividade de criação que está presente na cultura; tudo o que existe foi criado pelas mãos humanas, através da cultura e é produto dessa imaginação.

Ao contrário do que se pensa, a criação existe e é a capacidade de qualquer pessoa e não só dos grandes nomes da arte, da música, da ciência, mesmo porque a maioria “de tudo o que foi criado pela humanidade pertence exatamente ao trabalho criador anônimo e coletivo

de inventores desconhecidos” (VIGOTSKI, 2009b, p. 16). É desse modo que a criança cria a partir de algo que já vivenciou; antes, porém traz sempre algo novo e não uma simples reprodução da realidade que observou.

Vigotski (2009b) afirma que a criação desenvolve-se lentamente e é produto do acúmulo de experiências e existe de forma característica em cada período da infância. Sendo assim, no mecanismo da imaginação, há uma relação entre realidade e fantasia, já que elas não se separam e fazem parte do comportamento do homem. A imaginação é uma função vital ao ser humano.

Para o autor, a atividade de desenhar é uma forma importante de criação na primeira infância. Porém, através do desenho é possível perceber que o desenvolvimento da imaginação diverge do desenvolvimento da razão pelo simples fato de que a autonomia que a criança apresenta em relação à imaginação denota a pobreza da fantasia infantil. A criança imagina menos que o adulto e é capaz de inventar mais do que ele. Assim, quanto mais ricas experiências o sujeito possui, maior será a sua capacidade de imaginação.

No que diz respeito à criança pré-escolar, que se relaciona com adultos e com objetos que circundam sua vida, há uma ampliação em sua consciência em relação à realidade em que se insere, apropriando-se dos significados da cultura. “A figuração é uma das formas de apropriação da realidade e permite a manipulação das imagens dos objetos reais” (FERREIRA, 2001, p. 44). Essa figuração que se representa no desenho tem significado que reflete a cultura e o desenvolvimento intelectual da criança, na medida em que se constitui em um produto de sua atividade mental e, quanto maior o contato da criança com ambientes culturais privilegiados, mais será capaz de realizar figurações e guardar imagens mentais (FERREIRA, 2001).

Segundo Vigotski (2009b), o desenhar infantil passa por rupturas e é caracterizado por quatro marcos em seu desenvolvimento: 1 – no primeiro estágio, a criança desenha de forma esquemática e representa o objeto bem diferente de sua forma real e fidedigna, além de desenhar de memória, não por observação, o que lhe parece mais importante, dando um caráter de inverossimilhança ao desenho, sem se preocupar com a semelhança exata com o real e vai falando sobre ele durante a figuração – os desenhos de Raios x, em que a criança vai sobrepondo elementos, desenhados de memória, ao personagem que figura, são característicos desse estágio; 2 – no segundo estágio, surge o sentimento da linha e da forma, e a criança sente necessidade em demonstrar as relações entre as partes do desenho que ainda se constituem em esquemas, representando os rudimentos da realidade, caracterizada pela disposição um pouco mais verdadeira das partes do objeto; 3 – no terceiro estágio, o desenho

já apresenta uma verossimilhança em sua representação, e o esquema desaparece completamente, porém o objeto desenhado ainda é disposto em plano, sem perspectiva; 4 – no quarto estágio, a criança já evolui para a representação plástica do objeto, representando as partes em relevo, com luz e sombra, com perspectiva, transmitindo movimento com o maior grau de realidade possível. Assim, o conteúdo e o caráter do tema do desenho não interferem na representação do mesmo, pois esta se relaciona à evolução pela qual a criança passa em cada estágio. Segundo o autor, as crianças de 6 anos estão no primeiro estágio da evolução do desenho.

Lembrando o que Mukhina (1995) afirma sobre os períodos do desenvolvimento infantil: as etapas do desenvolvimento biológico não coincidem com o desenvolvimento por idade que tem origem histórica. A duração da infância e a preparação para o trabalho social, bem como as formas em que se dão essa preparação, dependem de condições sociais e históricas.

Dessa forma, os estágios do desenho infantil também passam por essas condições sociais e históricas, podendo uma criança apresentar um desenho em diferentes estágios de desenvolvimento, dependendo dessas condições.

Como já visto, a criança, de início, desenha de memória, portanto o que conhece e não o que está vendo no momento da realização do desenho. Por isso, o desenho infantil, muitas vezes, não condiz com o que o objeto significa na realidade. Ela não está preocupada com que o desenho se pareça com algo e faz apenas indicações superficiais do objeto representado. Para a criança, “o desenho é uma linguagem gráfica que surge tendo por base a linguagem verbal (VIGOTSKI, 1998, p.149), já que, para desenhar, a criança libera sua memória, contando uma história; isso contém alguma abstração imposta pela fala. Desse modo, a fala é o elemento determinante no desenvolvimento tanto do desenho quanto da escrita da criança (VIGOTSKI, 1998).

O autor ainda afirma que

[...] crianças pequenas dão nome a seus desenhos somente após completá-los; elas têm necessidade de vê-los antes de decidir o que eles são. À medida que as crianças se tornam mais velhas, elas adquirem a capacidade de decidir previamente o que vão desenhar. Esse deslocamento temporal do processo de nomeação significa uma mudança na função da fala (VIGOTSKI, 1998, p. 37).

Vigotski (1998) acredita que, apesar de a criança reconhecer o que desenha desde cedo, ela ainda não atribui uma função simbólica ao desenho, encarando-o como um objeto e não a sua representação. Outras funções psicológicas, tais como a imaginação e a figuração

em conjunto com a realidade do dia a dia da criança, são mediadas pela linguagem, fundem-se e compõem o desenho do que é percebido pela criança (FERREIRA, 2001).

Vigotski (2009b) salienta que é importante que a criação artística da criança, incluindo o desenho, siga o princípio da liberdade, condição primeira para qualquer tipo de criação.

Assim, a teoria vigotskiana traz o aporte necessário para esta pesquisa, com base nos estudos sobre as significações de saúde, mediação, formação de conceitos, imaginação e criação, elementos que contribuíram tanto para a interpretação como para a própria construção dos dados a serem analisados.

3 MÉTODO

A procura de um método torna-se um dos problemas mais importantes de todo empreendimento para a compreensão das formas caracteristicamente humanas de atividade psicológica. Nesse caso, o método é, ao mesmo tempo, pré-requisito e produto, o instrumento e o resultado do estudo.

Lev Semenovich Vigotski

3 MÉTODO

3.1 Fundamentação teórico-metodológica

Este estudo fundamenta-se na Abordagem Histórico-Cultural, tendo Vigotski como referencial teórico-metodológico. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (2007, p. 76), “é o que melhor se coaduna a estudos de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos”. Ainda, segundo a autora, “é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2007, p. 57). É neste caso que o presente estudo se insere.

Segundo Fava, Nunes e Gonçalves (2013) o homem, sendo um ser histórico e constituído a partir da cultura em que se insere, tem a linguagem como elemento mediador e é capaz de planejar a sua ação; no método de investigação essa capacidade deve ser utilizada no que diz respeito ao planejamento e à ação na pesquisa como um todo.

O método de pesquisa é visto pela ciência moderna como a chave para o conhecimento, separado da teoria e dos resultados para os quais existe e é constituído historicamente “como algo a ser aplicado, um meio funcional para um fim, de caráter basicamente pragmático ou instrumental” (NEWMAN; HOLZMAN, 2002, p. 47).

Vigotski (1998), em sua discussão acerca da questão do método de pesquisa, apoiou-se no materialismo histórico-dialético de Karl Marx, contrapondo-se ao método das Ciências Naturais que explicava o comportamento humano e ao método das Ciências Mentais que visava a descrever a consciência do homem. Segundo Barros et al. (2009),

Uma questão central para esse debate é que, segundo Vygotsky, nenhuma das principais tendências vigentes no seu tempo lograva buscar uma explicação para o que há de especificamente humano no ser humano a partir da sua própria condição. (p. 177)

Nesse sentido, Vigotski (1998) propôs explicar a consciência e o comportamento humanos, relacionando-os às mudanças históricas. Assim, mostrou a importância de se estudar a unidade sem desconectá-la do todo, estudar o homem nas suas especificidades caracterizando aspectos tipicamente humanos do comportamento: as funções psicológicas superiores.

O autor traz contribuições para a pesquisa qualitativa, à medida que aponta o quão relacionados são o método de pesquisa e o referencial teórico que o norteia. O referencial

deve perpassar o estudo, assim como o método; tanto a construção quanto a análise dos dados devem ser feitas de acordo com esse referencial.

Newman e Holzman (2002) corroboram quando dizem que o método é algo prático, tanto quanto o objeto de estudo; a pesquisa é uma atividade prático-crítica, revolucionária, uma práxis.

Segundo esses autores, o foco da investigação psicológica nunca está somente no objeto, mas, em tudo o que está à volta dele; por isso afirmam ser impossível, numa investigação de cunho social, generalizar para a vida diária algo que foi produzido em um laboratório; eles corroboram Vigotski ao atentarem para a questão social da pesquisa e, ao enfatizarem, no autor, a primazia pela busca da unidade de análise adequada do estudo, distinguindo essa unidade, para se ter uma psicologia ecologicamente válida, como sendo não o indivíduo, mas a “interface pessoa-ambiente” ou o “cenário” de investigação. Isso trouxe um novo modelo de investigação para a psicologia: o laboratório psicológico não é somente um ambiente ou um lugar, mas sim uma metodologia (NEWMAN; HOLZMAN, 2002).

Zanella et al. (2007) resumem, nessa discussão em que a construção do método é de suma importância, os caminhos pontuados por Vigotski (1998):

“Análise do Processo ao Invés do Objeto/Produto” - é necessário analisar o processo histórico em que o objeto (sujeito) do estudo está inserido: o homem é o objeto de estudo da pesquisa qualitativa e, sendo histórico-cultural, é construído historicamente; portanto, devemos analisá-lo enquanto processo, um ser em transformação, e não como um dado pronto;

“Análise Genotípica ao Invés de Fenotípica” - é preciso fazer uma análise genotípica e não fenotípica desse objeto de estudo: o “dado” é o resultado do processo que se constitui histórica e socialmente na complexidade das relações, portanto olhar a sua origem e não somente o que ele aparenta ser. É o que Vigotski (1998) aponta como o problema do comportamento fossilizado;

“A contraposição das tarefas descritivas e explicativas de análise” - é importante descrever o fenômeno, mas, ainda mais importante é explicar ao analisar os “dados”. A descrição é importante, mas não é suficiente, sendo necessário explicar as relações contextuais em que está baseado o fenômeno pesquisado. Assim, Vigotski (1998) aponta para as unidades de análise que dizem respeito às características e propriedades concretas do fenômeno analisado, sem que elas se percam do todo, do contexto de que fazem parte.

Newman e Holzman (2002) destacam a dimensão do pesquisador como um “ferramenteiro” que cria a totalidade instrumento-e-produto, construindo sua ferramenta, o

método, durante todo o processo de pesquisa. Destaca-se que uma das ferramentas desta pesquisa são os processos pelos quais se chegam aos significados construídos pelos sujeitos – muitas vezes em conjunto com o pesquisador – e interpretados de acordo com o referencial teórico e visão de mundo. O processo de significação é contínuo e ocorre na mediação do sujeito com o mundo; por isso, a pesquisa não tem de ser um fim em si mesma, mas o ponto de partida para mudanças.

Portanto, no desenvolvimento do estudo, o pesquisador transforma sua forma de pensar, implicando a mudança no pensamento do participante; a pesquisa, nesse sentido deve ser uma atividade revolucionária, que, mediada pela linguagem, é capaz de provocar transformações em ambos (FAVA; NUNES; GONÇALVES, 2013).

Esta pesquisa tem como material empírico a ser analisado, desenhos – e histórias sobre eles, realizados por crianças. Ferreira (2001, p. 41), embasada na Abordagem Histórico-Cultural, afirma que “[...] a imaginação é um produto social [...]” e o desenho da criança é uma figuração que se constitui em uma atividade mental resultando na interpretação de sua cultura e da realidade construída através de conceitos. As experiências vividas pela criança são recriadas através da imaginação, modificando a realidade presente, projetando nela os seus significados (FERREIRA, 2001).

Assim, em uma pesquisa com crianças, os desenhos figurados por elas propiciam a compreensão sobre significados atribuídos à saúde e como estes se relacionam à formação de conceitos sobre o tema.

Nesse sentido, Vigotski (1998) ressalta que o método na pesquisa é o próprio produto e o processo de transformação, sendo importante considerar o aspecto histórico como processo de mudança. Na Abordagem Histórico-Cultural, a história não é o pano de fundo, mas o próprio foco da pesquisa, porque é onde estão sendo construídos os processos. Essa construção afeta os sujeitos e afeta o investigador, transformando-os e deixando sempre uma inquietação, um devir. Assim, o pesquisador deve perceber-se parte de sua pesquisa já que ele intervém e é também modificado nesse processo; portanto, não há neutralidade na pesquisa.

3.2 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em maio de 2012, Parecer 26267, tendo sido aprovada (Anexo A).

Após a aprovação da escola na qual se desenvolveria a pesquisa, foi feita uma reunião de pais, no começo do segundo semestre, para esclarecimento sobre o estudo, bem como para a obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis das crianças sorteadas (Anexo B). Também houve uma conversa com as crianças que estavam presentes nessa reunião, explicando a pesquisa e consultando-as sobre a sua vontade em participar.

3.3 Local

A construção dos dados foi realizada no segundo semestre de 2012, em uma escola da rede municipal de uma cidade, no interior do Estado de São Paulo.

Dados extraídos do Projeto Político-Pedagógico da escola pesquisada apontam que esta atende crianças na faixa etária de 2 a 5 anos. A clientela é composta em sua maioria por crianças de quatro bairros adjacentes à escola. A renda *per capita* das famílias dos alunos varia de 1 a 3 salários-mínimos, e o grau de escolarização dos pais, em sua maioria, acentua a fase de escolarização em torno de 3 a 5 anos de estudo. O bairro possui uma escola estadual que atende ao ensino fundamental; uma Unidade Básica de Saúde (UBS); um Centro Comunitário; uma ONG; um Centro Integrado de Apoio Familiar (CIAF) que desenvolve trabalho junto às famílias e adolescentes; duas quadras esportivas, sendo uma coberta; uma escola particular de informática. Os bairros atendidos pela escola possuem infraestrutura como água e esgoto, com exceção da favela localizada nas proximidades de um dos bairros atendidos. As atividades culturais oferecidas pela escola são as constantes do calendário escolar homologado a cada ano.

O Projeto Político-Pedagógico (PPP), cujos dados foram construídos através de questionários socioeconômicos realizados com pais e/ou responsáveis pelos alunos, aponta ainda que o alunado é constituído em sua maioria por crianças nascidas na cidade, sendo uma pequena parcela, em torno de 4%, de crianças advindas das regiões Norte e Nordeste do Brasil. A maioria dos casais é responsável igualmente pelo sustento da família. O alunado é constituído, em sua maioria, por alunos brancos e pardos, uma parcela de negros e uma minoria de amarelos. Os pais que responderam ao questionário socioeconômico, solicitados pela direção da escola, em sua maioria, demonstram ter boa impressão da escola e mostram uma expectativa de desenvolvimento, crescimento e aprendizagem da leitura e escrita em relação aos seus filhos. Para as famílias dessa comunidade, a escola é um lugar confiável, em que se prioriza a segurança física, enquanto, no lar, a prioridade é o sustento da família. O

Projeto Político-Pedagógico destaca ainda que a parceria entre família e escola se faz necessária, para o sucesso do processo de aprendizagem. Para isso, a escola se vale das reuniões pedagógicas, da Escola de Pais e dos dias de cultura e lazer com dois objetivos finais: integrar as famílias e aproximar a comunidade da escola. Segundo relato de professores, a maioria dos pais e responsáveis não comparece a todas as reuniões previstas em calendário, sendo maior a participação na primeira reunião do ano. Há diálogo entre professores e pais nas saídas de turnos, o que minimiza a distância entre comunidade e escola.

3.4 Participantes

O trabalho foi desenvolvido com 20 crianças de 5 anos de idade: dez meninas e dez meninos, os quais foram definidos por sorteio, realizado com o programa Excel, a partir das listas de presença dos alunos das classes de Etapa II, fornecidas pela escola. Essa divisão foi estabelecida para um melhor equilíbrio do grupo de sujeitos, sem analisar a questão de gênero; a partir disso, houve o sorteio de ambos os sexos separadamente, em um universo de 54 alunos, distribuídos em três salas de aula de Etapa II do período da tarde. Essa fase contou também com o auxílio das professoras, no sentido de recolherem os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido dos alunos sorteados em suas respectivas salas de aula, trazidos e devolvidos pelos pais.

O Quadro 1 traz a caracterização dos sujeitos pesquisados:

Data da Construção dos dados	Série Etapa II Turma	Sujeito	Data e local de nascimento	Sexo/ Etnia	Pai Naturalidade (estado)/ Profissão	Mãe Naturalidade (estado)/ Profissão	Bolsa família
16/08/2012	F	Nicole	29/08/2006 Ribeirão Preto	Feminino/ Não informada	São Paulo/ Vigilante	São Paulo/ Auxiliar de Serviços Gerais	Não
21/08/2012	D	Luísa	15/09/2006 Ribeirão Preto	Feminino/ Branca	São Paulo/ Comerciante	São Paulo/ Do Lar	Não
23/08/2012	E	João Pedro	18/01/2007 Ribeirão Preto	Masculino/ Parda	Piauí/ Ajudante Geral	Bahia/ Auxiliar de Limpeza	Não
11/09/2012	E	Carolina	05/04/2006 Ribeirão Preto	Feminino/ Parda	Pernambuco/ Pedreiro	Pernambuco/ Auxiliar de Cozinha	Não
13/09/2012	E	Otávio	15/01/2007 Ribeirão Preto	Masculino/ Parda	São Paulo/ Não informada	Maranhão/ Não informada	Não
17/09/2012	F	Lucas	05/04/2006 Ribeirão Preto	Masculino/ Parda	Maranhão/ Pedreiro	Maranhão/ Doméstica	Não
17/09/2012	F	Dandara	02/12/2006 Ribeirão Preto	Feminino/ Branca	São Paulo/ Balconista	Minas Gerais/ Caixa	Não
20/09/2012	D	Breno	06/04/2006 Caieiras (SP)	Masculino/ Parda	Não informada/ Pedreiro	Não informada/ Copeira	Sim
20/09/2012	D	Letícia	04/01/2007 Ribeirão Preto	Feminino/ Parda	São Paulo/ Gráfico	São Paulo/ Do Lar	Não
20/09/2012	F	Isabela	03/09/2006 Ribeirão Preto	Feminino/ Branca	São Paulo/ Motorista	São Paulo/ Doméstica	Não
25/09/2012	F	Maurício	11/02/2007 Ribeirão Preto	Masculino/ Branca	Pernambuco/ Pedreiro	Bahia/ Chapeira	Sim
25/09/2012	D	Túlio	04/04/2006 Ribeirão Preto	Masculino/ Parda	Piauí/ Soldador	Maranhão/ Faxineira	Não
27/09/2012	F	Filipe	14/12/2006 Batatais (SP)	Masculino/ Parda	São Paulo/ Não informada	São Paulo/ Do Lar	Sim
27/09/2012	F	Olívia	08/02/2007 Ribeirão Preto	Feminino/ Branca	São Paulo/ Técnico de Manutenção	São Paulo/ Do Lar	Não
18/10/2012	D	Isadora	27/12/2006 Ribeirão Preto	Feminino/ Branca	São Paulo/ Soldador	São Paulo/ Técnica em Enfermagem	Não
18/10/2012	D	Beatriz	22/02/2007 Ribeirão Preto	Feminino/ Branca	Alagoas/ Auxiliar de Marcenaria	Alagoas/ Serviços Gerais	Não
25/10/2012	D	Francisco	18/01/2007 Ribeirão Preto	Masculino/	Bahia/ Aposentado	Bahia/ Doméstica	Não
25/10/2012	D	Lívia	03/05/2006 Ribeirão Preto	Feminino/ Branca	Maranhão/ Não informada	Maranhão/ Camareira	Não
30/10/2012	E	Tarcísio	29/08/2006 Ribeirão Preto	Masculino/ Branca	São Paulo/ Operário de Máquinas de Lavanderia	São Paulo/ Doméstica	Não
30/10/2012	E	Miguel	17/08/2006 Ribeirão Preto	Masculino/ Branca	São Paulo/ Não informada	Paraná/ Não informada	Não

Quadro 1 - Caracterização das crianças participantes da pesquisa

3.5 Período

Com as fases de consentimentos éticos e de pesquisa nos dados do Projeto Pedagógico concluídas, foi realizada, nos meses de agosto, setembro e outubro de 2012, a construção dos dados da pesquisa com as crianças, individualmente.

3.6 Procedimento de pesquisa

Os dados desta investigação foram construídos a partir da adaptação do *Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (D-E com tema)*, proposto por Trinca (1972). Trata-se de um procedimento de investigação (TRINCA; BARONE, 1996), no qual se solicita ao sujeito que faça desenhos a partir de determinado tema e conte uma história sobre o desenho. Tem servido de base para a construção de instrumentos projetivos em diferentes áreas, inclusive na enfermagem (MIRANDA; FUREGATO, 2006).

Segundo Trinca (1997), o Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) foi introduzido, no ano de 1972, para que psicólogos pudessem investigar os fenômenos psíquicos de seus pacientes, sendo um recurso auxiliar na busca de conflitos e emoções destes. “Ele prioriza a individualidade, o estilo pessoal e as peculiaridades de a pessoa se expressar” (TRINCA, 1997, p.37), aplicando-se assim a qualquer sujeito que tenha capacidade de representações gráfica e verbal.

Desde quando foi criado por Walter Trinca, esse procedimento vem se expandindo e ampliando, configurando-se em um instrumento rico também para a pesquisa científica, conquistando pesquisadores acadêmicos e profissionais da saúde pela sua simplicidade e eficiência, conduzindo várias pesquisas qualitativas em níveis de mestrado e doutorado (TRINCA, 1997).

