

Regina Pagotto Bossolan

**A concepção das crianças e os valores
associados à doação de sangue:
doadores do futuro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", campus de Botucatu, para obtenção do Título de Mestre.

Orientador: Prof^a Dr^a Gimol Benzaquen Perosa

***Botucatu-SP
2007***

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Bossolan, Regina Pagotto.

A concepção das crianças e os valores associados à doação de sangue: doadores do futuro / Regina Pagotto Bossolan. – Botucatu : [s.n.], 2007.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2007.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Gimol Benzaquen Perosa

Assunto CAPES: 40600009

1. Educação sanitária. 2. Desenvolvimento moral. 3. Crianças. 4. Sangue – Doação.