Trinca (1997), ainda, cita pesquisas realizadas nas áreas escolar e da saúde e afirma a importância e a contribuição do procedimento desenhos-estórias nessas áreas.

A partir desse instrumento, surgiram variantes que resultaram da liberdade e da criatividade com que ele era utilizado, tais como *Desenhos de Família com Estórias* (DF-E) e *Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema* (Trinca, 1997) e é nesta segunda variante que se colocou a atenção para a construção dos dados desta pesquisa.

Dentre as técnicas projetivas, o procedimento de D-E com Tema, derivado do Procedimento de Desenhos-Estórias foi desenvolvido, segundo Aiello-Vaisberg (1997), com o intuito de auxiliar nos estudos das representações sociais.

Na contramão dos testes psicométricos e dos primeiros testes projetivos idealizados a partir de um pensamento positivista, que considerava o dado já pronto e precisava ser descoberto através de uma forma rigorosamente objetiva, com o avanço das ciências sociais trazendo a crítica ao positivismo e enfatizando a influência/interferência do pesquisador na realidade pesquisada, o D-E com Tema é considerado um instrumento projetivo válido cientificamente dentre outros, o qual, segundo Aiello-Vaisberg (1997), configura-se em um diálogo especial entre os sujeitos da pesquisa. “Trata-se, portanto, de um diálogo lúdico” (AIELLO-VAISBERG, 1997, p.267).

Durante a interação, o pesquisador brinca, fazendo uma proposta projetiva que é sempre *uma pergunta feita de modo cifrado*. Desenhe, conte uma estória, faça uma dobradura, dramatize, seja o que for, é uma pergunta indireta (AIELLO-VAISBERG, 1995, p. 121).

No caso dos sujeitos desta pesquisa, que têm pouca idade, esse instrumento torna-se valioso, pois possibilita a expressão gráfica e, a partir dela, a apreensão dos significados atribuídos pelas crianças ao tema proposto.

Segundo Aiello-Vaisberg (1999, citado por RUSSO; COUTO; VAISBERG, 2009, p. 251), esse procedimento “É um procedimento de uso fácil, cujo rigor e potencialidade heurística têm sido comprovados, adaptando-se facilmente à pesquisa de diferentes objetos sociais em grupos de sujeitos com características variadas”.

“Consiste em pedir ao examinado que faça desenhos com um tema determinado [...] e, em seguida, que conte estórias referentes aos desenhos nos moldes propostos por Trinca [...]” (TRINCA, 1997, p. 58); no caso desta pesquisa, o tema abordado foi “saúde”.

Trinca (1997) salienta uma dificuldade em utilizar o D-E com Tema: o sujeito pode confrontar-se com suas angústias, ao se deparar com o tema solicitado, podendo ocorrer bloqueios e impasses que prejudiquem o desenvolvimento do processo. Porém, ao utilizar o procedimento de desenhos-estórias com tema nesta pesquisa, sem a intenção de abordá-lo como instrumento projetivo-psicológico, observou-se uma facilidade das crianças em desenvolverem o que era solicitado de forma tranquila e sem a observação de bloqueios ou hesitações por parte delas.

3.7 Materiais utilizados

Foram disponibilizados para as crianças uma folha em branco e caixas de lápis de cor e giz de cera, para cada etapa da atividade, descrita mais adiante.

Também foi utilizado um gravador de MP3 para gravar as falas e histórias contadas, a partir dos desenhos realizados pelas crianças.

3.8 Processo de construção dos dados

Em dias diferentes, começando no mês de agosto e estendendo-se até final de outubro, as crianças foram convidadas, uma de cada vez, a acompanhar a pesquisadora à sala devidamente preestabelecida pela diretora da escola, na qual foi aplicado o procedimento. Destaca-se que a pesquisadora é conhecida pelas crianças, pois atuou na escola como professora no ano de 2011. Assim, não houve dificuldades quanto às participações dos sujeitos sorteados para a construção dos dados da pesquisa, o que facilitou, inclusive, o diálogo e a interação pesquisadora-crianças.

A construção dos dados ocorreu sempre naquela sala estabelecida pela direção da escola; porém, por ser defronte ao pátio, em alguns momentos, havia gritos, músicas, conversas ao lado de fora. Algumas vezes, houve interrupção da atividade, por parte das serventes para fazerem a limpeza da sala ou por alguma professora buscando um determinado material guardado ali. Apesar das interrupções, logo após as atividades eram retomadas do ponto onde foram interrompidas, continuando normalmente até o final.

Dessa forma, o ambiente tornou-se acolhedor, a sala reservada era conhecida por todas as crianças, sendo um espaço amplo e arejado; ali realizavam a atividade, sentadas em móveis apropriados para o seu tamanho e a sua idade. Os estímulos visuais contidos na sala, como cartazes, lousa, brinquedos, não foram obstáculo para a realização da atividade com atenção.

O tempo médio de duração da atividade dos desenhos realizados pelas crianças e histórias contadas a partir desses desenhos – desde o processo de figuração, da verbalização da história pela criança até a nomeação do desenho – foi de 39m29s.

Sendo assim, cada criança recebeu uma folha em branco e caixas de lápis de cor e giz de cera. A elas foi solicitado que fizessem um desenho de uma “criança com saúde”. Após o término do desenho, foi solicitado: “*conte uma estória sobre o desenho feito, com começo e fim*”, e finalmente que dessem um nome ao desenho. Em seguida, foi entregue nova folha e solicitado que a criança desenhasse “*alguém cuidando da saúde da criança*”. Após o término do desenho, repetiu-se a solicitação: “*conte uma estória sobre o desenho feito, com começo e fim*”, e que desse nome ao desenho.

Durante a construção dos dados, houve a participação da pesquisadora com perguntas sobre os temas abordados, nos momentos em que era difícil compreender a ideia da criança

entrevistada, ou quando a fala ficava ininteligível. No entanto, não houve interrupções na fala das crianças, o que proporcionou uma construção livre de ideias, reelaboradas conforme o decorrer das perguntas: “como assim?”, “me explique melhor?”; “o que acontece aqui?”, “quem é essa aqui?”, “o que ela está fazendo?”, “onde ela está?”, “o que é isso aqui?”, “com quem ela está?”, “o que você acha?”, entre outras. Para Vigotski (1998), a questão da neutralidade na pesquisa não procede pelo fato de o pesquisador também ser um sujeito constituído histórica e culturalmente; assim, na mediação pesquisador-sujeito ocorrem construções mútuas e, nesse processo, tanto os sujeitos como o pesquisador ressignificam suas experiências, a partir dos significados que emergem dessa construção.

Algumas anotações foram feitas em um diário de bordo que auxiliaram na transcrição dos dados, posteriormente.

As atividades realizadas com cada criança foram gravadas em áudio, em um gravador digital portátil que ficava ligado sobre a mesa com o consentimento dos sujeitos.

A realização da construção dos dados a partir de desenhos e histórias com o tema permitiu à pesquisadora a apreensão, nesse momento, dos conceitos que a criança tem sobre saúde, já que esse tipo de procedimento proporciona a construção de ideias sobre os temas abordados, dando oportunidade às crianças de ressignificarem suas vivências sobre saúde, a partir da figuração, da história que contam e da nomeação do desenho.

3.9 Processo de análise dos dados

A análise consistiu no estudo dos desenhos e histórias, contadas a partir deles, buscando interpretá-los à luz da Abordagem Histórico-Cultural. Tendo em vista a aplicação do método explicativo de Vigotski (1998), evidencia-se a peculiaridade dos fenômenos psicológicos dos sujeitos pesquisados, mostrando que o que está aparente nem sempre é o que originou tais fenômenos; por isso, a análise científica deve ser objetiva, procurando mostrar a “a essência dos fenômenos psicológicos ao invés de suas características perceptíveis” (p.83).

Combinato e Queiroz (2011) corroboram ao afirmarem que a análise desse fenômeno deve abranger o processo histórico e social que o constitui, através do método explicativo, buscando a sua essência e conhecendo as suas origens e as relações dinâmico-causais que o constituem, compreendendo-o em sua totalidade.

Zanella et al. (2007), estudando questões de método em Vigotski, afirmam que, consiste em um processo dinâmico, a transformação do pensamento em palavra; aquilo que é falado, escrito ou gesticulado não corresponde ao pensamento direto que o criou e sofre

mudanças no momento da comunicação. Assim, o pensamento se constitui por meio das palavras e necessita do outro, presente ou ausente. A fala, por sua vez, expressa possibilidades e impossibilidades da comunicação, “(im)possibilidades essas que transcendem as intencionalidades e constituem a arena das interlocuções [...] para o que se diz ou se deixa de dizer” (ZANELLA et al., 2007, p. 31). É preciso ir além das palavras e do pensamento que as motiva na busca da compreensão da linguagem do outro, procurando os sentidos como expressão dialética e histórica.

Para o alcance dessa análise, procedeu-se ao trabalho das transcrições, realizadas pela própria pesquisadora, logo após o término da construção dos dados com as crianças. As gravações foram ouvidas exaustivamente e, a partir daí, foram feitas as transcrições, mantendo em sigilo a identidade dos participantes, tendo sido utilizados nomes fictícios, para preservar a identidade dos mesmos.

A pesquisadora transcreveu em um computador, pelo editor de texto *Word*, as falas das crianças e dela própria, apoiando-se no diário de bordo, em que foram anotadas reações por parte dos sujeitos e a forma como as crianças se portavam perante a atividade. Essas transcrições seguiram a ordem em que cada criança participou da atividade, e cada uma recebeu um nome fictício.

Enquanto transcrevia, a pesquisadora já buscava relacionar, com as falas das crianças, o que estava mais evidente de imediato com o que também vinha construindo no referencial teórico. Terminadas as transcrições das falas de cada sujeito/participante e, focando nos objetivos de apreender os significados de saúde e o modo como as crianças constroem esses conceitos, procedeu-se à análise dos dados construídos, a fim de responder às questões que guiaram esta pesquisa.

Assim, numa aproximação dos dados construídos durante a pesquisa, foram constituídas unidades de análise, definidas a partir das relações entre temas das falas das crianças, os referenciais da promoção da saúde, e os temas trazidos por Vigotski.

Ao longo da análise dos dados, procurou-se apresentar as falas das crianças bem como seus desenhos, discutindo a significação e a formação dos conceitos sobre saúde realizados pelas mesmas. Dessa forma, algumas considerações sobre o desenho em Vigotski e em outros autores que o corroboram auxiliarão a entender a análise.

Ferreira (2001), ao explicar a análise do desenho segundo a teoria histórico-cultural, ressalta que essa abordagem vê a criança como simbolista; portanto, seu desenho indica a necessidade que possui em fazer significações sobre os objetos, figurando o maior número de traços possível. Desse modo, ao analisar esse processo, é permitido a quem analisa uma

leitura que ultrapassa as objetividades das figurações, de forma a considerá-las como indicadores de vestígios e não como representações exatas do objeto, visto que as crianças desenhavam aquilo que conhecem e não o que estão vendo.

As figuras desenhadas têm significados atribuídos pela criança/autora, apresentam indícios dos objetos e não a exatidão de suas formas. Assim, a criança desenha para significar seu pensamento, sua imaginação, seu conhecimento, criando um modo simbólico de objetivação de seu pensamento. [...] sua figuração procura explicitar seu pensamento, traz implicados significados e sentidos, e essa possibilidade está inexoravelmente articulada à palavra. [...] Portanto, a palavra perpassa todos os momentos de produção do desenho. [...] As figurações evocam imagens, provocam significações (FERREIRA, 2001, p. 104).

Aiello-Vaisberg (1995) aproxima-se da Abordagem Histórico-Cultural quando enfatiza que os procedimentos de pesquisa não devem apenas propiciar a apreensão dos dados, mas também permitir mudanças no sujeito pesquisado, a partir de sua própria elaboração reflexivo-vivencial. O estudo das significações dos sujeitos de uma pesquisa acerca de um tema de interesse investigativo, como a saúde na concepção de crianças, deve preocupar-se com os processos mentais pelos quais o sujeito significa esse tema, a partir de suas relações e da mediação que estabelece com outros sujeitos de sua cultura. Essa proposta está em concordância com o referencial teórico deste estudo que aponta a ressignificação de conceitos pelos sujeitos, a partir de suas próprias vivências lembradas e registradas, no decorrer da construção dos dados da pesquisa.

No entanto, a característica de “diálogo lúdico” conferida às técnicas projetivas, como o D-E com Tema é destacada não só no instante de sua aplicação, mas também na interpretação que o pesquisador faz, em que a teoria à qual se funda “é vista como uma construção possível neste momento, como produto de trabalho humano que pode facultar uma aproximação esclarecedora da complexidade fenomênica [...]” (AIELLO-VAISBERG, 1995, p. 121).

Ainda segundo Aiello-Vaisberg (1997), pela versatilidade do procedimento de D-E com Tema, é possível tratar e analisar os dados construídos ao longo da pesquisa, a partir de outros referenciais teóricos que não a psicanálise, como foi originalmente concebido. O importante, nesta pesquisa é apreender como as crianças significam saúde, a partir de sua construção dos conceitos sobre esses temas no contato com outros sujeitos de sua cultura.

Portanto, segundo Ferreira (2001):

Interpretar o desenho da criança implica considerar os múltiplos fatores constitutivos de seu conhecimento, de sua figuração e de sua imaginação. [...] O desenho da criança é o “lugar” do provável, do indeterminado, das significações. Estas se tornam múltiplas e indefinidas pela própria possibilidade de interpretação (p. 105).

A partir dessas considerações, as histórias e os desenhos foram organizados por unidades temáticas, analisados, segundo o método explicativo de Vigotski (1998), e interpretados a partir do olhar histórico-cultural.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

[...] o significado da palavra [...] tem na sua generalização um ato de pensamento na verdadeira acepção do termo. Ao mesmo tempo, porém, o significado é parte inalienável da palavra como tal, pertence ao reino da linguagem tanto quanto ao reino do pensamento. Sem significado a palavra não é palavra mas som vazio. Privada do significado, ela já não pertence ao reino da linguagem.

Lev Semenovich Vigotski

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram apreendidos os significados de saúde para os participantes da pesquisa, fazendo-se a ponte necessária com os referenciais estudados sobre a concepção de saúde no contexto da promoção da saúde. Procurou-se compreender a atribuição dos significados pelas crianças a partir da análise da formação de conceitos, fundada pela Abordagem Histórico-Cultural. O olhar sobre o processo de formação dos conceitos perpassa toda a análise dos significados de saúde apreendidos nos dados construídos.

Após a leitura aprofundada dos dados transcritos dos 20 participantes, procedeu-se à apreensão dos significados centrais de saúde, de cada sujeito, a fim de delinear as unidades de análise.

A análise dos desenhos feitos e das histórias contadas por eles resultou em quatro unidades que auxiliam na compreensão sobre os significados atribuídos pelas crianças à saúde, a partir da formação deste conceito: I - O modelo biomédico/ biológico da saúde; II - A significação da saúde como bem-estar de si e do outro; III - A relação entre a saúde e o cuidado e IV - A ação do adulto ou do outro na saúde da criança.

O Quadro 2 apresenta em quais unidades de análise aparece cada sujeito, em relação às suas principais significações sobre saúde:

UNIDADES DE ANÁLISE CRIANÇAS	I - O modelo biomédico/ biológico da saúde	II - A significação da saúde como bem-estar de si e do outro	III - A relação entre a saúde e o cuidado	IV - A ação do adulto ou do outro na saúde da criança
1 – Nicole	X	–	X	–
2 – Luísa	X	X	X	X
3 – João Pedro	X	X	X	–
4 – Carolina	X	X	–	X
5 – Otávio	–	–	–	X
6 – Lucas	X	X	X	X
7 – Dandara	X	X	X	X
8 – Breno	–	X	–	X
9 – Letícia	–	X	–	X
10 – Isabela	X	–	–	X
11 – Maurício	–	X	X	X
12 – Túlio	–	X	X	–
13 – Filipe	–	X	X	–
14 – Olívia	X	X	X	X
15 – Isadora	X	X	–	X
16 – Beatriz	X	X	X	X
17 – Francisco	X	–	X	X
18 – Lívia	–	–	X	X
19 – Tarcísio	–	X	–	X
20 – Miguel	X	–	X	X

Quadro 2 – Significações das crianças sobre saúde e respectivas unidades de análise

4.1 O modelo biomédico/biológico da saúde

Nessa unidade, destacam-se os temas trazidos pelas crianças acerca da saúde como ausência de doença, da responsabilidade do sujeito por seu próprio comportamento, da cura da doença através de remédios e da intervenção clínica, da ideia de um lugar apropriado para se realizar essa cura, de uma causa desconhecida ou sobrenatural atribuída ao adoecer, da morte por falta de cuidado, significando a saúde através do modelo biomédico, tão arraigado ainda hoje na sociedade, em que a saúde é vista como a ausência de doença em detrimento da visão de que o ser humano é visto como um ser integral, dotado de necessidades físicas, psíquicas e sociais.

Na visão de Vigotski (1998), o que qualifica o comportamento humano em suas bases psicológicas, diferentemente do comportamento animal, é a internalização de atividades desenvolvidas histórica, social e culturalmente que, fundando-se nas operações com os signos e os significados, permite que o ser humano aproprie-se de sua cultura e viva em sociedade. Dessa forma, a criança, a partir do seu contato com adultos inseridos em uma sociedade e pertencentes a uma cultura, significa a saúde a partir daquilo que vê, ouve e vivencia.

Para entender como o conceito sobre saúde foi sendo construído/se constituiu ao longo da existência humana, é necessário conhecer como ele era tratado na Antiguidade; assim, Scliar (2007) afirma que os povos antigos se preocupavam com a doença acreditando que esta era causada por entidades espirituais, inimigos ou desequilíbrio dos fluidos corporais. Esta ideia transparece em alguns participantes da pesquisa quando indagados sobre saúde, ao relatarem formas de manifestação da doença atribuídas a uma causa natural ou a um evento cotidiano:

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - [...] *Mas porque que ela ficava com doença?* Nicole: - *Porque ela ficava pra rua, não sabia escovar os dentes e comia muito doce.*

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *E porque o João ficou com o nariz entupido?* Miguel: - *Por causa, você sabe daquele ventilador, aquele ar, assim e entra no nariz, assim... entrou no meu, um dia... de noite...* Pesquisadora: - *E aí?* Miguel: - *Eu estava dormindo no quarto da minha mãe que tinha ar-condicionado... e aí foi dentro do meu nariz e ficou entupido... eu fiz assim! Aí ele parou. Aí entrava mais... [...]* Não tinha jeito para arrumar o nariz, pra colocar o remédio, pra arrumar. Pesquisadora: - *E o que é que aconteceu com ele?* Miguel: - [...] *Morreu com o nariz entupido?*

Para Barros (2002), na evolução sobre as concepções envolvendo a saúde e a doença, a visão mágico-religiosa predominava nos tempos antigos, em que a causa do adoecer resultava de transgressões individuais ou coletivas; havia o exercício de vários tipos de rituais com o intuito de restabelecer o contato com os deuses, executados por xamãs, feiticeiros e sacerdotes que eram responsáveis por conter e aplacar as forças sobrenaturais.

No que diz respeito às conexões entre o sentido, o significado e o conceito, Góes e Cruz (2006) explicam que o conceito é construído a partir da relação com o significado da palavra; nesse sentido a generalização torna-se o ato primordial que constitui o conceito e a palavra no movimento de criação de muitas significações. Assim, a realidade é constituída a partir das vivências, da ressignificação da cultura pelo sujeito, na interação verbal de acordo com suas motivações e sua personalidade.

Dessa forma, quando os participantes são solicitados a contar histórias, a partir do desenho sobre *uma criança com saúde*, trazem essa dimensão biomédica da saúde, atribuindo uma relação causal à doença, baseando-se nas vivências que têm sobre o assunto e, enquanto verbalizam, vão ressignificando essas relações num processo de construção dos conceitos socialmente estabelecidos.

João Pedro, ao contar sobre o que está desenhando, também parece trazer a ideia de que a doença é causada por algo desconhecido; porém, fala sobre muitas coisas e situações que mostram um aglomerado de ideias que vão se sobrepondo, antes de trazer indícios sobre o tema proposto:

João Pedro [sobre o desenho de uma criança com saúde, ainda desenhando]: - *Sabia que quando eu fui na minha tia a rua era tudo cheia de boi? [...] Era tudo bicho, cavalo... [...] Lá em casa eu fiz igual. [...] Eu tenho um monte de bicho lá em casa e dá pra fazer.* Pesquisadora: - [...] *bicho de verdade?* João Pedro: - *Hum, hum, só de brinquedo. [...] Quando eu nasci, aí meu pai comprou um cachorro que era Xavante e Mogli, o Mogli era pequeno, o Xavante era grande. [...] Aí quando eu nasci, morreu.* Pesquisadora: - *Ele estava doente?* João Pedro, mexendo os ombros e ainda desenhando: - *Meu pai não dava razão... nem água. [...] E morre. [...] Minha mãe... a garganta da minha mãe tá ruim.* Pesquisadora: - *É? O que é que ela tem?* João Pedro: - *Dor de garganta.* Pesquisadora: - *Por que ela ficou com dor de garganta, hein?* João Pedro: - [...] *de repente que ela ficou.*

Vigotski (2009a) afirma que a formação de conceitos se dá através de uma operação intelectual com a participação de todas as funções mentais elementares em combinações específicas; o uso da palavra centra a atenção de forma ativa por meio do signo. Segundo o

autor, o processo de construção de conceitos se inicia logo na infância e atravessa fases, de acordo com as experiências nas diferentes faixas etárias, consolidando-se na adolescência.

Em sua fala, João Pedro relaciona os acontecimentos que conta em sua história, demonstrando um modo primitivo de construir conceitos através do “pensamento por complexos”. Esse tipo de pensamento, segundo Vigotski (2009a), apesar de não ser conceitual, é objetivo e coerente, caracterizado pela união de diversos elementos do todo, sem terem um atributo em comum.

Desse modo, João Pedro vai desenhando e verbalizando, esforçando-se para conectar-se ao tema sugerido – saúde – criando uma história que, a princípio, parece sem sentido para depois ir tomando forma e significando a questão da saúde. Assim, parece que a criança se confunde, diz coisas que não condizem com o que lhe foi solicitado, porém, ao olhar mais atentamente, desconstruindo o que está aparente na fala em questão, pode-se entender que, nesse exemplo, a criança faz uma construção partindo de algo concreto: os bichos de brinquedo, passando pela doença e morte dos cães de seu pai, chegando à *dor de garganta* de sua mãe, relacionando toda a história com o tema saúde.

Em outras histórias contadas pelos participantes acerca do desenho que fizeram sobre “*uma criança com saúde*”, o que perpassa suas falas diz respeito à saúde como a ausência de doença, trazendo a significação da saúde sob o prisma de um modelo biomédico, como se observa na fala a seguir:

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - [...] *Ela tinha saúde?* Dandara, balançando a cabeça, afirmando: - *Hum, hum!*
Pesquisadora: - *Por quê?* Dandara: - *Porque ela não ficou mais com gripe.*

Segundo Scliar (2007), o conceito de saúde, até a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), era baseado em um modelo biológico e, portanto, focado na doença; achados paleontológicos indicam que a doença acompanha a espécie humana desde os seus primórdios. Dessa forma, as culturas da Antiguidade preocupavam-se mais com a doença, do que com a saúde em si, tentando combatê-la (a doença) de todas as formas possíveis.

Dandara, ao significar a saúde, traz consigo essa marca cultural de que a saúde é a ausência de doença, possivelmente apreendida através do convívio com adultos que a inseriram em ambientes impregnados por esse significado. Ela o faz num movimento de anulação da doença, ao ser interpelada a contar a história de seu desenho:

Dandara [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *É o planeta saúde que chama esse.* Pesquisadora: - *Ah, é o planeta saúde? [...] Por quê?* Dandara: - *Porque as crianças tinham saúde, ali. [...].* Pesquisadora: - *Por quê?* Dandara: - *Porque disse que a saúde é muito boa! [...] Limpa o nosso corpo. [...] deixa as crianças boas.*

Dandara, ao dizer *Limpa o nosso corpo*, ressalta essa ideia de saúde como ausência de doença, reforçando a dimensão biologizante e sanitarista da saúde. Scliar (2007) afirma que, no século XIX, com o nascimento da epidemiologia, vários países começaram a preocupar-se com as condições sanitárias de suas populações, implantando em suas cidades a polícia médica ou sanitária, trazendo uma saúde baseada no autoritarismo. Assim, a fala da Dandara apresenta-se carregada dessa questão sanitária, aprendida de suas relações com adultos inseridos em uma cultura em que ainda existe essa concepção de saúde, na qual os corpos devem estar limpos para não haver a transmissão de doenças.

Alguns participantes significam saúde como sendo a própria doença:

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *[...] por que o médico está cuidando dela?* Nicole: - *Porque ela tinha saúde.* Pesquisadora: - *Ah, ela tinha saúde? [...] O que é que ela tinha?* Nicole: - *Tosse. [...]* Pesquisadora: - *Fale um pouco sobre a menina com saúde pra mim. [...]* Como é que ela é essa menina? Nicole: - *Ela tá com saúde [...] com gripe.* Pesquisadora: - *Ela está com gripe? [...] por quê?* Nicole: - *[pausa] Porque ela ficava na rua...*

No caso de Nicole, na palavra saúde está a ideia de gripe/doença, ou seja, ela possui o vocabulário que aprendeu no contato com adultos, mas ainda não construiu o conceito do que é saúde. Ao longo desta análise, outras falas dessa natureza remeterão ao que Vigotski (2009a) afirma sobre a construção de conceitos ao longo da infância, e como a escola tem um papel fundamental nessa construção. O autor destaca cinco tipos de complexos e, dentre eles, os pseudoconceitos são os que predominam na idade pré-escolar; esse tipo de complexo é fenotipicamente semelhante ao pensamento conceitual do adulto, porém psicologicamente diverso dele. Ainda segundo o autor, esses complexos são predeterminados pelo significado social e culturalmente atribuído à palavra na linguagem adulta. Por isso, com a influência de palavras familiares, a criança desenvolve complexos em torno desses significados acabados das palavras, criando a ilusão de que não ocorre desenvolvimento no pensamento infantil, por se entender que o pensamento adulto existe como semente no pensamento da criança. Assim, se não existissem os pseudoconceitos o pensamento da criança seguiria uma trajetória

diferente dos conceitos adultos e não haveria comunicação verbal entre eles (VIGOTSKI, 2009a).

Nesse sentido, é que a escola se torna de fundamental importância na construção do pensamento infantil, ao direcionar a formação de conceitos científicos, socialmente aceitos, a partir dos conceitos espontâneos trazidos pelas crianças.

Outras crianças vão além, relacionando a falta de saúde – que para algumas delas consiste na doença, na velhice, na violência, na falta de cuidado e de recursos– com a morte. Ao contarem suas histórias sobre o que desenharam, ressignificam a morte, a partir de sua vivência – a morte da avó, do tio – significando a saúde como uma condição para a vida.

João Pedro expõe a experiência que teve com os seus avós:

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - [...] *Então esse desenho que você fez é de uma criança com saúde?* João Pedro, balançando a cabeça positivamente: - *Hum hum...* Pesquisadora: - *Ah, por quê?* João Pedro: - *Porque se não viver com saúde, morre! [...]* *Minha vovó está lá na estrela no céu. [...]* *Até meu avô Chico. [...]* *Porque não dá comida, todos os dias, não dá, aí morre.*

E Miguel exemplifica, através da impossibilidade de cura e da exposição à violência, um estado que pode acarretar a morte, sem alternativas para o sujeito:

Miguel [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - [...] *era uma vez, um menino que ficou doente... [...]* *aí depois o vento entrou no nariz dele, mas ele ficou entupido... [...]* *Aí depois ele foi no médico, aí não tinha jeito para arrumar, aí ele ficou doente e morreu.[...]* *aquele menininho... ele morava em Brasil, aí ele morreu de nariz e aí um ladrão atirou no pescoço dele.* Pesquisadora: - *Mas como é que foi isso?* Miguel: - *O ladrão atirou. [...]* *O ladrão atirou, aí ficou saindo sangue pelo nariz, [...]* *aí ele morreu. [...]* *Porque atirou...* Pesquisadora: - *E acabou a história?* Miguel: - *Hum, hum... o meu tio também morreu assim, que deu um tiro no pescoço dele.*

Para relacionar a falta de saúde com a morte, Miguel vai adicionando elementos à sua fala e delineando um pensamento por complexos, em que a doença e a violência significam essa situação proposta – desenhar uma criança com saúde – permeada pela ressignificação de um caso real em sua vida.

Nessa outra fala, Olívia faz uma alusão também à violência, expressando-se através de um conto de fadas. O Desenho 1, apresentado a seguir, traz a produção de Olívia, no qual faz alusão a um conto de fadas:

Olívia [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - [...] *ela era uma princesa. [...]* *um dia a bruxa pegou ela. [...]* *Até que ela pôs uma mão no espinho, até que ela morreu [...]*

Desenho 1 – Desenho de uma criança com saúde elaborado por Olívia

Olívia figura três personagens de contos de fadas: a bruxa, a princesa e o príncipe e, ao ser indagada sobre a história, atribui significados ao desenho relativos à saúde, com elementos desse tipo de narrativa. Essa narrativa expressa a violência da bruxa para com a princesa, atribuindo à saúde esse significado negativo.

Para Vigotski (2009b), a imaginação é uma função vital ao ser humano, um produto das experiências acumuladas da cultura compondo, com a realidade, o comportamento humano.

Aqui, Carolina coloca a questão de muito trabalho e gravidez, como causas da morte da personagem na hora do parto:

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *O que é que tem aqui... tem mais alguma coisa a ver com aquela menininha?* Carolina: - *Sabe a menininha [...]*? Pesquisadora: - *Ãh.* Carolina: - *Ela... morreu!* Pesquisadora: - *Ah, ela morreu? Por quê?* Carolina: - *Aí ela trabalhou muito, aí ela ficou grávida.* Pesquisadora: - *Ah! E aí? Ela trabalhou muito...* Carolina: - *E ficou grávida. Aí depois quando ela foi ter o filho dela, ela morreu.* Pesquisadora: - *Ah, ela morreu, quando ela teve o filho [...]*? Carolina: - *É.*

Para Combinato e Queiroz (2011), a morte, apesar de compor o processo de desenvolvimento humano, é negada pela cultura do Ocidente, pois está imbricada ao modelo biomédico, imprimindo uma separação radical entre a doença e o doente, entre a vida e a

morte. Essa dimensão torna a morte um fenômeno complexo para as pessoas que procuram promover a imortalidade ou prolongar a vida, num movimento de negação da morte.

Scliar (2007) ainda traz um exemplo de como a morte também fazia/faz parte dessa dimensão biológica da saúde, afirmando que, na Antiguidade, tribos latino-americanas atribuíam a morte à imprudência, causadora de uma doença ou à maldição de um inimigo, mas nunca por acidente ou morte natural.

Em relação à formação de conceitos, quando a criança aprende uma palavra nova está apenas iniciando o seu processo de desenvolvimento de formação de conceitos e vai progredindo em suas abstrações e generalizações ao mesmo tempo em que se depara com situações que lhe pareçam novidades, ao utilizar essa palavra que ainda não se constitui como um verdadeiro conceito (GÓES; CRUZ, 2006).

É importante lembrar que a linguagem é determinante no desenvolvimento do pensamento, e isso inclui a experiência sociocultural acumulada pelo sujeito, transformando-se da dimensão biológica para a dimensão histórico-social (VIGOTSKI, 2009a). Assim, os signos e significados internalizados pela criança acerca do processo saúde-doença promoverão a sua significação nas situações vividas no seio da cultura em que essa criança se insere.

O desenho de Miguel, apresentado a seguir (Desenho 2), traz a figuração de um personagem realizando alguma ação em seu corpo (nariz).

Desenho 2 – Desenho de uma criança com saúde elaborado por Miguel

Ao contar a história sobre seu desenho, Miguel relaciona o mesmo com uma situação em que a doença não pôde ser curada – no caso a ressignificação da morte como a falta de recursos que utiliza para explicar a ausência de saúde. Essa fala também é um exemplo de como o participante utiliza a palavra máquina, evidenciando como os conceitos são construídos:

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *E aqui, você estava falando da injeção, ele chegou a tomar a injeção, aqui?*
 Miguel: - *Hum, hum... [...] Aí ele ficou deitado... aí, a médica falou para a mãe dele que estragou.* Pesquisadora: - *Estragou o quê?*
 Miguel: - *Estragou a máquina.* Pesquisadora: - *Qual máquina?*
 Miguel: - *A máquina de arrumar o nariz. [...] Aí, ela falou assim, ó: 'A máquina quebrou, então seu filho vai ter que morrer'. [...] Que a máquina quebrou e vai ter que deixar morrer.*

Vigotski (1998) afirma que a criança desenha de memória, mas também cria em cima de algo que já vivenciou anteriormente; dessa forma, o desenho infantil, às vezes, não condiz com o que o objeto significa na realidade. A criança não se preocupa com o que o desenho possa se parecer e apenas indica características do objeto que representa.

Miguel, ao desenhar, traz um significado sobre o tema abordado, porém, ao contar sua história, agrega muito mais elementos do que o próprio desenho comporta; assim, ao verbalizar, ressignifica outras dimensões da saúde.

Ainda significando saúde como a ausência de doença, algumas crianças trazem a questão da cura em relação à doença, ao corpo doente que se restabelece através de remédio e cuidados médicos, indicando uma visão *biologizante*, em que predomina a ideia de que o ser humano é o responsável pela sua saúde e de um corpo biológico que adoece e precisa ser curado para viver bem.

Nicole [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *[...] Ela ficou na chuva, ela ficou com gripe, depois o médico cuidou dela e ela ficou em casa. [...] aí depois ela melhorou [...] Porque ela tomou remédio [...] Pra não ficar mais com gripe.* Pesquisadora: - *Por que é que ela está no hospital?* Nicole: - *Porque ela tá doente.*

Nicole desenha a criança na chuva com lágrimas no rosto, representando o adoecer, como se observa no Desenho 3.

Desenho 3 – Desenho de uma criança com saúde elaborado por Nicole

Em seu desenho, Nicole significa a saúde dando relevância à doença representada através da personagem com lágrimas nos olhos, preocupando-se em desenhar algo que se relacionasse com o tema solicitado, verbalizando durante a figuração e mostrando um desenho esquemático, mas condizente com aquilo que lhe foi solicitado.

Vigotski (2009b) afirma que o desenho infantil é caracterizado por quatro estágios. No primeiro estágio, em que se encontram os pré-escolares, a criança desenha esquematicamente e de memória, preocupando-se apenas com os elementos mais importantes, falando durante a figuração e não se preocupando com a semelhança exata com a realidade.

Ferreira (2001) explica que a figuração é uma forma de apropriação da realidade que permite a manipulação das imagens dos objetos reais.

Nas falas a seguir, novamente se observam histórias sobre personagens que adoeceram pelo fato de não se cuidarem, o foco na responsabilidade do sujeito pelo seu adoecimento no que tange à questão da alimentação inadequada que prejudica a saúde e a relevância da cura através dos remédios:

Luísa [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Era uma vez... [...] o porquinho viu uma loja de doce. [...] pegou um monte de doces, chupou... foi no parque, chupou todos que ele comprou. [...] assim, ele comeu, comeu, comeu, ficou com a barriga cheia [...] ficou com uma baaaita dor de barriga... [...] e ele foi parar no hospital [...] Aí ele ficou muito, muito triste. [...] Anoteceu. Ficou um monte de estrelinha quando anoiteceu, né? Agora ele levantou... [...] O Porquinho*

levantou... (pausa... desenhando) Ele tinha que tomar uma gota... [...] Na boca dele, aqui. [...] Esse era o médico porquinho. [...] Ele só vai tomar uma gota de remédio...

Isadora [sobre o desenho de uma criança com saúde, contando sobre os personagens que estavam com muita dor]: - *[...] Porque elas comeram muita comida e muito bolo.* Pesquisadora: - *E depois?* Isadora: - *E depois elas vomitaram, tinham que ir no médico, ficaram com tosse, aí elas melhoraram.* Pesquisadora: - *Ah... e como elas melhoraram?* Isadora: - *Elas melhoraram porque o médico deu... é, deu uma... é... remédio pra elas.*

Nessas falas, as crianças relacionam saúde com a má alimentação que pode prejudicá-las. Essa questão está refletida historicamente na culpabilidade do indivíduo (sujeito), no modelo hegemônico de saúde, em que o comportamento da pessoa é a causa para a sua doença, devido à ênfase no indivíduo doente, isolando-o de seu contexto social (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Na fala de Luísa, é importante salientar a forma como ela conceitua o remédio quando diz:

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *É o médico que vai tomar uma gota?* Luísa [em tom explicativo e enfático]: - *Não! O médico vai dar uma gota pro porquinho que tá doente!*

Vigotski (2009a) afirma que a criança aprende muitas palavras precocemente, palavras que têm para ela o mesmo significado que têm para os adultos, mas que ainda não são conceitos formados; é essa comunicação verbal um fator imprescindível no desenvolvimento dos conceitos infantis. No caso de Luísa, percebe-se um movimento no uso da palavra *gota* para significar remédio, o que, provavelmente, foi aprendido na comunicação verbal que estabeleceu com os adultos ao seu redor.

O Desenho 4, apresentado a seguir, mostra a construção das ideias de Luísa ao desenhar uma pessoa com saúde; nessa figuração percebe-se a esquematização do primeiro estágio; apropriando-se da realidade, a participante se preocupa em desenhar os elementos mais importantes para ela, pautando-se em uma história ouvida em algum momento de sua vida como relatou à pesquisadora, antes de começar a desenhar.

Desenho 4 – Desenho de uma criança com saúde elaborado por Luísa

Destaca-se aqui como Luísa apresenta o personagem: seis das figurações representam o personagem principal – *porquinho* – nas situações apresentadas na história, e o sétimo personagem é o *médico porquinho*, ministrando a *gota* (remédio); também representa as expressões do personagem relacionando-as com a história que contou durante o desenho e importando-se apenas com os elementos mais importantes e que têm a ver com o tema que lhe foi proposto.

Segundo Vigotski (2009b), as atividades de imaginação e criação são muito importantes para o ser humano e, com as funções de reprodução e criação, permitem a adaptação do homem ao mundo através de seu comportamento; assim a criança cria a partir de uma vivência – no caso possivelmente o remédio como *gota*, trazendo sempre algo novo e nunca uma mera reprodução da realidade.

Ainda nessa questão sobre a culpabilidade do indivíduo, Lucas exemplifica contando que o personagem só comia *coisa ruim*; porém só passou a ter saúde quando começou a alimentar-se melhor.

Lucas [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Ele, ele, ele... comeu tanta coisa que ele, ele, ele comia tanta coisa ruim... aí ele começou a comer coisa boa e aí ele... ele ficou com saúde. [...]*

Essa conceituação nos remete a Buss (2009) que também salienta o comportamento e a responsabilidade única do indivíduo pela sua saúde, a partir da lógica biomédica. Nesse caso, o personagem de Lucas tomou consciência de que se alimentava de maneira errada e seria de sua responsabilidade alimentar-se melhor.

Aqui, Lucas utiliza a expressão *comia tanta coisa ruim* para confirmar essa dimensão errada e culposa de se alimentar; utiliza conceitos espontâneos que constrói em seu cotidiano, generalizando uma situação de má alimentação.

Para Vigotski (2009a), a generalização é um ato verbal do pensamento que reflete uma realidade de forma diferente do que está expresso nas percepções e nas sensações imediatas, refletindo tudo aquilo que se quer significar através de uma ideia.

Isabela, enquanto conta sua história, também faz referências ao modelo biomédico, quando verbaliza e imita o ato de dar injeção, evidenciando a cura para se restabelecer a saúde:

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - [...] *E que nome você pode dar para esse desenho?* Isabela: - *Saúde*.
 Pesquisadora: - [...] *Por que você vai chamar esse desenho de 'Saúde'?* [...] Isabela: - *Porque sim... porque a menina tá com gripe. [...] Aí ela ficou com gripe e deu injeção. [...] Deu injeção aqui... puxou a camisa até aqui.* (mostrando como se aplica a injeção)
 Pesquisadora: - *E aí?* Isabela: - *Ela melhorou!* Pesquisadora: - *Mas quem que deu essa injeção?* Isabela: - *A médica.*

Aqui, outro exemplo em que a criança utiliza uma palavra do vocabulário que aprendeu com os adultos, sem ter construído o conceito ligado a ela. Aparentemente Isabela usa o termo *saúde* da mesma forma que um adulto, mas, ao ser solicitada a explicar porque atribuiu esse nome ao seu desenho, demonstra que ainda não construiu um conceito sobre saúde, já que o confunde com a palavra *gripe*, que não deixa de estar relacionado ao primeiro.

Vigotski (2009a) afirma que no *pensamento por complexos*, a criança já consegue fazer relações existentes entre as coisas, mesmo tendo ainda uma forma primitiva de pensamento.

Outra questão que chama a atenção na fala de Isabela é que ela vai organizando sua ação, através da fala, para explicar algo que lhe foi solicitado. A criança, ao começar a utilizar a fala e os signos, modifica a sua ação e passa a controlar o ambiente, organizando seu comportamento o que, mais tarde, produzirá o seu intelecto, base do uso de instrumentos (VIGOTSKI, 1998). Isso pode ser exemplificado quando Isabela diz: *Deu injeção aqui...*

puxou a camisa até aqui, mostrando a aplicação da injeção, imitando o adulto pela lembrança que tem sobre esse ato.

Vigotski (1998) refere-se à imitação como parte importante do aprendizado humano; ela tem uma natureza social que faz com que a criança mergulhe na vida intelectual dos adultos a sua volta, o que demonstra o lado social da aprendizagem.

Na próxima fala, a criança faz referência à saúde bucal na mesma dimensão biologizante:

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *E por que você escova os dentes?* Francisco: - *Porque senão o dentista dá uma agulhada no meu dente, e arranca a minha dentadura.*

Ainda aqui, observa-se nas falas dos sujeitos essa visão *biologizante* da saúde, modelo que, ainda nos dias atuais, não vê o ser humano como um ser integral, com suas necessidades físicas, biológicas, psicossociais, inserido em uma cultura e guiando o seu comportamento a partir dela. Czeresnia (2009) corrobora essa ideia ao explicar que esse modelo foi constituído através da fisiologia e da anatomia, visões *biologizantes* que reduzem o corpo humano a uma constituição funcional e morfológica. Buss (2009) entende que esse reducionismo parte de uma lógica biomédica de intervenção clínica que coloca a responsabilidade única do indivíduo nos fatores de risco de algumas doenças. E Caponi (2009) salienta que o que sustenta essa associação entre saúde e doença é a busca desenfreada por um estado de normalidade, um código genético sem alterações. A alteração na função natural desse código é que provoca a doença.

Esse modelo biomédico, concebido em consonância com a evolução técnico-científica, traz ainda a questão da medicalização definida como a dependência da sociedade e dos sujeitos pelo consumo de bens e serviços assistenciais em saúde, considerando doença qualquer problema enfrentado pelo indivíduo, até mesmo os de natureza econômica e social, no intuito de gerar lucros (BARROS, 2002). Essa dimensão da medicalização é bastante percebida nas falas mencionadas acima.

Outra questão que surgiu nas falas dos sujeitos pesquisados foi sobre o espaço da saúde: “hospital”, “posto de saúde/postinho”, “base” são os espaços de prevenção, tratamento para se restabelecer a saúde para voltar à vida “normal”, evidenciando o aspecto curativo com que a saúde é tratada:

Luísa [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - [...] *Aí ele foi no postinho de saúde... foi lá. [...] Ele ficou deitado na cama até anoitecer! [...] Aí o médico deu uma gota de remédio pra ele, ele*

melhorou e foi pra pracinha, onde tem um monte de brinquedo, comeu primeiro um monte de vegetais, cenoura, assim, aí ele foi brincar.

Nicole, ao dizer *Lá dentro do hospital [...] Porque ela tá doente*, deixa clara a importância que esse local tem no tratamento da doença e na reabilitação da saúde:

Nicole [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *O médico cuidou dela, depois ela foi pra casa, depois ela ficou internada, depois ela ficou boa de novo e saiu pra rua.* Pesquisadora: - *O que é que ela tinha?* Nicole: - *Tosse.* Pesquisadora: - *E onde ela cuidada saúde?* Nicole: - *Lá dentro do hospital.* Pesquisadora: - *Por que é que ela está no hospital?* Nicole: - *Porque ela tá doente.*

As crianças ressignificam saúde a partir de fatos que aconteceram em suas vidas, experiências concretas, lugares em que já frequentaram:

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *[...] então me conta, o que é que vocês estão fazendo aqui?* Francisco: - *No carro? O meu pai está me levando no...* [falou o nome do bairro em que se localiza a UBS] Pesquisadora: - *E o que é que tem lá?* Francisco: - *É... um posto de gente que está com febre e bateu a cabeça.* Pesquisadora: - *Por que é que ele levou você lá?* Francisco: - *Eu fiz assim [...] eu bati a cabeça no outro dia. [...] eu escorreguei e bati a minha cabeça. [...] pertinho da parede do banheiro. Eu pulei e fiz assim, ó 'vium... pum'!!! [...] Foi lá, buscou a gente e depois 'vazamos' pro... pro... como é que se diz, meu Deus?... pro...* [falou o nome do bairro em que se localiza a UBS]. Pesquisadora: - *Mas você foi lá para fazer o quê?* Francisco: - *Hum... ver se minha cabeça estava [...] ralada...* Pesquisadora: - *Hum...* Francisco: - *E depois eu fiquei com o sorriso fechado. [...] Ah! E aí, você sabe aquela sala de foto de Raios x?* Pesquisadora: - *Ah, sei!* Francisco: - *A gente foi lá [...] e eu disse assim, pra minha mãe: 'Ô mãe, aqui é uma sala fotográfica?' E a minha mãe disse assim: 'Ô menino, faz um sorriso aqui. Aqui é uma sala de foto de Raios x'!*

Ao contar a história de seu desenho, Beatriz destaca o hospital:

Beatriz [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Era uma vez, uma mulher grávida. E sua amiga, foi com ela pro hospital. E os médicos levaram ela para dentro. [...] Eles disseram que ela está grávida, que o bebê vai nascer hoje, que eles vão tirar o bebê e já vai levar ela pra dentro [...]... da sala.* Pesquisadora: - *Hum... qual sala que é?* Beatriz: - *A sala do... [...] a sala dos médicos.* Pesquisadora: - *E onde que o médico fica?* [...] Beatriz: - *Na base. [...] Na base dos medicamentos.* Pesquisadora: - *Ah... e esse monte de coisas aqui?* Beatriz: - *São os bancos... [...] o carrinho.* Pesquisadora: - *Para quê serve esse carrinho?* Beatriz: - *Pra levar pra dentro da sala dos médicos.*

No Desenho 5, apresentado a seguir, Beatriz representa o lugar onde se trata e restabelece a saúde, trazendo os elementos existentes e que são usados para esse fim.

Desenho 5 – Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Beatriz

Em meados do século XVIII, o cuidado em saúde passou a ter um caráter científico e isolado, perdendo a essência de carinho, prazer e relaxamento e institucionalizando a saúde, com o intuito de recuperar corpos produtivos (COELHO; FONSECA, 2005). Nesse contexto é que o lugar da saúde foi estabelecido.

Em relação ao significado, este vai sendo internalizado a partir de exemplos do que é saúde, apreendidos de um modelo de prevenção estabelecido nos espaços em que a criança se encontra e frequenta, mais uma vez trazendo Vigotski (2009a) para o debate de que as experiências da sociedade e da cultura acumuladas pela criança transformam o seu comportamento, fazendo-a ser, viver e se expressar de acordo com essa vivência histórico-social. Salientando que a criança, ao trazer essas falas, também está expressando algo que pode ter acontecido com ela própria no que diz respeito às ações de saúde em casa ou em outro lugar em que se restabelece a saúde.

Nicole, em sua fala, ressalta a utilização da maca para a realização de exames no restabelecimento da saúde, mas usa o termo *coiso de deitar* para nomear esse objeto:

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *E que nome que você pode dar pra esse desenho aqui?* [...] Nicole: - [...] *Doutor*. Pesquisadora: - [...] *Ele não está aí no*

desenho? Nicole: - Eu vou fazer ele [...] Isso aqui é o coiso dela deitar... Pesquisadora: - Hum? Nicole: - Isso é o coiso dela deitar. Pesquisadora: - O que é um coiso dela deitar? Como chama? Nicole: - Aquele coiso que tem papel! Pesquisadora: - [...] E parece com o quê essa coisa que tem papel? Nicole: - Não lembro. Pesquisadora: - Pra que serve? Nicole: - Pra deitar ela! Pesquisadora: - Pra fazer o quê? Nicole: - Pra vê o coração, a costa. Pesquisadora: - [...] E por que ela deitou aí? Nicole: - Porque ela tava com trêeis gripe, quatro!

Esse exemplo mostra como a criança ainda não tem conceitos formados em relação aos significados das coisas que querem ou precisam representar verbalmente. Assim, é na relação com o mundo, com os adultos que a cercam e com seus pares que a criança vai construindo esses conceitos, até que eles sejam de seu domínio (GÓES; CRUZ, 2006).

Em seu desenho (Desenho 6), Nicole faz a figuração do objeto utilizado pelo médico:

Desenho 6 – Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Nicole

Observa-se que, nos desenhos 5 e 6, as crianças figuram as *macas* existentes nos lugares onde suas personagens foram para realizar a consulta. Porém, a primeira figuração traz elementos que se remetem mais à realidade do que o segundo que é bem esquemático. Nos dois exemplos, percebe-se que não há o conceito formado para esse objeto, e as duas participantes utilizam nomes diversos para se referirem a ele: *carrinho* ou *coiso de deitar*.

Para Ferreira (2001), os desenhos refletem tanto a cultura quanto o desenvolvimento intelectual da criança, constituindo-se em um produto de sua atividade mental. Assim, quanto mais privilegiados forem os ambientes em que ela vive, mais capaz de realizar figurações e guardar imagens mentais ela terá.

Assim, Beatriz (Desenho 5) apresenta imagens mentais mais elaboradas do que Nicole (Desenho 6), o que é observado pela figuração do mesmo objeto, que é mais próximo à realidade no primeiro do que no segundo desenho. Provavelmente essa diferença surge das vivências diversas que têm essas crianças.

Em todas as falas que permeiam a presente unidade de análise, os sujeitos trazem essa visão biomédica da saúde, evidenciando que esse modelo ainda está muito presente na sociedade que despreza a dimensão histórico-cultural do ser humano, ao se esquecer de olhar para as suas instâncias afetivas, psicológicas e sociais.

Arouca (1987), ao se referir à saúde, entende que esta não se restringe somente e simplesmente ao remédio e ao hospital, mas pode significar o nível de qualidade de vida e também a ausência do medo da violência de uma população.

4.2 A significação da saúde como bem-estar de si e do outro

Em contraposição às ideias de modelo biomédico/biológico da saúde, que permearam os dados analisados na unidade anterior, a presente unidade de análise se organiza a partir de exemplos que significam a saúde como o bem-estar de si e do outro, vislumbrando outra perspectiva a partir de temas tais como: bom relacionamento, passeio/diversão/brincadeira, meio ambiente/natureza, alimentação saudável/exercícios físicos e ausência de violência.

Para Vigotski (1998), na operação com signos, há sempre uma ligação que cria uma nova relação entre o sujeito e o mundo e que age diretamente sobre o primeiro, tornando-se um ato mediado. A criança se desenvolve através da apropriação da cultura na mediação que estabelece com os seus pares ou com os adultos que a cercam. As significações que as crianças trazem sobre saúde também passam por esse processo de apropriação.

A Carta de Ottawa (BRASIL, 2002) traz o conceito de promoção da saúde como sendo a capacidade de controle do indivíduo e da comunidade de melhorar sua saúde e sua qualidade de vida, atingindo um bem-estar completo e entendendo a saúde como recurso para a vida.

Nas falas seguintes, é possível entender como as crianças constroem significados de saúde a partir dessa perspectiva de promoção da saúde, expressando, através dos personagens, um sentimento de solidariedade, de cultivar a amizade e o convívio em família:

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *E aqui estava todo mundo com saúde?* Dandara, balançando a cabeça, afirmando: - *Hum, hum!* Pesquisadora: - *Por quê?* Dandara: - *Porque eles gostavam um do outro. Aí, o planeta terra chama amigos!*

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Que história você pode me contar sobre esse desenho?* Isadora: - *Eu fiz o pai, a mãe, o cachorrinho, a filhinha, o cachorrinho da outra filhinha, que é essa daqui, a mãe e o pai. [...] E aqui vem o sol e as bandeirinhas.* Pesquisadora: - *Ah, tem bandeirinha aí?* [...] *Onde que eles estão?* Isadora: - *Eles estão na festa junina. [...] eles estavam [...] conversando.*

Beatriz [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Era uma vez, duas menininhas bonitas. [...] Aí, as duas, brincavam sempre juntas! No quintal.*

No desenho a seguir (Desenho 7), está representada a cena na qual Beatriz se referia acima, ao contar a história:

Desenho 7 – Desenho de uma criança com saúde elaborado por Beatriz

Nesse desenho, a criança apresenta um desenho esquemático mais próximo da realidade e representa a amizade entre as duas personagens, narrada na história que contou sobre o desenho. Destaca-se que figurou também o quintal onde elas se encontravam – local em que elas estabelecem esse relacionamento, significando saúde sob um novo enfoque.

Vigotski (2009b) afirma que, no segundo estágio do desenvolvimento do desenho, a criança precisa demonstrar relações entre as partes do desenho que ainda é esquemático, mas representam rudimentos da realidade, com uma disposição mais verossimilhante entre as partes dos objetos representados. Isso confirma o que Mukhina (1995) ressalta de que o desenvolvimento da criança não acontece de forma regular.

Com relação às falas anteriores no que tange à construção de significados de saúde, a partir da perspectiva de promoção da saúde, Arouca (1987) afirma que a Constituição de 1946 da OMS, ampliando os objetivos para o alcance de um estado de saúde mundial favorável, redefine a saúde para além da ausência de doença, mas como bem-estar físico, social e mental: é ter direito ao trabalho, à educação, à vestimenta, à informação de como transformar o mundo. Essa visão está refletida nas falas dos sujeitos que, ao serem indagados sobre a saúde, traduzem esse sentimento de bem-estar e de boa convivência.

É nesse sentido que a promoção da saúde vem como uma estratégia que traz mudanças tanto teóricas quanto práticas para a saúde pública e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, reconhecendo que a saúde é determinada pelos fatores socioambientais e pelo estilo de vida dessas pessoas (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

Assim, ao pensar em saúde, os sujeitos não deixam de significá-la, como crianças que são, através da brincadeira, do passeio e da diversão em geral, enquanto desenhavam ou contam suas histórias:

Pesquisadora [indagando sobre o desenho de uma criança com saúde]:
- E o que é que ele está fazendo aí nesse desenho? Lucas: *- Ele tava brincando!* Pesquisadora: *- E ele está feliz?* Lucas: *- Tava...*
 Pesquisadora: *- Por quê?* Lucas: *- Porque ele tava com saúde, forte, grande...*

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: *- Então agora você vai contar uma história sobre esse desenho que você fez, com começo e fim, tá bom?* Filipe: *- É uma moça com uma saúde. [...]*
 Pesquisadora: *- Mas, o que é que ele é? Menino ou menina?* Filipe: *- Menino.* Pesquisadora: *- Como ele se chama?* Filipe: *- Vinícius.*
 Pesquisadora: *- E o que é que ele está fazendo aí?* Filipe: *- Dançando.*
 Pesquisadora: *- [...] onde que ele está?* Filipe: *- No show.*

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: *- Então conte uma história, com começo e fim, desse desenho que você fez.* Breno: *- Ele foi passear numa floresta com o irmão [...] e só.* Pesquisadora: *- Quem que foi passear?* Breno: *- Eles dois.* Pesquisadora: *- É? Quem são, me fale os nomes deles.* Breno: *- O outro é Joãozinho... [...] E o grandão é o... hum... o irmão... [...]*
 Dele. Pesquisadora: *- E como chama o irmão do Joãozinho?* Breno: *-*

É Vitor. Pesquisadora: - [...] E o que eles foram fazer, mesmo? Breno: - Ele foi passear com o irmão lá na floresta. Pesquisadora: - O que é que eles foram fazer lá na floresta? Breno: - Brincar com os animais... [...] com o macaco, o elefante e os outros macaquinhos. Só.

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - [...] então agora, você vai me contar uma história sobre esse desenho [...] Com começo, meio e fim [...] João Pedro: - Uma menina com um menino. [...] Um dia eles estavam num barco, fazendo uma viagem. E eles estavam em pé no barco. E aí as águas... estava toda colorida. Pesquisadora: - Por que a água estava colorida? João Pedro: - Hum... por causa dos peixe, os peixe se juntaram [...] Aí, quando a menina viu, já tava chegando [...] Na praia. [...] Uma árvore nasceu no meio do mar, os peixes se juntou como amigos, a menina sorriu, a menina olhou debaixo da água com óculos de natação, olhou e olhou e chamou o menino... 'Ei!', chamou o menino pra ver a árvore. [...] E aí eles viram e foram nadar. [...] Na praia. [...] Aí eles foram lá, pegaram um barco, desceram, foram nadar. Depois que chegaram em casa, viveram felizes para sempre.

Nesses trechos, é notada a relação da saúde ao modo de vida e ao bem-estar do sujeito. Na Carta de Ottawa (BRASIL, 2002), um marco da estratégia de promoção da saúde, a saúde é vista como um recurso para a vida, sendo que a promoção da saúde prevê ao ser humano um bem-estar global.

Em seu desenho (Desenho 8), João Pedro utiliza várias cores vivas, com traços fortes e vai verbalizando, enquanto desenha duas crianças passeando felizes na praia.

Desenho 8 – Desenho de uma criança com saúde elaborado por João Pedro

Destaca-se que, em sua fala, João Pedro sobrepõe mais elementos do que no desenho que realizou, apresentando um pensamento imaginativo, ao contar sobre os peixes, a água colorida e sobre o que as personagens faziam, além de utilizar a expressão *viveram felizes para sempre*, significando saúde como bem-estar dos sujeitos.

Para Vigotski (2009b), a criação vai se desenvolvendo lentamente e é produto de experiências acumuladas ao longo da vida, existindo em cada período da infância de forma característica. Assim, há uma relação entre realidade e fantasia no mecanismo da imaginação, já que elas são inseparáveis e fazem parte do comportamento humano.

João Pedro, ao desenhar e contar sua história, traz elementos da realidade e da fantasia misturados, mostrando a intrínseca relação de ambas e organizando uma história que as comporte no assunto abordado.

As próximas falas se referem também à saúde como o bem-estar e a liberdade de estar em um ambiente saudável e alegre.

Túlio [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Ele está num campo...* Pesquisadora: - [...] *O que é que tem nesse campo?* Túlio: - *Passarinho, árvore e uma flor.* Pesquisadora: - [...] *E ele está feliz, aí?* Túlio: - [...] *Ele está sorrindo. [...] Por causa que ele está vendo tudo os passarinhos.*

Dandara [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *É... Era uma vez uma menina que morava num jardim com sol. Tinha muitas flores e um cachorrinho... e tinha coelhos, aranhas e uma casa!*

Maurício [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Começou a chover...* Pesquisadora: - *Que chuva forte, hein?* Maurício: - *Não era forte, eram só uns pinguinhos pra molhar a terra... [...] O passarinho jogou uma sementinha aqui. [...] Caiu na terra, aí cho... não tá chovendo?* Pesquisadora: - *Está!* Maurício: - *Aí, quando parou de chover... [...] Nasceu a flor!*

O desenho de Maurício, a seguir (Desenho 9), representa a relação da saúde com a natureza, à qual se referira ao contar a história do mesmo.

Desenho 9 – Desenho de uma criança com saúde elaborado por Maurício

Maurício, em sua figuração, traz os elementos que reafirma em sua história; apresenta um desenho esquemático, porém inteligível quanto à ideia de relacionar a saúde com a natureza, além de trazer também elementos que conhece de suas vivências, como o coqueiro, planta que se cultiva na terra natal de sua mãe – a Bahia. A figuração desses elementos corrobora o que Ferreira (2001) salienta, como já foi discutido, em relação à representação do desenho como sendo carregada de significados que refletem a cultura e o desenvolvimento intelectual da criança; por isso quanto mais contato a criança tiver com a cultura, mais realizará desenhos a partir das imagens mentais que guardou.

Ainda no que se diz respeito às significações sobre saúde, segundo Arouca (1987), ter saúde é ter direito a um meio ambiente que conceda uma vida digna e decente às pessoas; a um sistema político que respeite a livre opinião, organização e autodeterminação de um povo, proporcionando dignidade.

Essa dignidade se estende ao direito à alimentação, à consciência do cuidado com o corpo através dos exercícios físicos, elementos também presentes nas falas das crianças.

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *E ele gostava de ficar no jardim?* Maurício, balançando a cabeça positivamente: - *Hum, hum...* Pesquisadora: - *Por quê?* Maurício: - *Porque... é porque quando ele chegava lá no pé de coco, ele pegava a escada dele que ele mesmo fez e pegava um pouco de coco pra beber e comer o coco que tem dentro.*

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Acabou?*
 Luísa [procurando um espaço para desenhar o personagem]: - *Não dá pra fazer o porquinho mais!* Pesquisadora: - *E o que é que está faltando?* Luísa: - *Ele... aqui; ele aqui, ó, assim, sabe por quê? Porque ele está com o saquinho de fruta pra ele comer... [...] Deixa eu tentar fazer ele aqui, ó!*

Breno [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Ele foi na praia comprar um sorvete. [...] E ele comeu pastel.*

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Conte uma história sobre o desenho; você lembra sobre o que é que eu pedi você desenhar?* Lucas: - *Um menino com saúde.* Pesquisadora: - *Mas conte a história do desenho sobre esse menino bonito que você fez.* Lucas: - *[...] aí ele começou a comer coisa boa e aí ele... ele ficou com saúde. [...] ele comeu bastante coisa, ficou forte... é... ficou com saúde...* Pesquisadora: - *Hum! Que mais?* Lucas: - *É... cresceu... ficou grande... forte...* Pesquisadora: - *Por quê?* Lucas: - *Porque ele comeu bastante alimento.* Pesquisadora: - *Hum, muito bem! E que nome você pode dar pra esse desenho?* Lucas: - *O menino que comeu bastante coisa e ficou com saúde.* Pesquisadora: - *Mas ele comeu o quê, pra ficar com saúde?* Lucas: - *Comeu arroz, feijão, macarrão, espinafre, salada... [...] Tomate... frutas... laranja, uva, mexerica...* Pesquisadora: - *E aí?* Lucas: - *Ele ficou forte e cresceu e ficou com saúde...*

Isadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Eles estão na festa junina. [...] comendo comida e conversando.* Pesquisadora: - *Lá na festa?* Isadora: - *É. E eles comemoraram.* Pesquisadora: - *O que é que eles estavam comemorando?* Isadora: - *O dia do aniversário da Gabriela e da Camila. [...] Tem feijoada... algodão doce, pipoca, carne, arroz, feijão, macarrão, carne moída... [...] Mel...*

Dandara [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Esse jardim tinha... [...] tinha muito sol! [...] Também tinha uma bola. Uma bola de futebol... [...] O menino tava jogando futebol.* Pesquisadora: - *Hum...* Dandara: - *Vou fazer um menino jogando bola... ele é um menino!* Pesquisadora: - *E o que ele está fazendo lá?* Dandara: - *Jogando bola no rio.*

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Ah, o que é que você desenhou aqui, conta para mim? [...] Tarcísio: - Uma criança.* Pesquisadora: - *[...] E o que é que ela está fazendo aí?* Tarcísio: - *Ela está indo perto da árvore...* Pesquisadora: - *O que ela ia fazer perto da árvore?* Tarcísio: - *Sentar.* Pesquisadora: - *E por que é que ela ia sentar perto da árvore?* Tarcísio: - *Pra descansar.* Pesquisadora: - *Ah! Ele está cansado? [...] O que é que ele fez?* Tarcísio: - *Ele andou de bicicleta. [...] Aí, ele foi... [...] ele foi jogar*

bola, um pouquinho. Enquanto espera o almoço. [...] A bola dele estava bem aqui. A bola dele era cheia de bolinhas.

Nas falas anteriores, assim como em tantas outras falas apresentadas nesta pesquisa, observa-se a construção do pensamento da criança, a partir do diálogo da pesquisadora com os participantes, incentivando-os a falar sobre o tema saúde. Segundo Vigotski (2009a), o desenvolvimento do pensamento humano é alavancado pela linguagem, através dos signos e significados e pela experiência culturalmente acumulada pelo sujeito; esse caráter histórico-cultural do pensamento verbal guiará o seu comportamento. Assim, é nessa mediação que a criança vai ressignificando suas vivências sobre saúde. Gonçalves (2002) corrobora afirmando que o papel do adulto torna-se fundamental à medida que permite o acesso a esses instrumentos mediadores, dando à criança o acesso à palavra e a outros instrumentos da cultura.

Em seu desenho (Desenho 10), Tarcísio apresenta um personagem jogando bola, se exercitando, demonstrando a importância de poder usufruir de um ambiente digno e com saúde, como se observa a seguir.

Desenho 10 – Desenho de uma criança com saúde elaborado por Tarcísio

O desenho de Tarcísio apresenta uma figuração avançada no que diz respeito aos estágios do desenho, pois apesar de trazer um desenho plano, sem perspectiva, já está se

desfazendo dos esquemas e figurando com muito mais verossimilhança as suas personagens. É como se Tarcísio transitasse pelos segundo e terceiro estágios. (VIGOTSKI, 2009a).

Tarcísio consegue se fazer entender, representando o personagem em uma brincadeira de bola com seus animais.

Outra dimensão importante apreendida nesta unidade de análise, sobre significados de saúde, é a ausência de violência que passa pela significação das crianças, tema que Arouca (1987) discute levando em conta o conceito ampliado de saúde, que diz respeito a viver de forma digna e sem medo da miséria, do ataque, do roubo, dos desmandos do governo ou de uma guerra exterminadora. Na visão dos participantes da pesquisa, essa dimensão é retratada a partir do respeito com a criança, da superação – ainda que incipiente – da falta de condições dignas de vida ou através de um conto de fadas, em que a criança significa o bem-estar e a felicidade depois de uma dificuldade superada; tudo guiado pela imaginação que, segundo Vigotski (2009b), é uma recriação das vivências que as crianças reelaboram com algum novo elemento, nesse caso, a significação da saúde.

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - [...] *Então, agora, eu quero que você conte uma história sobre esse desenho, com começo e fim.* Olívia: - [...] *ela era uma princesa. Aí, o príncipe chegou lá e beijou ela; aí eles foram morar num castelo, um dia a bruxa pegou ela.* Pesquisadora: - *Hum...* Olívia: - *Até que ela pôs uma mão no espinho, até que ela morreu, mas aí o príncipe beijou ela de uma vez...* Pesquisadora: - *E aí?* Olívia: - *Ela acordou. [...] Eles estão no castelo. [...] Eles ficaram felizes para sempre.*

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - [...] *Então, agora, você vai me contar uma história, com começo e fim, sobre esse desenho que você fez.* [...] Carolina: - [...] *Era uma árvore [...] ela tava seca. [...] E aí um dia ela começou a crescer e aí a chuva veio e quando a chuva veio, ela começou a ficar dura e a árvore caiu! [...] E a menininha ficou assim ó, ela ficou chorando. E quando a menininha chorou, a árvore [...] caiu de volta e não voltou mais. Aí a menininha ficou com medo.* Pesquisadora: - *Com medo do quê?* Carolina: - *Que ela morava debaixo da árvore...* [...] *Ela não tinha casa.* Pesquisadora: - *Porque ela não tinha casa?* Carolina: - *Porque a menina, ela era pobre e aí ela não tinha condições de fazer uma casa e ela... a casa dela caiu.* Pesquisadora: - [...] *e aí ela... o que aconteceu com a menininha?* Carolina: - *Aí a menininha ficou chorando e ela falou assim: 'Aonde que eu vou viver... a única casa que eu tinha caiu!'* [...] *Aí o vizinho pegou e falou assim: 'Então você vai morar comigo, agora!'* [...] *Aí a menininha pegou e falou assim: 'Ah, obrigado...', pro vizinho, '...você é muito legal. Então, agora quando eu crescer eu vou trabalhar e eu vou te dar muito dinheiro, porque você morou junto comigo e você me deu a sua casa!'*

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *O que é que você fez aí nesse desenho?* Letícia: - *Um menino com saúde.*
 Pesquisadora: - *E como que ele está aí?* Letícia: - *Ele está bem...*
 Pesquisadora: - *Por quê?* Letícia: - *Porque ninguém... ninguém fez nada com ele.* Pesquisadora: - *Ninguém fez o quê, com ele, por exemplo?* Letícia: - *Não bateu nele.*

No desenho (Desenho 11) ao qual Letícia se refere, como se observa a seguir, é evidente a representação sobre uma criança alegre e sem medo, elaborado ao ser solicitado que ela desenhasse *uma criança com saúde*.

Desenho 11 – Desenho de uma criança com saúde elaborado por Letícia

Apesar da simplicidade de seu desenho, Letícia consegue, através da figuração, exprimir uma pessoa alegre, sem medo, demonstrando o quanto as figurações infantis vêm carregadas de significados apreendidos em suas vivências na cultura.

Ferreira (2001) afirma que a criança pré-escolar, ao se relacionar com os adultos e com objetos em sua vida, amplia sua consciência e apropria-se desses significados na realidade em que está inserida.

Assim, segundo Arouca (1987), a saúde também se traduz na ausência do medo de uma população que tem direito à qualidade de vida e à dignidade, não se restringindo simplesmente ao remédio e ao hospital. Nesse sentido as crianças trazem consigo essa

significação da saúde de forma ampliada e isso deveria ser aproveitado pelas escolas numa perspectiva de educação em saúde.

4.3 A relação entre a saúde e o cuidado

A saúde e o cuidado são intrínsecos, porquanto, através das falas dos sujeitos, percebe-se essa relação no que compreende os cuidados da família, os cuidados médicos, os cuidados com o outro – adulto, criança, animal, o autocuidado – incluindo aí os cuidados com a saúde bucal, o cuidado com o meio ambiente e a natureza, em situações de enfermidade e também relacionado ao bem-estar das crianças sempre com o foco na questão da saúde. Esta relação apareceu tanto no primeiro momento da construção dos dados – quando se solicitou que desenhassem uma criança com saúde, quanto no segundo momento – que desenhassem alguém cuidando da saúde da criança.

Para Newman e Holzman (2002), o foco da investigação psicológica nunca está somente no objeto, mas, em tudo o que está a sua volta; sendo assim, a unidade de estudo não é o indivíduo, mas a “interface pessoa-ambiente” ou o “cenário” de investigação. Dessa forma, ao estudar o que as crianças pensam e como significam saúde, não só o objeto “saúde”, mas tudo o que se relaciona a ele se torna importante para a investigação. A presente unidade de análise vem exemplificar essa relação saúde-cuidado.

Pode-se entender essa relação na fala de Dandara e de Luísa:

Pesquisadora [sobre o desenho de ~~uma~~ alguém cuidando da saúde da criança]: - *Então, agora [...] eu queria que você, para terminar, contasse a história sobre esse desenho, com começo e fim.* Dandara: - *Essa menina ela chama-se mãe. É uma mãe! Esse é o pai! [...] Essa é a filha e esses são os planetas das crianças, aí tinha uma flor no planeta. [...]* Pesquisadora: - *E o que é que eles faziam?* Dandara: - *Aí eles ficaram com uma casa colorida. É a casa, o planeta.* Pesquisadora: - *O planeta é a casa?* Dandara, balançando a cabeça, afirmando: - *Hum, hum! [...]* *Aí tinha as crianças que eles cuidavam e tinha saúde aqui. Aí eles cuidavam das crianças no planeta. [...]* Pesquisadora: - *[...] E as crianças o que elas eram deles mesmo?* Dandara: - *Elas são, são, são, é... deixa eu ver... são amigos deles.* Pesquisadora: - *Ah, mas elas não têm pai, nem mãe?* Dandara: - *Elas têm. [...]* *Mas eles foi, eles foi no show e deixou elas com eles...*

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *[...] Então agora você vai dar um nome para esse desenho. Como é que se chama esse desenho que você fez?* Luísa: - *Saúde, eu vou dar. [...]* *Eu vou dar o nome de 'Saúde'.* Pesquisadora: - *Saúde? Por quê?* Luísa: - *Ah, porque a mãe tá cuidando dela, assim, essas*

coisas, entendeu? Pesquisadora: - *Hum. Luísa: - Saúde pras crianças!*
 Pesquisadora: - *Como chama?* Luísa: - *'Saúde pras crianças'.*

Essa relação entre saúde e cuidado é clara quando Dandara diz [...] *Aí tinha as crianças que eles cuidavam e tinha saúde aqui. Aí eles cuidavam das crianças no planeta.* Para Coelho e Fonseca (2005), é o cuidado que mantém a vida através dos atos de humanidade; existe cuidado desde que existe vida humana. O cuidar está presente desde os primórdios da humanidade que dele lançava mão, ou para perpetuar a vida ou para afastar a morte.

A concepção ampliada de saúde, segundo Sícoli e Nascimento (2003), define uma estratégia que envolve princípios entre outros de intersetorialidade, participação social, ações multiestratégicas. Esses princípios implicam a participação das pessoas de vários setores da sociedade na saúde; essa participação envolve o outro numa dimensão de cuidado e de apoio. Candeias (1997), ao falar em promoção da saúde, traz a importância desse apoio dos serviços de saúde, da educação e das organizações sociais, políticas e econômicas, agindo intersetorialmente, num movimento que conduz à saúde.

As crianças deixam clara essa perspectiva de cuidado, refletindo a sua relação com a saúde numa perspectiva ampliada e significam essa relação a partir de algumas vivências que já tiveram.

Ao serem solicitadas a contar suas histórias baseando-se nos desenhos que fizeram, as crianças vão construindo significações acerca da saúde sempre pautadas em suas vivências anteriores. Porém, mesmo que a criança utilize palavras adultas para se comunicar, os pseudoconceitos – a forma de conceituação na criança pequena – são construídos de forma totalmente diferentes dos significados das palavras já concebidas no adulto; nesse sentido, a criança aprende a sua língua através da atividade de significar (NEWMAN; HOLZMAN, 2002). Dandara, por exemplo, vai construindo relações entre as personagens e os lugares em que elas estão bem como os relacionamentos entre elas para significar a saúde. Ainda lança mão da palavra *planeta* para significar a amplitude com que a saúde é tratada e a sua importância.

A fala a seguir mostra que a saúde se reconstitui por meio de cuidados médicos e de cuidados da família na saúde da criança e, nesses últimos, percebe-se a dimensão afetiva/emocional.

Nicole [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *O médico cuidou dela, depois ela foi pra casa, depois ela ficou internada, depois ela ficou boa de novo e saiu pra rua.* Pesquisadora:

- *E você acha que só o médico pode cuidar da Jocasta?* Nicole: - *A mãe também. [...] A mãe-médico...* Pesquisadora: - *[...] Como é que é mãe-médico?* Nicole: - *Que cuida da saúde também. [...] Do coração... [...]*

A infância, segundo Dantas (1992), é caracterizada por uma fase emocional prolongada, pautada na história que constitui a espécie humana; nesse sentido, o afeto provisiona o que o ser humano é técnica e instrumentalmente incapaz de fazer.

Nesse sentido, a fala de Francisco destaca o papel da mãe no cuidado pessoal.

Francisco [sobre o desenho de uma criança com saúde, fala rindo]: - *Quando eu era pequeno, eu não tinha dente, mas eu escovava com a escova pequena... mas aí eu chupava a escova... e aí minha mãe me ensinava. [...] Aí ela fazia assim, ó: 'tic, tic, tic, tic...' e depois eu fiz um gargarejo e fui chupando a torneira!* Pesquisadora: - *[...] É? E o que mais está acontecendo nesse desenho? Quem é esse menino?* Francisco: - *Eu. [...] Escovando os dentes. [...] Quando eu chupo picolé, que que acontece? [...] O meu dente suja em baixo, em frente, atrás... [...] Aí, depois eu faço um gargarejo...*

No desenho de Francisco apresentado a seguir (Desenho 12), a partir do qual compôs sua história, a figuração é de uma pessoa escovando os dentes. Observam-se os elementos que compõem a cena, como a torneira, a pia, a criança escovando os dentes, a soleira da porta do banheiro. Ao contar a história, o sujeito se refere ao cuidado da mãe com o filho.

Desenho 12 – Desenho de uma criança com saúde elaborado por Francisco

Esse desenho é bem esquemático e representa o primeiro estágio de desenvolvimento do desenho, em que Francisco desenha de memória. Segundo Vigotski (2009b), o caráter e o conteúdo do tema não interferem na representação que se vincula à evolução dos estágios do desenho. Dessa forma, o autor afirma que a criança, nessa fase, não se preocupa em fazer com que o desenho se pareça com algo, fazendo apenas indicações superficiais sobre o objeto que quer representar.

Observam-se essas características no desenho de Francisco, o qual parece menos preocupado em representar um desenho inteligível do que estabelecer as significações acerca do tema proposto, figurando elementos esquemáticos e pouco compreensíveis. Mas a ideia da mãe cuidando do filho, embora não se configure no desenho, foi trazida pela história que contou a partir do desenho.

Coelho e Fonseca (2005) afirmam que, ao longo dos tempos, o cuidado, por causa da maternidade, constituiu uma relação com o feminino e era tarefa das mulheres que se comportavam com semelhança aos animais, principalmente na hora do parto. É curioso perceber como a criança, para ressignificar o cuidado em saúde, utiliza exemplos com os animais e também com crianças, explicitando a sua preocupação com aquele que não consegue se cuidar sozinho, traduzindo uma preocupação maternal.

Túlio [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Ele queria pegar um pássaro.* Pesquisadora: - *Ah, pra quê?* Túlio: - *Pra ver qual é a mãe do passarinho...* Pesquisadora: - *Pra que é que ele quer achar a mãe do passarinho?* Túlio: - *É porque o passarinho está triste! [...]* *Ele queria que a mãe ficava cuidando dele [...]*

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Então, o que está acontecendo aqui?* Olívia: - *Porque, quando eu nasci, aí ela ficou feliz.* Pesquisadora: - *E o que ela fazia?* Olívia: - *Fazia comida... aí, eu conseguia andar, quando eu estava mais grandinha...* Pesquisadora: - *Então quem é essa aqui, mesmo?* Olívia: - *Minha mãe chama Gisele [...]* Pesquisadora: - *Hum... e quem é essa pequenininha, aqui?* Olívia: - *Sou eu.* Pesquisadora: - *E o que você está fazendo aqui?* Olívia: - *Ela tava me segurando, eu tava no braço dela.* Pesquisadora: - *Ah, que legal. Por que é que ela estava lhe segurando?* Olívia: - *É porque ela gostou de mim, aí ela ficou segurando eu.* Pesquisadora: - *Que mais que ela fazia?* Olívia: - *Fazia comida para mim, eu sentava no banquinho, sozinha... aí, eu comia macarrão, sozinha, no prato. [...]* *Ela me dava e eu comia tudo, aí depois eu pedia mais.*

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Então, conte uma história, com começo e fim sobre esse desenho.* Túlio: - *A menina e o menino estavam brincando em uma*

pracinha; o menino machucou a perna e aí ela levou o menino pra casa dele pra falar pra mãe. [...] Pesquisadora: - E que jeito que ele machucou a perna? Túlio: - Ele estava brincando com ela de pique-pega, ele escorregou e caiu. Pesquisadora: - E ele estava brincando com a menina? Túlio: - É. Pesquisadora: - E o que é que eles são? Os dois? Túlio: - Amigos! Pesquisadora: - E o que é que a menina fez, quando ele machucou? Túlio: - Segurou na mão dele e levou para a casa da mãe. Pesquisadora: - Da mãe dele? Túlio: - É. Pesquisadora: - Ah... e o que é que ela falou para ele? Túlio: - Que ela ia levar na mãe dele pra contar tudo. Pesquisadora: - Pra contar o que tinha acontecido? Túlio: - É. Pesquisadora: - E ele? O que é que ele fez? Túlio: - Nada!

Lívia [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Aí a mamãe passou a mãozinha assim na filha e o papai passou a mãozinha com carinho, assim, no filho. Pesquisadora: - Como é que ele fez? Lívia: - Carinho! Pesquisadora: - Por quê? Lívia: - Porque... a filhinha estava com febre e o filhinho estava com dor de cabeça.*

No desenho a seguir, Lívia apresenta a figuração de uma família (Desenho 13), verbaliza sua história, trazendo a união e o carinho dos pais para com seus filhos como o cuidado na saúde dessa família; observa-se que todos os personagens estão de mãos dadas.

Desenho 13 – Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Lívia

Ferreira (2001) afirma que a fusão da imaginação e da figuração com a realidade cotidiana da criança compõe o desenho percebido por ela, mediadas pela linguagem. Vigotski (2009b) salienta a importância de a criança ter liberdade em sua criação artística, pois ela é uma condição fundamental para qualquer tipo de criação, inclusive o desenho.

Lívia demonstra, ao desenhar sua família para significar o cuidado em saúde, uma liberdade ao representar elementos que não se relacionam ao tema, mas que compõem a cena figurada; nesse exemplo, ela desenha um guarda-chuva em forma de um animal, deixando fluir essa liberdade. Mas o afeto e o apego aos pais parecem se destacar.

A criança pequena, segundo Wallon (1979), possui uma inaptidão para realizar qualquer atividade e, por essa razão, precisa que os adultos intervenham em seus desejos e necessidade; ela realizará gestos espontâneos às reações afetivas desses adultos e estabelecerá conexões com o meio em que está inserida. Assim, paulatinamente, irá transformando suas necessidades fisiológicas em reações de compreensão e de expressão, o que acarretará em manifestações intencionais em relação a quem ela sabe que irá lhe atender. Para Vigotski (1998), a partir dessas relações é que a criança começa a construir significados e atribuí-los às coisas, às ações, aos gestos e às palavras.

Não só o cuidado materno passa pela significação das crianças; também o pai é um cuidador da saúde da criança:

Lívia [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Nós vamos no Shopping... comprar o sapato do meu irmão e a roupa da minha mãe e minha roupa e a roupa da minha irmã. [...]*
 Pesquisadora: - *Quem que é esse?* Lívia: - *Esse daqui é o papai.*
 Pesquisadora: - *Hum...* Lívia: - *Agora eu vou fazer a perna... agora é o filhinho segurando na mão do papai.*

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Então, agora, conte uma história, com começo e fim sobre esse desenho.* Filipe: - *Aí eles fica para sempre.* Pesquisadora: - *Como assim?* Filipe: - *Para sempre por causa da história.* Pesquisadora: - *Ah, quem que fica para sempre?* Filipe: - *Os dois.* Pesquisadora: - *Quem são os dois?* Filipe: - *O papai e a filhinha. [...]* *Aí ele vai cuidar da filhinha... é, todo dia.* Pesquisadora: - *Conta mais.* Filipe: - *Aí ele vai fazer uma casa... [...]* *pra ele e pra ela. [...]* *O pai cuidando da criança.* Pesquisadora: - *Onde que eles estão?* Filipe: - *No bosque.* Pesquisadora: - *E o que é que eles estão fazendo no bosque?* Filipe: - *Estavam comprando comida.*

Essa última fala em que Filipe diz: *Aí eles fica para sempre*, exemplifica a criança imitando o que ouve do adulto, utilizando frases e palavras em suas histórias, o que faz com que os pensamentos adulto e infantil pareçam idênticos, porém eles não o são.

Para Vigotski (2009a), não se trata de pensar que o pensamento adulto está presente no pensamento da criança como semente; porém, de acordo com seus experimentos, se não fosse a influência das palavras adultas, desde cedo, os complexos da criança teriam uma trajetória totalmente diferente daquela dos conceitos adultos, o que tornaria impossível a comunicação verbal.

Filipe talvez quisesse dizer *eles viveram felizes para sempre* e foi construindo sua fala, com o auxílio da pesquisadora, nessa direção.

Outro exemplo em que se destaca a forma como a criança constrói os conceitos espontâneos está na fala de Francisco.

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Agora, dê um nome para esse desenho.* Francisco: - *‘Uma folha desenhada’, que tal?* Pesquisadora: - *Mas, o que está desenhado na folha?* Francisco: - *Eu, escovando o meu dente.* [...] Pesquisadora: - [...] *E o que é que tem no desenho?* Francisco: - *É eu fazendo a minha dieta saudável no banheiro.* Pesquisadora: - *O que é dieta saudável?* Francisco: - *Dieta saudável é quando agente escova os dentes e cuidando.*

Nessa idade as crianças se utilizam dos pseudoconceitos que se orientam através da semelhança visível e concreta entre os objetos e são um complexo associativo caracterizado por um determinado tipo de conexão perceptual (VIGOTSKI, 2009a).

Góes e Cruz (2006) afirmam que a criança está apenas iniciando o seu processo de desenvolvimento quando ela aprende uma palavra nova; seus processos mentais de abstração e generalização vão progredindo, ao passo que se depara com uso dessa palavra em novas situações, mas que ainda não são conceitos verdadeiros.

Pode-se notar essa construção quando Francisco usa a palavra *dieta saudável* para se referir à saúde bucal, provavelmente ouvida e aprendida em sua vida diária, mas sem consciência do conceito que está por trás dessa palavra.

Em outro exemplo, a criança dá o nome de *dengue* à cárie dentária, relacionando-a com a falta de saúde bucal e mostrando que o seu conceito de dengue não é aquilo a que realmente ele quer se referir:

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Como que a gente sabe que eles estão com saúde aí?* João Pedro: - *Porque se a... depende dos dente. Quando eu vi uma história na classe [...],*

eu vi sobre os dentes. A... é dengue que entra. [...] Dengue com... [pausa] Dengue carrega formiga, sabia? Pesquisadora: - É? Que jeito? [...] João Pedro: - [...] Coloca em cima das costas e aí vua! [...] Um... ummm... entra, os dentes fica tudo separado, molinho! [...] Tudo pra esse lado. (Continuou pintando)

Góes e Cruz (2006) apontam que os conceitos espontâneos são elaborados nas situações e relações cotidianas; Newman e Holzman (2002) corroboram afirmando que sua aprendizagem pela criança não é consciente, pois ela faz uso dos mesmos com muita facilidade, mas sem a consciência de que existam “conceitos”. Já os conceitos científicos têm um caráter consciente, com definições verbais claras e são aprendidos na escola, fazendo parte de um sistema de conhecimento acadêmico (NEWMAN; HOLZMAN, 2002).

Observa-se que João Pedro está começando a construir conceitos baseados naquilo que é aprendido na escola; porém, ainda utiliza conceitos espontâneos para se expressar, ainda não elaborou conceitos científicos que, segundo Vigotski (2009a), serão o resultado final nessa formação de conceitos.

Ainda em relação ao cuidado em saúde, em contrapartida às falas anteriores, na visão de Miguel, quando não há quem cuide da criança, essa pode perecer e até morrer.

Miguel [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - [...] ele ficou com a perna quebrada e depois quebrou a outra perna. Ele ficou com as duas pernas quebradas e quebrou as duas mãos. [...] Ele ficou andando assim, ó, sem mão e sem a perna, assim, ó. [...] Aí depois ele ficou andando de cadeira de rodas, nem dava certo para ele comer, era a mãe dele que dava comida para ele. [...] Aí depois, ficava dando comida, aí ele tossiu, aí... ‘Pá’! Deu um tiro... atirou assim na... [...] Na mãe dele, assim, ó. Pesquisadora: - Na mãe dele? Miguel: - É. Aí passou daqui, aí atravessou e a mãe dele caiu, assim... ‘Pá’! Pesquisadora: - E o que é que ela estava fazendo? Miguel: - Dando comida para o João, que quebrou as pernas e os braços. Pesquisadora: - [...] E o que é que aconteceu? Miguel: - Aí o João ficou sozinho e sem ninguém! E, aí, a família tudo dele morreu... o irmão morreu de cárie no dente... [...] Aí, depois alguém deu soco nele e morreu ele. [...] Morreu.

E, nesse caso, o cuidado em saúde se torna primordial, pois é de extrema importância para o sujeito em situações de risco.

Os cuidados primários em saúde integram o sistema de saúde de um país, sendo o primeiro nível de conexão entre esse sistema e as famílias e comunidades, levando o cuidado em saúde o mais próximo de seus trabalhos e de suas casas, sendo constituinte do contínuo processo de assistência à saúde, principalmente dos mais necessitados (UNICEF, 1979).

Miguel significa a saúde em relação ao cuidado materno, focando na falta que faz a mãe. Pode-se ampliar aqui para a solidão das pessoas que ficam à mercê de atendimentos em saúde que não se preocupam com a integralidade do indivíduo, numa perspectiva de promoção da saúde, em que o sujeito é ator nesse processo, tendo condições de atuar com consciência e criticidade ante sua própria existência. Observa-se também como Miguel constrói seu pensamento em relação a esse tema, fazendo aglutinações de várias situações para explicar a questão da morte por falta do cuidado na saúde.

Aqui há um exemplo de pensamento por *complexo em cadeia* que apresenta a factualidade e a concretude dessa forma de pensamento; nesse tipo de complexo a criança relaciona elementos isolados que aleatoriamente lhe chamam atenção; cada elemento que ela inclui passa a ser importante tanto quanto o primeiro; não há hierarquia e vão se unindo de forma dinâmica pelos significados que têm para a criança (VIGOTSKI, 2009a).

Falando de *cuidado* surge a ideia de cuidado com a natureza e com o meio ambiente, várias crianças trazem suas significações que são exemplificadas nas falas a seguir:

Beatriz [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Aí, elas plantaram uma sementinha. [...] No quintal.* Pesquisadora: - *[...] O que elas plantaram, mesmo?* Beatriz: - *Amarelo com laranja e roxo com marrom e rosa.* Pesquisadora: - *Ah! E o que são essas aqui?* Beatriz: - *Flores.* Pesquisadora: - *Por que é que elas plantaram flores?* Beatriz: - *Porque elas gostavam muito.* Pesquisadora: - *Hum... e para que elas queriam plantar essas flores?* Beatriz: - *Pra enfeitar o jardim. [...] Elas estavam brincando e regando. [...] cresceram lindas flores no jardim dela.*

Lucas [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Também ele foi... ele plantou feijão, arroz... [...] Plantou arroz, feijão, também é... amora, pé de amorinha... [...] Pé de banana...* Pesquisadora: - *Hum... E ele plantou tudo isso? [...] E ele plantou sozinho?* Lucas, *balançando a cabeça, afirmando*: - *Depois jogou água, aí... bum! Acabou!* Pesquisadora: - *Jogou água e acabou?* Lucas: - *Jogou água nas plantas e... acabou!*

Maurício [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *Ele estava no jardim da casa dele. [...] Olha, ele plantou um pé de coco. Um pé de coco que é esse daqui. [...] Aí, as outras árvores eram um pé de feijão e um pé de arroz...*

No desenho de Maurício (Desenho 14) representado a seguir, observam-se a personagem e o coqueiro aos quais se referira em sua fala.

Desenho 14 – Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Maurício

Novamente, em relação ao cuidado com a natureza, que faz parte da concepção ampliada da saúde, a criança desenha esquematicamente e, como já foi mencionado, traz elementos que conhece de suas vivências, como o coqueiro, árvore que se cultiva na terra natal de sua família. Aqui, novamente, a representação do desenho vem significando o reflexo da cultura e o desenvolvimento intelectual da criança; ela tanto mais realizará desenhos e guardará imagens mentais quanto mais contato tiver com a cultura (FERREIRA, 2001).

Maurício, nos dois desenhos que fez, traz a figura do coqueiro no jardim em que se encontra seu personagem, e isso mostra que tem imagens mentais guardadas que auxiliam em sua figuração.

Também é interessante notar que, ao nomear as personagens, Maurício utiliza palavras aprendidas de suas vivências cotidianas, como *pé de coco*, *pé de feijão*, *pé de arroz*. Isso demonstra o processo de formação de conceitos espontâneos, aprendidos de forma não consciente, porém utilizados de forma fácil e corriqueira (NEWMAN; HOLZMAN, 2002).

Já Lívia, através da história sobre o cuidado com as plantas e os animais, ressignifica a saúde também a relacionando ao cuidado com a natureza e com o meio ambiente:

Pesquisadora [sobre o desenho de uma criança com saúde]: - *O que está acontecendo, aí?* Lívia: - *É que a menininha, ela estava olhando a árvore que estava cheia dessas frutinhas. Aí, ela viu as borboletas e os passarinhos... [...] Aí, ela ficou sorrindo porque ela adorou os*

passarinhos e as borboletas e a árvore. Pesquisadora: - Sei... mas o que é que ela estava fazendo, olhando essa árvore e os bichinhos? Ela ia fazer alguma coisa? Lívia: - Não, ela ia pegar a frutinha e cuidar [...] Pesquisadora: - Ah... E o que mais? Lívia: - Aí, a borboletinha sorriu porque ela estava muito alegre e ela também estava muito alegre, cuidando da natureza... Pesquisadora: - Ah... e por que ela cuidava da natureza? Lívia: - Porque ela gostava. [...] de pegar, dar comidinha, dar água... Pesquisadora: - Para quem? Lívia: - Para os... para as borboletas [...]

Levando em conta a integralidade do cuidado humano em saúde, Waldow (2008) entende esse cuidado como uma forma de viver, de ser e de se expressar ética e esteticamente em conformidade com o mundo, promovendo potencialidades, dignidade e espiritualidade aos sujeitos, através da preservação da natureza e do bem-estar comum, da construção da história e do conhecimento da humanidade.

Assim, é de suma importância que as práticas de cuidado em saúde também sejam vistas por uma perspectiva de promoção da saúde, resgatando as singularidades sem se perder a totalidade do sujeito, numa perspectiva de integralidade e de uma forma ampliada.

4.4 A ação do adulto ou do outro na saúde da criança

Essa unidade retoma as três primeiras no sentido de explicar a ação do adulto ou do outro (o médico, a mãe, o pai, a babá, os irmãos mais velhos ou um amigo) na saúde da criança, relacionada tanto a uma perspectiva biomédica em que o sujeito significa a saúde como a alimentação através da imposição, da insistência ou da contrariedade (como em Luísa e Maurício), ao tratamento de saúde em lugar específico (como em Olívia, Beatriz e Francisco) e à questão do risco à vida pela falta de cuidado (como em Letícia e Miguel), quanto à perspectiva de promoção da saúde através da educação em relação à alimentação saudável (como em Isadora e Tarcísio), do cuidado à saúde como direito e necessidade básica das pessoas e forma de bem-estar (como em Isadora, Tarcísio, Otávio, Lucas, Isabela e Dandara) da proteção à integridade e à saúde (como em Carolina, Dandara, Maurício, Breno, Letícia, Olívia, Isadora, Lívia e Francisco).

Sendo o *outro* o foco principal da presente unidade de análise, é importante ressaltar que a Abordagem Histórico-Cultural enfatiza o desenvolvimento humano através da cultura e considera o ser humano como um ser social que aprende com outros seres humanos imersos em uma mesma sociedade, tendo acesso aos bens produzidos culturalmente (FARIA; MELLO, 2009).

Segundo Leontiev (1978), o homem evoluiu pela apropriação de sua cultura, uma das condições principais para a continuidade da evolução histórica, através da atividade de criação e de produção – o trabalho, difundindo seus aprendizados ao longo de gerações.

Muitas crianças, ao serem indagadas sobre o tema saúde, relacionaram-no também à ação do adulto e do outro; é o que se pode perceber nas falas a seguir sobre a alimentação através da imposição, da insistência ou da contrariedade da mãe. A figura do outro é imprescindível para as ações de saúde vivenciadas pela criança. Para ela, alimentar-se (uma necessidade primária ao organismo) precisa da ação do outro para acontecer. O outro ensinando, auxiliando e dando uma opinião sobre a natureza saudável ou não do alimento ou impondo a alimentação à criança.

Luísa [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Ela não gosta de nenhuma fruta, né... Mas a mãe dela forçou ela a comer!* Pesquisadora: - *Ahã... Então, agora que você vai me contar a história com começo e fim sobre esse desenho, tá? Conta bem alto pra sair aqui no gravadorzinho, tá bom?* Luísa: - *A menininha não quis comer a maçã... a maçã, banana, todas fruta que tinha lá.* Pesquisadora: - *Ela não quis? Onde que tinha?* Luísa: - *Um monte de árvore, assim, de frutas.* Pesquisadora: - *Hum!* Luísa: - *Aí, ela, sabe o que que ela fez? A mãe ficou nervosa, assim, ó: ‘Você vai comer agora!’ [...] A mãe falou assim: ‘Ah! Se você não comer banana, essas frutas, você... eu vou te levar embora’. [...] Aí... ela chorou, só que aí, ela... ‘Tá bom, eu vou comer maçã!’ (Pausa) [...] Aí, ela comeu, experimentou... Ai, que delícia que ela achou!* Pesquisadora: - *Huuuummm!* Luísa: - *Aí ela foi gostando de frutas.*

Segundo Leontiev (1978), os homens vão se adaptando à natureza, através de sua atividade, mediada pelo outro e modificam-na em função de suas necessidades.

Nesse exemplo, Luísa mostra como sua personagem depende do outro, até para satisfazer sua vontade de brincar. Em sua fala, *A mãe ficou nervosa, assim, ó: ‘Você vai comer agora!’ [...] Ah! Se você não comer banana, essas frutas, você... eu vou te levar embora*, percebe-se como a criança é influenciada e se apropria da fala dos adultos, que provavelmente ouviu em algum momento, representando algo que pode ter acontecido inclusive com ela própria.

Segundo Vigotski (2009a), é o caráter histórico-cultural do pensamento verbal que guia o comportamento do homem, e os signos que a criança internaliza permitem a ela significar as situações vividas na sociedade e na cultura.

O desenho de Luísa, apresentado a seguir (Desenho 15), representa o outro (adulto), no caso a mãe, em seu papel de mediador de uma situação em que a criança não quer, porém

precisa se alimentar; nesse caso, a criança está atribuindo à mãe um papel de imposição, de alimentar-se como condição para poder brincar, como Luísa explicitou, ao contar a história.

Desenho 15 – Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Luísa

Luísa apresenta um desenho esquemático, e como no outro desenho, também necessita representar as expressões de sua personagem. À medida que vai desenhando, vai falando sobre o que faz, atribuindo maior importância aos elementos que têm relação com o tema proposto.

Destaca-se a sua preocupação em desenhar a boca da personagem que representa a mãe e as lágrimas nos olhos da que representa a filha, fazendo questão de ressaltá-las em sua fala: *Você vai comer agora! [...] Ah! Se você não comer banana, essas frutas, você... eu vou te levar embora. [...] Ai... ela chorou.*

Na próxima fala, ainda abordando a ação do adulto e do outro na saúde e no cuidado em saúde, é o pai do personagem que demonstra sua insatisfação perante o tipo de alimentação que a criança ingere; a criança deixa transparecer em sua fala uma atribuição de culpa ao personagem, em virtude de sua ação e da desaprovação do adulto:

Maurício [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Aí ele comeu muito doce e ficou com dor de barriga, ficou com cárie... é bom que ele aprende!* Pesquisadora: - *Hum... e o menino, como é que está aqui?* Maurício: - *Ele está triste...* Pesquisadora: - *Por quê?*

Maurício: - *Porque ele... ele, ele ficou... ele ficou... ele ficou decepcionado.* Pesquisadora: - *Com o que?* Maurício: - *Com o que ele fez... ele desobedeceu o pai...*

O papel do outro se torna primordial à medida que possibilita à criança se apropriar da cultura e dos costumes sociais (VIGOTSKI, 1998). No caso da saúde, o outro – adultos ou pares – deve ter um papel positivo na relação com a criança, numa perspectiva de promoção da saúde.

Maurício utiliza as expressões *é bom que ele aprende!* e *ele ficou decepcionado* para enfatizar a questão da culpabilidade em relação ao outro.

Nas falas seguintes, os sujeitos se referem ao outro no lugar do tratamento da saúde; em todas as falas, as crianças atribuem ao médico o papel adulto do cuidar, evidenciando a questão biomédica de que o tratamento da saúde e a cura da doença são a única saída para se restabelecer essa saúde.

Olívia, por exemplo, refere-se ao *médico* como o lugar em que seus pais foram na ocasião de seu nascimento; a questão biomédica está presente também em um evento cotidiano: a hora do parto:

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - [...] *E seu pai, o que é que ele está fazendo aqui?* Olívia: - *Ele estava no serviço, aí ele foi no médico e viu eu.* Pesquisadora: - *E por que é que você estava no médico?* Olívia: - *É porque, quando eu nasci.* Pesquisadora: - *Ah! Quando você nasceu, ele foi lá?* Olívia, balançando a cabeça, afirmando: *Hum, hum... [...] Ele estava trabalhando, aí ele foi lá no médico e me viu.* Pesquisadora: - *Ah... e o que mais?* Olívia: - *Só.*

Olívia utiliza a palavra *médico* para significar um lugar; essa expressão é corriqueira na fala do adulto, pois utiliza expressões, tais como: “vou ao médico”, “fui ao médico”, “vou levar fulano ao médico” e entende o real significado dessas expressões que querem dizer que *a pessoa vai a uma consulta com o médico*; porém, a criança usa essa expressão de forma inconsciente, sem se atentar para o verdadeiro conceito que ela traz, apesar de entender o que significa.

Nesse sentido, Góes e Cruz (2006) afirmam que a categorização da realidade vai sendo construída sobre a base das experiências concretas, sendo atravessada pelo caráter dinâmico da significação que está inserido na cultura e que acontece na interação verbal, de acordo com as motivações e a personalidade dos sujeitos.

Para Vigotski (2009a), o que dirige a operação com conceitos é o uso da palavra; ela que centra a atenção, abstrai alguns traços e, através do signo, sintetiza-os e simboliza-os. Enfim, a palavra dirige o processo de desenvolvimento de conceitos verdadeiros.

A figuração de Olívia, apresentada a seguir (Desenho 16), representa os pais no local em que ela nasceu, segundo relatou ao contar a história.

Desenho 16 – Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Olívia

Esse desenho é um exemplo de figuração esquemática, em que a criança desenha de memória sobre o tema que lhe foi solicitado e não representa o real de forma fidedigna. Aqui ela traz a figuração da história do seu nascimento, provavelmente contada por seus pais e a representa, ainda que de maneira pobre, de modo a ressaltar os personagens representados pela mãe, pelo pai e por ela mesma.

Ferreira (2001), com base na abordagem histórico-cultural, reafirma a imaginação como produto social; o desenho da criança, por sua vez, é uma atividade mental que resulta na interpretação da cultura em que se insere construída através de conceitos. As experiências que a criança vive são recriadas pela imaginação e modificam a realidade, projetando nela os seus significados.

Os exemplos a seguir, também relacionando à ação do outro na questão da saúde, referem-se ao lugar em que se restabelece a saúde com o auxílio do adulto responsável por isso.

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança, indagando sobre as personagens]: - [...] *e qual que estava grávida?* Beatriz: - *Essa.* Pesquisadora: - *Ah, e onde que elas estão mesmo?* Beatriz: - *No médico.* Pesquisadora: - *E onde que o médico fica? Onde ele está?* Beatriz: - *Ele está perto da cidade.* Pesquisadora: - *Mas em que lugar que é?* Beatriz: - *Na base.* [...] *Na base dos medicamentos.* Pesquisadora: - *E quem é esse aqui?* [...] Beatriz: - *É um enfermeiro.* Pesquisadora: - *Ah... e esse?* Beatriz: - *A mulher.* Pesquisadora: - *Quem é que ela?* Beatriz: - *A enfermeira.* Pesquisadora: - *E o que é que eles estão fazendo aqui?* Beatriz: - *Levando pra mostrar que... pra falar pra ela que o bebê vai nascer hoje, que ele já... que tá... que... vai levar pra sala pra tirar o bebê.*

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Agora você vai fazer outro desenho, só que agora, você vai desenhar alguém cuidando da saúde da criança.* Francisco: - *Eu vou fazer meu pai me levando. O carro do meu pai é assim, ó. O portamalas é assim.* [...] *Ele tá pisando o pé no freio* [...] *Esse aqui é onde o meu pai me leva.* Pesquisadora: - *Ah... onde é que ele leva você?* Francisco: - *Aqui no...* [nome do bairro em que se localiza a UBS] [...] *Quando eu tô com febre ele me leva lá...* [nome do bairro em que se localiza a UBS]... *Quando eu tô com febre.*

Segundo Coelho e Fonseca (2005), com o surgimento da medicina, o tratamento das doenças não se dava no hospital; nesse local ficavam confinados os impuros, as prostitutas, os loucos, os pobres que eram excluídos da sociedade para a sua salvação espiritual e eram assistidos por médicos especialistas; o hospital, então, era um lugar em que se misturavam a assistência, a transformação espiritual e a exclusão. Como já foi mencionado, em meados do século XVIII, houve a institucionalização da saúde e, com o advento do capitalismo, o hospital passou a ser o local em que se tratava a doença incapacitante, garantindo, assim, a força de trabalho.

Nas falas, os sujeitos trazem esse local de cura – não propriamente o hospital, mas a “base”, a UBS – muito vivo em suas significações. Para as crianças, o significado aparente do local – o conceito que elas parecem ter em relação a ele – demonstra a sua habilidade de discernir cada lugar para o tratamento da saúde; elas ressignificam suas experiências a partir do que já conhecem desses locais, onde, provavelmente, já estiveram ou ouviram falar. Os conceitos ainda não estão formados nessas crianças; isso pode ser demonstrado

principalmente na fala de Francisco que já esteve no lugar, mas não sabe dizer o nome e se refere a ele atribuindo o nome do bairro em que mora.

Para Vigotski (2009a), os conceitos não se formam por meio da memorização das palavras que se associam aos objetos; a questão principal é o modo pelo qual se realiza essa operação. Góes e Cruz (2006) corroboram essa ideia afirmando que sem a atividade simbólica verbal não existe conceito e, apesar de haver outros signos não verbais que medeiam o conhecimento do homem, é o signo verbal que vincula o conceito à palavra. Assim, formar conceitos é uma atividade complexa, que começa na infância e, tendo origem sociocultural, se dá na relação com o outro e com o mundo; mais tarde passa a ser de domínio da criança, a partir da internalização (VIGOTSKI, 2009a).

As crianças também significam a ação do outro na saúde, no que diz respeito ao risco à vida pela falta de cuidado, principalmente do adulto. As falas que se seguem ilustram essa ideia.

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Conta pra mim o que é que está acontecendo aqui nesse desenho?* Letícia: - *A mamãe deixou o neném cair no chão.* Pesquisadora: - *É? E aí?* Letícia: - *Aí quem pegou o neném foi o colega dela. [...] O amigo dela.* Pesquisadora: - *Mas por que o nenê caiu no chão?* Letícia: - *Porque ela ia dar papinha pro neném, aí ela não sentou. Ela segurou só com uma mão!* Pesquisadora: - *E aí?* Letícia: - *Aí ela não sentou. [...] Aí ela falou assim pro moço: 'Moço, dá uma cadeira', pro colega dela. Aí o colega dela não foi dar, aí ela... ela ficou em pé. [...] Aí ela... catou a papinha do neném na mesa, colocou e ficou assim com o neném só com uma mão e deu. Aí o neném caiu.* Pesquisadora: - *[...] e aí? [...] O que é que aconteceu com ele?* Letícia: - *Ela não levou ele no hospital.* Pesquisadora: - *Por quê?* Letícia: - *Não sei.* Pesquisadora: - *Mas o que é que aconteceu com o nenê?* Letícia: - *Ele machucou.* Pesquisadora: - *Onde que ele machucou?* Letícia: - *Machucou aqui no braço.*

Miguel [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Aí as crianças não quiseram esperar o pai pra comer e foram nadar sozinhas. [...] As crianças eram do meu tamanho...* Pesquisadora: - *É? E eles foram sozinhos?* Miguel: - *É. E o pai foi lá comprar guaraná e lanche para eles comerem.* Pesquisadora: - *Hum...* Miguel: - *Aí, eles foram lá e pularam na água. [...] e eles morreram afogados. Eles não sabiam nadar...*

Para Waldow (2008), na perspectiva de que o ser humano é um “ser de cuidado”, é possível entender que todas as pessoas têm a necessidade de serem cuidadas e a capacidade de cuidar; essa capacidade, porém, depende de como esses sujeitos vivenciaram o cuidado ao

longo de suas vidas; esses atos são influenciados por fatores políticos, econômicos, religiosos, culturais e ambientais. Portanto, quando os participantes desenham e contam histórias sobre a forma como o outro cuida da saúde da criança, em alguns momentos, estão ressignificando essa questão em relação às suas próprias vivências.

As crianças, em suas falas, deixam transparecer as impressões que trazem sobre a saúde vista sob o prisma do modelo biomédico, quando resgatam e imprimem à saúde exemplos de sentimentos de imposição, do risco de vida que se tem quando o outro não cuida da saúde da criança ou de que é preciso existir um lugar específico para se cuidar da saúde.

Elas vão construindo suas falas aglutinando elementos que julgam importantes, demonstrando, também aqui, a formação do pensamento por *complexos associativos* que se baseiam em qualquer relação percebida nos elementos pela criança, por semelhança, por proximidade ou por contraste (VIGOTSKI, 2009a).

A figuração de Letícia (Desenho 17) representa a mãe *cuidando da saúde da criança*; ao contar a história, porém, ela percorre outro caminho, trazendo a questão da falta de cuidado da personagem que desenhou.

Desenho 17 – Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Letícia

Vigotski (1998) afirma que o desenho é uma linguagem gráfica para a criança e surge com base na linguagem verbal; ao desenhar, há a liberação da memória ao se contar uma história e há também alguma abstração imposta pela fala.

Assim, Letícia, apesar de realizar um determinado desenho, quando começa a contar sua história, dá liberdade à memória, acrescentando outros elementos a ela que também são significativos ao abordar o tema saúde, o que só é possível com o auxílio da fala.

Numa outra perspectiva, as crianças dão indicativos para uma relação e influência mais positiva do outro em sua saúde. Através da educação em relação à alimentação saudável, do cuidado à saúde como direito e necessidade básica das pessoas e forma de bem-estar, da proteção à integridade e à saúde, os sujeitos demonstram que também vivenciam/significam essa dimensão da saúde.

Essa visão aproxima-se ao que Goulart (2006) denomina de estratégia de promoção da saúde, um referencial diverso do modelo biomédico em relação à concepção do processo que envolve a saúde e a doença. Para Sícóli e Nascimento (2003), esse novo referencial aponta para uma concepção ampliada de saúde que é marcada por determinantes sociais e contrapõe-se ao modelo biomédico; é um modo diferente de enxergar e fazer saúde através de princípios que a caracterizam: concepção holística, participação social, empoderamento, equidade, ações multiestratégicas, intersetorialidade e sustentabilidade.

Nas falas a seguir, as crianças dão exemplos de situações em que o adulto educa a criança em relação à alimentação ou preocupa-se com os hábitos alimentares da criança.

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Então, agora que você já acabou esse desenho, você vai contar outra história, mas agora sobre esse desenho; tá bom?*
Isadora: - *Nesse dia era o aniversário da mãe. Aí, a mãe preparou uma festa; tinha bolo, macarrão, feijoada, comida, arroz, feijão, carne moída e batata frita. Aí, a mãe fez o bolo de morango; aí, ele falou assim pra filha dela: 'Filha, quer comer um pedaço de bolo?'; a filha falou: 'Mãe, quero!... Mãe, eu posso brincar um pouquinho com o primo?', a mãe falou assim: 'Filha, primeiro vem jantar.' Aí, ela jantou e comeu, aí ela foi comer a sobremesa. Aí, eles foram brincar, desenhar, pintar.*

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Então, agora você vai contar uma história sobre esse desenho, com começo e fim, [...] Então pode começar.* Tarcísio: - *O nome dele é Lucas... [...] A babá dele se chama... deixa eu pensar... [...] Ela chama Maria.* Pesquisadora: - *E o que ela é do Lucas?* Tarcísio: - *É... babá!* Pesquisadora: - *Ah... conta mais sobre essa história! Eu quero saber o que é que está acontecendo aí!* Tarcísio: - *Ele está indo para casa... [...] pra entrar, para comer o almoço dele.*

[...] O almoço dele é espaguete com carne. [...] Só que ele entrou e a mamãe dele falou para ele esperar. [...] Aí, ele foi... aí, ele... ele foi jogar bola, um pouquinho. Enquanto espera o almoço.

Quando Isadora utiliza a fala *Filha, primeiro vem jantar* demonstra a preocupação do adulto com a alimentação da criança; nesse caso ela significa a saúde a partir desse cuidado, formando conceitos espontâneos acerca dessa ideia. Lembrando que esses conceitos, segundo Newman e Holzman (2002), são elaborados no cotidiano; de forma inconsciente e com certa facilidade por parte da criança.

Na figuração de Tarcísio (Desenho 18), ele desenha o personagem brincando com a babá, mas também desenha a casa, em que a mãe está preparando o almoço.

Desenho 18 – Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Tarcísio

Nesse desenho, como no primeiro que fez, Tarcísio traz, novamente, uma figuração transitória, em que figura com mais verossimilhança que o esperado para sua faixa etária, apresentando elementos que caracterizam o desenho do terceiro estágio em que, segundo Vigotski (2009b), o desenho já apresenta uma semelhança com o real e o esquema desaparece; o objeto, porém, ainda é desenhado no plano e sem perspectiva.

A perspectiva de saúde em que as crianças dão outro olhar para a relação e a influência do outro em sua saúde, também, são demonstradas pelos sujeitos quando eles figuram e

verbalizam o papel do outro na dimensão do cuidado em saúde como direito e necessidade básica das pessoas e forma de bem-estar.

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - [...] *quem são essas pessoas que estão aí? [...] Quem é essa aqui? [...] Otávio: - O pai. Pesquisadora: - [...] E essa aqui? Otávio: - A filha. [...] Pesquisadora: - O papai está fazendo o quê aqui, com a filhinha? O que é que está acontecendo aí? Tem um sol... aqui é o céu? [...] Otávio: - Eles tão na rua. Pesquisadora: - Ah, eles estão na rua? E o que é que eles estão fazendo lá? Por que é que o pai está com a filha? Otávio: - [...] eles tão passeando na rua... Pesquisadora: - E eles estão felizes? Otávio: - Tão.*

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Agora então, conte uma história sobre esse desenho que você fez. Lucas: - [...] Era uma vez, um menininho... um menino passeando mais a mãe dele. [...] Aí, depois ele foi brincar. [...] Depois ele brincou de carrinho... [...] Foi comer um pouco, ficou forte, cresceu e... e brincou mais de carrinho... [...] Brincou de pique-pegas... [...] brincou com balanço... [...] Foi no bosque ver os animais... Pesquisadora: - [...] ele foi sozinho? Lucas: - Com a mãe dele.*

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Então, agora, você vai contar uma história sobre esse desenho, com começo e fim. Isabela: - A menininha... a mãe dela cuidou dela. Pesquisadora: - Hum... Isabela: - Aí depois, é... a mãe dela deu mamadeira, só! Pesquisadora: - Que mais? Conta mais sobre como a mamãe cuidou da menina. Isabela: - Bem. Pesquisadora: - Cuidou bem? De que jeito? Isabela: - Ela fez ela dormir... mamar, comer e tomar café.*

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Só que agora vai ser diferente. Você vai fazer um desenho de uma pessoa cuidando da saúde da criança. Tá bom? [...] Dandara: - Ele é um menino... ele é um adulto. Pesquisadora: - Ah! Não é um menino? Dandara: - Não, é um adulto! [...] uma mulher cuidando da saúde da criança, também. [...] Esse é... o planeta das crianças, quantas crianças que existem no mundo, aí por isso que eu tô fazendo um planeta.*

Nessas falas, percebe-se que a saúde assume mais uma dimensão promotora que preventiva. Czeresnia (2009) diferencia esses dois conceitos afirmando que a prevenção tem como objetivo evitar algumas doenças através de ações pontuais; já a promoção da saúde vai além, a fim do bem-estar das pessoas e das comunidades, por meio de estratégias intersetoriais.

Em todas as falas, os participantes significam saúde a partir de suas vivências cotidianas, o que reafirma a construção e o uso dos conceitos espontâneos, de forma corriqueira, pelas crianças.

Ao realizar o desenho (Desenho 19), a partir do qual traz as falas acima, Dandara parece representar a saúde como um bem maior, direito de todos e necessidade básica do ser humano, relacionando-a ao cuidado do adulto – o outro que ensina, educa e está sempre atento à saúde da criança.

Desenho 19 – Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Dandara

Aqui Dandara representa, de maneira esquemática, o quanto a saúde está relacionada a tal perspectiva, figurando elementos que reafirmam essa ideia: ao desenhar planetas em um fundo bem colorido, ela mostra, de forma intensa, essa dimensão da saúde como um bem maior; no entanto não se aprofunda em sua figuração. Ao contar a história, porém, Dandara traz muitos outros elementos que confirmam essa sua visão sobre a saúde.

No próximo exemplo, a criança traz a questão da responsabilidade dos médicos e enfermeiros, ao explicarem o que está acontecendo com a saúde da personagem grávida para a sua acompanhante:

Beatriz [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Era uma vez, uma mulher grávida. E sua amiga, foi com ela pro hospital. E os médicos levaram ela para dentro.* Pesquisadora: - *Hum...*

Beatriz: - *Depois levaram pra... amiga dela ver. Eles disseram que ela está grávida, que o bebê vai nascer hoje, que eles vão tirar o bebê e já vai levar ela pra dentro.* Pesquisadora: - *Pra dentro de onde?* Beatriz: - *Do médico... da... da sala.* Pesquisadora: - *[...] qual sala que é?* Beatriz: - *A sala do... a sala da... a sala dos médicos.* Pesquisadora: - *Ah. Onde eles vão tirar o bebê?* Beatriz: - *Tirar o bebê.*

Fazendo uma desconstrução das práticas de saúde baseadas no referencial *biologizante*, Ayres (2004) discute o papel do profissional da saúde afirmando que ele deve aplicar as técnicas científicas de que tem conhecimento no cuidado em saúde dos sujeitos que atende, porém deve estar atento a outras dimensões que implicam esse fazer em saúde junto a eles; deve levar em conta a dimensão psicossocial de cada pessoa com quem estabelece contato, criando uma confiança mútua entre o profissional e o sujeito que está sendo assistido. Nesse sentido, é preciso ouvir mais, ver mais, tocar mais, pois é por meio das narrativas, das escutas, do olhar, do toque que se consegue perceber a saúde do sujeito em sua totalidade (AYRES, 2004).

Outros exemplos trazem um tema que aparece bastante nas falas das crianças e mostram a dimensão da proteção e da integridade que o outro pode proporcionar em relação à saúde da criança:

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança, indagando sobre o personagem figurado pela criança]: - *E como que ele se chama?* Carolina: - *Ele chama... Dudu!* Pesquisadora: - *Esse é o Dudu?* Carolina: - *É.* Pesquisadora: - *E o que é que está acontecendo aqui? [...] no desenho?* Carolina, fez uma pausa e continuou, referindo-se à personagem maior, que também figurou no primeiro desenho: - *Aí ela morreu, a mãe dele, que é aquela lá (do outro desenho), que é a grande, né?* Pesquisadora: - *É. [...]* Carolina: - *Aí ele foi crescendo [...]* Pesquisadora: - *Mas ele está sozinho?* Carolina: - *Não! Ele tá com a tia dele! [...]* A tia tá olhando ele aqui. Pesquisadora: - *Ah! A tia... quem é mesmo a tia?* Carolina: - *É a irmã da menininha. (que era a personagem do outro desenho) [...]* Essa daqui que é a Esther! [...] Ficou viva. Pesquisadora: - *Ficou viva. E aí? [...]* O que é que ela estava fazendo? Carolina: - *Ela tava olhando ele.*

A dimensão do cuidado em saúde por parte do outro fica visível quando Carolina diz: *Ela tava olhando ele* e demonstra um caráter protetivo do adulto em relação à criança. Wallon (1979) traz a criança como um ser totalmente dependente do adulto ao nascer; portanto suas necessidades primárias dependem da iniciativa do outro que cuida.

Em sua fala, Carolina vai construindo significações acerca desse cuidado através da formação de complexos, nesse caso, utilizando elementos do primeiro desenho que figurou na ocasião da construção dos dados.

Relembrando que o pensamento por complexos, segundo Vigotski (2009a), é uma forma primitiva de pensamento, em que a criança percebe as relações entre os objetos, constituindo-se em um nível mais elevado de pensamento; assim enquanto o pensamento conceitual agrupa através de atributos, as ligações que unem os elementos de um complexo são tão diversas quanto as relações existentes entre eles.

Carolina representa (Desenho 20) seu personagem sob a proteção de sua tia, devido à morte de sua mãe, conforme narrou em sua história.

Desenho 20 – Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Carolina

Nesse desenho, apesar de não aparecer na fala anterior de Carolina, há a figuração de um menino sem os braços; para ela esse menino *tem problemas* e ela o compara a si própria dizendo que ela também tem um problema, só que no coração. Outra questão é a figuração do desenho de Raios x, presente no primeiro estágio do desenvolvimento do desenho (VIGOTSKI, 2009b), que é notado quando Carolina desenha um bebê dentro da personagem *Esther*.

É importante salientar que, enquanto desenhava, Carolina falava sobre as personagens, conforme as ia representando. Para Vigotski (1998), a fala é a base da linguagem gráfica.

A seguir, mais falas que trazem essa dimensão da proteção e da integridade que o outro representa na saúde da criança.

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *E o que é que eles estavam fazendo com as crianças, mesmo?* Dandara: - *Eles estavam protegendo elas, porque elas queriam saúde. Elas estavam com gripe, todas, aí ele deu um remédio e ficou com saúde!*

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Então, agora, conte uma história, com começo e fim, sobre esse desenho.* Maurício: - *Não lembro muito bem.* Pesquisadora: - *Não lembra? O que é que eles estão fazendo, aí? O que é que está acontecendo aí?* Maurício: - *Bom, o pai estava com preguiça de fazer uma casa.* Pesquisadora: - *Hum... e aí?* Maurício: - *Aí, a família toda foi pra um jardim. Aí o pai decidiu: 'Sim ou não? Sim ou não?'* Aí ele falou, no último 'não e sim', ele falou assim... aí ele não sabia como ia fazer. Pesquisadora: - *Não sabia como ia fazer, o quê?* Maurício: - *A casa.* Pesquisadora: - *Ah, mas o que é que ele decidiu?* Maurício: - *Ele decidiu fazer, mas ele... ele prometeu fazer [...]*

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *E por que é que eles estão assim? [...] o que é que está acontecendo aqui?* Breno: - *Eles estão atravessando a rua.* Pesquisadora: - *E é por isso que eles estão assim, de mãos dadas?* Breno, balançando a cabeça, afirmando: - *Hum, hum...* Pesquisadora: - *Por que é que eles estão de mãos dadas?* Breno: - *Tão atravessando a rua. Só isso.*

Dandara em sua fala *Eles estavam protegendo elas, porque elas queriam saúde*, também significa a importância dessa dimensão de proteção no cuidado em saúde. Já Maurício significa essa proteção através do abrigo (a casa) construído pelo pai; aqui ele demonstra formar complexos através dos elementos que vai aglutinando durante sua fala, até resolver a questão através da concordância do pai em construir a casa para a família que estava morando em um jardim.

No desenho de Breno, apresentado a seguir (Desenho 21), são representadas duas crianças atravessando a rua, parecendo significar um ato de proteção de uma criança mais velha em relação à mais nova.

Desenho 21 – Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Breno

Novamente há um exemplo de desenho esquemático, comum na faixa etária em que se encontra Breno, que é caracterizado como um desenho de memória sobre o que a criança conhece do objeto representado. É devido a isso que o desenho infantil, na maioria das vezes, não condiz com o que o objeto significa realmente; assim, a criança não se preocupa em fazer com que o desenho se pareça com algo, fazendo apenas indicações sobre o que quer representar (VIGOTSKI, 1998).

Em seu desenho, Breno pareceu demonstrar uma dimensão de proteção e de integridade que o outro representa na saúde de uma criança, ao figurar os personagens de mãos dadas.

A dimensão da proteção em saúde também é realizada pelo adulto que substitui a mãe – no caso a babá, como se observa nas falas a seguir.

Letícia [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Aí, a mamãe foi lá no varejão, aí o varejão estava fechado, aí depois ela foi lá no mercado, comprou miojo pro neném, aí no outro dia ela foi dar miojo pro neném, o neném tava dormindo no outro dia, aí acabou o miojo do neném, aí ela foi lá no mercado de novo comprar.* Pesquisadora: - *E o nenê?* Letícia: - *O neném? [...] Com quem que ele ficou? [...] Ele ficou com a babá.*

Em relação à dimensão da proteção e da integridade proporcionada pelo outro na saúde, Silva e Sena (2006) corroboram que a integralidade na atenção à saúde é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no qual as políticas públicas implementam ações que atendam às necessidades e demandas da população, em vários níveis de complexidade em que o processo saúde-doença possa ser abordado, a partir de diferentes ações que envolvam o cuidado em saúde.

Nos próximos exemplos, a questão do carinho em família é tratada como parte da dimensão da proteção do outro em relação à criança, o que demonstra que a saúde também é bem-estar, alegria, convívio e cuidado em família. Nas falas que se seguem percebe-se essa significação pelas crianças, ao valorizar os momentos com a família:

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Então, agora, conte uma história, com começo e fim, sobre esse desenho. [...]* Olívia: - *É que... eu e minha mãe ficava na minha casa e meu pai também. [...]* Aí, quando não tem escola, eu fico em casa. Quando tem escola, eu vou para a escola. [...] Aí, de vez em quando eu falto da escola. Pesquisadora: - *Por quê?* Olívia: - *Porque senão eu fico doente. [...]* Por isso que eu fico em casa e depois, quando eu não estou mais com febre, assim, então, aí eu vou para a escola.

Isadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - *Aí ela foi crescendo do tamanho deles.* Pesquisadora: - *Hum...* Isadora: - *Aí, a mãe ficou velhinha e a menininha ajudou a mãe, o menininho que era primo dela... e a namorada dele... todo mundo ajudou ela.* Pesquisadora: - *Ajudou ela a cuidar da mamãe?* Isadora: - *É. [...]* E todo mundo viveram felizes para sempre!

Lívia [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - [...] *Aí meu pai faz comida rapidinho e nós dormimos. Aí meu pai faz carinho, meu pai e minha mãe, pra gente dormir. Aí de noite eles também fazem.* Pesquisadora: - *Hein?* Lívia: - *Meu pai e minha mãe fazem carinho de noite também, quando nós estamos dormindo e põe o ventilador para nós.*

Aqui, como em outras falas trazidas ao longo desta análise, as crianças significam a saúde a partir das vivências do cotidiano de cada um; isso mostra a importância do papel do adulto nessas significações.

Essas falas trouxeram reflexões sobre saúde, em suas várias dimensões, por parte da criança que teve a oportunidade de ressignificar suas vivências acerca desse assunto. Vigotski (2009a) afirma que a linguagem do ser humano impulsiona o desenvolvimento do

pensamento. Esse caráter histórico-cultural do pensamento verbal guiará o homem em suas ações.

Na próxima fala, Francisco se refere ao bem material como parte da saúde das pessoas; seu desenho, apresentado a seguir (Desenho 22), demonstra a importância que a criança atribui ao carro, visto que é esse bem que propicia ao pai dar melhores condições materiais ao filho.

Pesquisadora [sobre o desenho de alguém cuidando da saúde da criança]: - [...] e agora, o que você vai fazer? Francisco: - *Nada, agora eu vou pintar com esse aqui, ó. E eu vou fazer o carro do meu pai parecendo um carro de trabalho.* Pesquisadora: - *O que é um carro de trabalho?* Francisco: - *O carro de trabalho é um carro de gente que trabalha. Gente que não trabalha não pode dar coisas pro filho.*

Desenho 22 – Desenho de alguém cuidando da saúde da criança elaborado por Francisco

Como em seu primeiro desenho, Francisco representa o segundo esquematicamente; porém, ao ser solicitado a desenhar, disse que faria um carro, o que, aparentemente, não estava previsto ao significar o cuidado em saúde. Francisco, com a liberdade de poder desenhar o que vinha à sua cabeça, além de figurar o carro que tanto queria, trouxe a perspectiva da importância desse elemento na saúde de seu personagem, no que diz respeito a

viver com condições materiais dignas, o que também traz a dimensão da saúde vista sob uma forma ampliada.

Vigotski (2009b) afirma que a liberdade é a primeira condição para a criação artística, tornando-se muito importante para o desenvolvimento infantil; o desenho está incluído nessa forma de criação.

Dessa forma, discutindo a questão do cuidado em saúde sob uma ótica de proteção por parte do outro/adulto, Waldow (2008) se refere a ele (cuidado) como o zelar pelo outro através da consideração e da paciência, com responsabilidade e compromisso; nesse sentido o cuidado se traduz pela preocupação com o outro, pela solicitude de forma que esse encontro humano provoque uma resposta afetiva. E isso deve se estender ao cuidado em saúde numa perspectiva de integralidade na dimensão da promoção da saúde.

As falas das crianças de 5 anos, analisadas neste estudo de significados e conceitos sob o prisma da Abordagem Histórico-Cultural, demonstram o que pensam sobre esse assunto, de forma a colaborar com o entendimento sobre a saúde em suas várias dimensões e sobre esta abordagem.

Sob o ponto de vista da promoção da saúde, o processo de educação em saúde é relevante, pois propicia a participação ativa da população, formando para a cidadania e para a transformação da realidade social na busca pela qualidade de vida (PELICIONE; PELICIONE, 2007).

Nesse sentido, a escola tem um papel crucial, pois desenvolve ações que alcançam as crianças, suas famílias e a comunidade do seu entorno, promovendo o entendimento de que a saúde é bem mais do que a ausência de doença e provocando mudanças nas ações cotidianas.

Em relação aos signos internalizados, esses permitem que a criança signifique toda e qualquer situação vivida na sociedade e na cultura. Assim, a reconstrução da atividade psicológica, tendo como base as operações com signos, se dá através da internalização das formas culturais de comportamento (VIGOTSKI, 1998). A análise dos dados desta pesquisa demonstrou esse movimento de significação, ressignificação e formação de complexos pelos participantes. E assim, ao longo de suas vidas, essas operações com signos, bem como sua fala, deixarão de ser externas e passarão a ser internalizadas como atividades históricas e socialmente aprendidas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qualquer inventor, mesmo um gênio, é sempre um fruto de seu tempo e de seu meio. Sua criação surge de necessidades que foram criadas antes dele e, igualmente, apoia-se em possibilidades que existem além dele. Eis por que percebemos uma coerência rigorosa no desenvolvimento histórico da técnica e da ciência. Nenhuma invenção ou descoberta científica pode emergir antes que aconteçam as condições materiais e psicológicas necessárias para seu surgimento. A criação é um processo de herança histórica em que cada forma que sucede é determinada pelas anteriores.

Lev Semenovich Vigotski

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendendo a criança como um ser social imerso em uma cultura e que aprende com outros seres humanos, através da internalização de significados apropriados em suas experiências, buscou-se compreender esse processo, apoiando-se na Abordagem Histórico-Cultural, a partir da pesquisa qualitativa, cujos objetivos foram apreender os significados que crianças de 5 anos atribuem à saúde e compreender como elas formam conceitos acerca desse tema.

Por meio do procedimento desenhos-histórias com tema, procurou-se analisar os significados de saúde atribuídos pelas crianças. A análise dos dados dá indícios de que a atribuição de significados à saúde é baseada naquilo que aprendem e constroem, ao longo de suas vidas, ao lado dos adultos que têm como modelo e imitam. Os resultados apontam para uma concepção de saúde construída a partir da mediação da criança com o mundo e com o outro, em seu contexto histórico-cultural, ou seja, muitas delas significam saúde a partir de suas vivências sobre a doença, relacionada à boa ou má alimentação, ao modo pelo qual vivem, ao bem-estar, ao ato médico, à prescrição de remédios, à questão do outro (adulto) oferecer à criança uma alimentação saudável ou proteção em algum momento de insegurança.

Dessa forma, os resultados permitiram entender que, na visão da criança, a saúde é vista tanto pela dimensão biologizante como pela perspectiva da promoção; também mostraram a importância do papel do adulto na saúde da criança bem como a relação intrínseca do cuidado e da saúde, significados a partir da experiência que ela tem sobre esses assuntos.

Assim, os resultados foram organizados em quatro unidades de análise, embasadas no método explicativo de Vigotski: O modelo biomédico/ biológico da saúde; A significação da saúde como bem-estar de si e do outro; A relação entre a saúde e o cuidado; A ação do adulto ou do outro na saúde da criança.

Na unidade de análise *O modelo biomédico/biológico da saúde*, os participantes trazem a visão de que a saúde é a ausência de doença, mostrando o quão arraigado ainda está o modelo biomédico em nossa sociedade; significam a saúde através do adoecer por causas desconhecidas, da responsabilidade do sujeito pelo seu comportamento, da dependência de um lugar apropriado, dos remédios e da intervenção clínica para a cura das doenças, da morte por falta de cuidado e trazem exemplos que clarificam suas significações. Suas falas podem ser explicadas pela característica humana primordialmente social, pois as crianças constroem esses significados a partir do seu contato com pessoas, ambientes, objetos e situações; essa

visão biologizante da saúde mostra o quanto a criança está imersa em um ambiente que vê a saúde como ausência de doença.

Em *A significação da saúde como bem-estar de si e do outro*, os participantes trazem outra dimensão de saúde a partir de exemplos que a significam acerca do bem-estar de si e do outro, com temas que vão do bom relacionamento, passando pela alimentação saudável e exercícios físicos, levando em conta essa dimensão de bem-estar por meio de passeios, brincadeiras e diversão, no contato com o meio ambiente e a natureza até a ausência de violência. Esses resultados evidenciam que a criança, como ser cultural e social, significa a saúde de uma forma positiva, quando constrói seus significados, baseando-se em vivências agradáveis com as quais já estabeleceram algum contato.

A terceira unidade de análise, *A relação entre a saúde e o cuidado*, evidencia o quão intrínsecos são a saúde e o cuidado, pois, em suas falas, os participantes deixam clara essa relação ao compreenderem aqui os cuidados médicos, familiares e com o outro. Também atribuem a esse cuidado em saúde uma característica de integralidade, quando o percebem relacionado ao bem-estar, trazendo, mais uma vez, o foco para a dimensão de promoção da saúde. Desse modo, os sujeitos pesquisados, trazendo essa dimensão saúde-cuidado, nos mostram que essas significações são geneticamente socioculturais, guiadas por situações que viveram ou tiveram como exemplo e internalizaram e que, ao serem investigadas, foram ressignificadas por esses sujeitos.

A última unidade, *A ação do adulto ou do outro na saúde da criança* por sua vez, traz significações acerca das três unidades anteriores e explica a ação do adulto ou do outro na saúde da criança, a partir de uma perspectiva biomédica ou sob a ótica da promoção da saúde. O *outro*, foco principal dessa unidade, aparece como um mediador que ensina, cuida, educa, protege e que também impõe e descuida, evidenciando o quanto os sujeitos pesquisados trazem de situações vividas acerca dessas elaborações.

O processo de formação de conceitos permeia todas as unidades de análise, porque resulta dessa construção de significados acerca da saúde. O que mais se destacou neste sentido foi o fato de que a criança, ao relatar sobre o tema solicitado, o faz, na maioria das vezes, aglutinando várias ideias que, a princípio, desconexas vão ganhando corpo, ao serem relacionadas com o tema saúde. Isso indica que a criança, nessa faixa etária, opera através do “pensamento por complexos” que consiste num modo primitivo de formação de conceitos e caracteriza-se pela junção de vários elementos sem relação aparente, pertencentes ao todo. Em alguns momentos, as crianças apresentam palavras com significados diferentes daqueles estabelecidos na cultura, entendendo, por exemplo, *saúde* por *gripe*, *dieta saudável* por *saúde*

bucal, dengue por cárie dentária, e mostram que, apesar de terem em seu vocabulário palavras próximas às do adulto, não pensam como ele e ainda não apresentam o conceito de saúde, culturalmente construído. Isso aponta o papel primordial da escola nesse processo.

As crianças, ao atribuírem significados às situações propostas, já estão em pleno processo de formação dos conceitos, ainda que em estágios iniciais. Algumas já trazem indicações de palavras aprendidas na escola, porém ainda não completamente coerentes com os significados construídos cientificamente. Em geral, nesta fase pré-escolar ainda não apresentam conceitos científicos consolidados – que implicam combinação, generalização, discriminação, abstração, isolamento, análise e síntese – pois muito terão ainda a viver, experimentar e aprender, mas isso não significa que a escola de educação infantil não deva ou não possa ensinar-lhes. Ao contrário, faz-se importante conhecer esse processo de formação, as relações entre os conceitos espontâneos e científicos e seu papel nessa construção.

Vale destacar a importância do uso do desenho como procedimento de pesquisa e como disparador da fala das crianças sobre o tema, possibilitando acesso às significações atribuídas pelas crianças. Algumas crianças, ao realizarem os desenhos, iam verbalizando sobre eles, o que facilitava a construção do seu pensamento acerca do tema proposto. Isso também facilitou a observação feita pela pesquisadora, ao apreender gestos, posturas, expressões que permearam a construção dos dados pelos participantes e tornou-se importante ao permitir uma análise mais minuciosa, integrando-se às falas dos mesmos. Importante trazer ainda que nem toda história contada refletiu o desenho que foi figurado.

Em relação à faixa etária dos participantes, 5 anos, esta pesquisa obteve êxito quanto à participação dos mesmos, sendo a intervenção da pesquisadora de suma importância no intuito de tornar inteligíveis as falas das crianças, de provocar o encadeamento de suas ideias, bem como de tornar possível a explicitação do desenho nesse contexto.

Essa intervenção também se faz importante no contexto escolar, no qual se deve trabalhar a saúde, levando em conta os significados que as crianças trazem de suas vivências e experiências e entendendo de que modo elas formam conceitos. A promoção da saúde escolar deve engajar os sujeitos na busca por um ambiente mais saudável e feliz; portanto deve estar presente em qualquer etapa educacional, inclusive na educação infantil.

A compreensão dos significados de saúde para crianças, bem como a formação de conceitos, são fundamentais para a educação em saúde na educação básica. Esta pesquisa busca contribuir neste aspecto, possibilitando aos professores do nível de educação infantil conhecerem e refletirem sobre o significado que as crianças atribuem à saúde, levando-as a participar da construção de conceitos científicos pelas crianças sobre esse tema, dando-lhes

oportunidade de vivenciar situações que as despertem para a curiosidade, a criatividade e a crítica sobre o “ser saudável”, a partir do entendimento de como elas constroem conceitos e do que elas trazem de suas vivências em sociedade e na cultura, como ser histórico-cultural.

Tendo em vista que o processo de significação acontece de forma contínua, na mediação do sujeito com seus pares e com o mundo, a pesquisa qualitativa não tem um fim em si mesma, sendo apenas o ponto de partida para transformações. Este estudo aborda somente uma fração de conhecimento em face à complexidade dos processos de significação e formação de conceitos pelas crianças. Assim, são necessárias outras pesquisas sobre esse tema a fim de investigar outras instâncias dessa complexidade.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Investigação de representações sociais. In: TRINCA, W. **Formas de investigação clínica em psicologia**. São Paulo: Vetor, 1997. cap. 11, p. 255-288.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. The Use of Projective Techniques in the Research of Social Representations: projection and transitionality. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 103-127, 1995.
- ANTUNES, L. S.; ANTUNES, L. A. A.; CORVINO, M. P. F. Percepção de pré-escolares sobre saúde bucal. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. v. 20, n. 1, p. 52-59, jan./abr., 2008.
- AQUILANTE, A. G. A importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. **Revista de Odontologia da UNESP**. v. 32, n. 1, p. 39-45, 2003.
- AROUCA, A. S. S. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 430.
- AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, set. 2003/fev, 2004.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.
- BARROS, J. P. P. et al. O conceito de “sentido” em Vygotsky: considerações epistemológicas e suas implicações para a investigação psicológica. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 174-181, 2009.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 81 de 05 de junho de 2014. Brasília: Senado Federal, 2014b. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.06.2014/CON1988.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2013
- BRASIL. [Lei Darcy ribeiro (1996)]. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014a. 45 p. – (Série legislação; n. 118).
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria da Educação Fundamental. **Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil**. Brasília: MEC/SEF, 1998. 103 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 24, p. 96, 2009.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília: MEC/SEF, 1997. 126 p.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências** [livro eletrônico] 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CAMPOS, M. M.; FÜLLGRAF, J.; WIGGERS, V. A qualidade da educação infantil brasileira: alguns resultados de pesquisa. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 127, jan./abr. 2006.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências** [livro eletrônico] 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.) **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

CERISARA, A. B. Educar e cuidar: por onde anda a educação infantil? **Perspectiva**, Florianópolis, v. 17, n. Especial, p. 11-21, jul./dez. 1999.

CINTRA, F. A.; SAWAIA, B. B. A significação do glaucoma e a mediação dos significados de velhice na perspectiva Vygotskiana: subsídios para a educação à saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 34, n. 4, p. 339-346, 2000.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 2, p. 214-217, mar./abr. 2005.

COLE, M.; SCRIBNER, S. Introdução. In: VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. Tradução José Cipolla Neto et al. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3893-3900, 2011.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências** [livro eletrônico] 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

DANIEL, T. S. et al. Percepção do paciente infantil frente ao ambiente odontológico. **Odontologia. Clín. – Científ.**, Recife, 7 (2): 129-132, abr./jun., 2008.

DANTAS, H. A afetividade e a construção do sujeito na psicogenética de Wallon. In: DANTAS, H.; LA TAILLE, Y.; OLIVEIRA, M. K. **Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão**. São Paulo: Summus, 1992. 115 p.

FARIA, W. S.; MELLO, M. A. A aprendizagem na primeira infância por meio de contribuições da teoria histórico-cultural. **Cadernos da Pedagogia (UFSCar Online)**, v. 1, n. 5, p. 267-284, jan./jul. 2009. Disponível em: <<http://www.cadernosdapedagogia.ufscar.br/index.php/cp/article/viewFile/125/76>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

FAVA, S. M. C. L.; NUNES, Z. B.; GONÇALVES, M. F. C. Abordagem histórico-cultural como referencial teórico para pesquisa em enfermagem. **REAS** [Internet], v. 2, n. 2 Especial, p. 107-115, 2013.

FERREIRA, S. **Imaginação e linguagem no desenho da criança**. 2. ed. Campinas: Papirus, 2001, 111 p.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397- 402, mar. 2010.

GERHARDT, A. F. L. M. Integração conceptual, formação de conceitos e aprendizado. **Revista Brasileira de Educação**, v. 15, n. 44, p. 247-263, maio/ago. 2010.

GÓES, M. C. R.; CRUZ, M. N. Sentido, significado e conceito: notas sobre as contribuições de Lev Vigotski. **Pro-Posições**, v. 17, n. 2, p. 31-45, maio/ago. 2006.

GONÇALVES, F. D. et al. Health promotion in primary school. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.12, n.24, p.181-92, jan./mar. 2008.

GONÇALVES, M. F. C. Representação e faz-de-conta na educação infantil: entendendo os processos de desenvolvimento da criança. In: UTSUMI, M. C. (Org.). **Entrelaçando saberes: contribuições para a formação de professores e as práticas escolares**. Florianópolis: Insular, 2002, 200 p.

GONÇALVES, M. F. C. **Se a professora me visse voando ia me por de castigo: a representação de escola feita pela criança de baixa renda em sua primeira experiência discente**. 1990. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1990.

GOULART, R. M. M. Promoção de saúde e o programa escolas promotoras da saúde. **Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde**. (IMES). São Caetano do Sul. v.1, n. 1, p. 5-13, 2006.

HADDAD, L. **A ecologia do atendimento infantil: construindo um modelo de sistema unificado de cuidado e educação**. 1997. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 8-13, 2003.

KRAMER, S. As crianças de 0 a 6 anos nas políticas educacionais no Brasil: educação infantil e/é fundamental. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 27, n. 96 - Especial, p. 797-818, out. 2006.

KUHLMANN JR., M. Histórias da educação infantil brasileira. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 5-18, maio/ago., 2000.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Tradução Manuel Dias Duarte. Lisboa: Livros Horizonte, 1978. 352 p.

LOPES, M. S. V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-468, jul./set. 2010.

MARANHÃO, D. G. O processo saúde-doença e os cuidados com a saúde na perspectiva dos educadores infantis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.1143-1148, out./dez., 2000.

MELLO, S. A. Algumas implicações pedagógicas da Escola de Vygotsky para a educação infantil. **Pro-Posições**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 16-27, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.proposicoes.fe.unicamp.br/~proposicoes/textos/28-artigos-mello.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

MOREIRA, P. L.; DUPAS, G. Significado de saúde e de doença na percepção da criança. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 757-762, nov./dez. 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIRANDA, F. A. N.; FUREGATO, A. R. F. Instrumento projetivo para estudos de representações sociais na saúde mental. **SMAD Revista Eletrônica Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 2, n. 1, 2006.

MUKHINA, V. **Psicologia da idade pré-escolar**. Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 1995. 312 p.

NAIDOO, J.; WILL S, J. **Foundations for health promotion**. 3 rd ed. Toronto: Baillière Tindall, 2009. 328 p.

NEWMAN, F.; HOLZMAN, L. **Lev Vygotsky: cientista revolucionário**. São Paulo: Loyola, 2002.

NUNES, D. G. Educação infantil e mundo político. **Rev. Katál.**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 86-93, jan./jun. 2009.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**. São Paulo, p. 320-328, 2007.

PELICIONI, M. C. F.; TORRES, A. L. **A Escola Promotora de Saúde**. São Paulo: EDUSP, n. 12, 1999. Série monográfica.

- PEREIRA, O. P.; ALMEIDA, T. M. C. Saúde e poder: um estudo sobre os discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, v. 15, n. 2, p. 91-98, 2005.
- PEROSA, B. G.; GABARRA, L. M. Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.135- 147, set.2003-fev., 2004.
- RIBEIRO, C. A.; ÂNGELO, M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 391-400, 2005.
- RUSSO, R. C. T.; COUTO, T. H. A. M.; VAISBERG, T. M. J. A. O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiência. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 250-255, 2009.
- SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.
- SILVA, C. S. Escola Promotora de Saúde: uma visão crítica da Saúde Escolar. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde - I**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 14-20, 2003.
- SILVA, K. L.; SENA, R. R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Ver. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 4, p. 488-491, jul./ago. 2006.
- TRINCA, A. M. T. Ampliação e expansão. In: TRINCA, W. **Formas de investigação clínica em psicologia**. São Paulo: Vetor, 1997. cap. 2, p. 35-66.
- TRINCA, W. **O desenho livre como estímulo de a percepção temática**. 1972. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972.
- TRINCA, W.; BARONE, L. M. B. O procedimento de desenhos-estórias na avaliação das dificuldades de aprendizagem. In: BOSSA, N. A.; OLIVEIRA, V. B. (Org.). **Avaliação psicopedagógica da criança de sete a onze anos**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- UNESCO. **Educação e Cuidado na Primeira Infância**: grandes desafios. Tradução Guilherme João de Freitas Teixeira. Brasília: UNESCO Brasil, OECD, Ministério da Saúde, 2002. 314p.
- UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde**: relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília: UNICEF, 1979. 64 p.
- VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. Tradução Paulo Bezerra. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009a, 496 p.

VIGOTSKI, L. S. **A Formação Social da Mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. Tradução José Cipolla Neto, Luís Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998, 191 p.

VIGOTSKI, L. S. **Imaginação e criação na infância:** ensaio psicológico - livro para professores. Tradução Zoia Prestes. São Paulo: Ática, 2009b, 135 p.

VIGOTSKI, L. S. **Psicologia Pedagógica.** Tradução do russo e introdução Paulo Bezerra. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010. 561 p. – (Coleção textos de psicologia)

VYGOTSKI, L. S. **Obras Escogidas.** Tomo II. 2. ed. Madrid: Machado Libros, 2001.

VYGOTSKI, L. S. **Obras Escogidas.** Tomo III. Madrid: Visor Distribuciones, 1995.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichan**, Colombia, v. 8, n. 1, p. 85-96, abr. 2008.

WALLON, H. **Psicologia e Educação da Criança.** Tradução Ana Rabaça, Calado Trindade. Lisboa: Editorial Vega, 1979.

ZANELLA, A.V. et al. Questões de método em textos de Vygotski: contribuições à pesquisa em psicologia. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 25-33, 2007.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 095/2012

Ribeirão Preto, 24 de maio de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 25 de maio de 2012.

Protocolo CAAE: 01909912.3.0000.5393

Projeto: Significados de saúde para crianças de 5 anos: uma contribuição para a promoção de saúde na educação infantil.

Pesquisadores: Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves
Sílvia Regina Baldo do Camargo

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO²

Pesquisa: **Significados de saúde para crianças de 5 anos: uma contribuição para a promoção de saúde na educação infantil**

Pesquisadora: Silvia Regina Baldo de Camargo

Orientadora: Profa. Dra. Marlene F.C. Gonçalves

Telefone para contato: (16) 3602 3447

E-mail: srbaldo@usp.br / mgoncalves@eerp.usp.br

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP

Seu(a) filho(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) para participar da pesquisa: *Significados de saúde para crianças de 5 anos: uma contribuição para a promoção de saúde na educação infantil.*

OBJETIVOS, JUSTIFICATIVA E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: O objetivo dessa pesquisa é apreender os significados que crianças de cinco anos atribuem à saúde e aos cuidados referentes à saúde a que são submetidas. Entendemos que esse estudo pode contribuir com o educador infantil para que ele saiba intervir, de modo efetivo, nas questões de promoção à saúde desenvolvidas na escola, bem como à realização de propostas e programas que possam ser realizados com esse fim. Com a sua permissão, seu filho(a) será convidado a realizar desenhos e conversar sobre os mesmos, na escola, sendo livre para recusar-se a participar. Se ele(a) aceitar, será solicitado dois desenhos a partir dos temas: “Criança com saúde” e “Alguém cuidando da saúde da criança” e , depois de terminado cada desenho, contará uma história sobre eles. O tempo estimado para a execução dos desenhos e contação das histórias é de 40 minutos para cada criança. A história, contada pelo seu(a) filho(a), será gravada e posteriormente transcrita e ficará guardada por 05 (cinco) anos após o término do trabalho e descartada após esse período. O estudo será realizado em sala reservada na escola em que ele(a) estuda, em horário que não comprometa suas atividades escolares. Tais dados serão utilizados para estudo, de forma a não identificar seu(a) filho(a). A referida pesquisa será apresentada em eventos científicos e será publicada, mas seu nome não será divulgado.

DESCONFORTOS E RISCOS: Não há previsão de desconfortos e riscos para esta modalidade de estudo.

² VERSÃO 2 - aprovada pelo CEP da EERP-USP

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. A participação de seu(a) filho(a) é voluntária, não havendo remuneração por isso e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. Sua liberdade do consentimento é particularmente garantida por tratar-se de aluno da escola onde se realizará a pesquisa, que poderia estar, portanto, sujeito à influência de autoridade do professor da Instituição - mesmo a pesquisadora não sendo professora do sujeito, atuou como professora na instituição. Esse instrumento assegura-lhe a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias. Vocês são livres para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. As pesquisadoras irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. A criança não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram asseguradas, relacionadas a seguir:

1. A garantia de receber esclarecimentos a qualquer etapa do trabalho;
2. A não remuneração pela participação;
3. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento;
4. A segurança de que meu(a) filho(a) não será identificado(a) e que será mantido o caráter confidencial de informação relacionada com a sua privacidade.

Em caso de dúvidas poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, à Av. Bandeirantes 3900, Ribeirão Preto, SP.

Recebi uma cópia assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Declaro ainda que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que aceito que meu(a) filho(a) participe deste projeto.

Data: _____ / _____ / 2012

Participante:

Nome: _____ Assinatura: _____

Pesquisadoras:

Silvia Regina Baldo de Camargo Assinatura: _____

Profa. Dra. Marlene F. C. Gonçalves Assinatura: _____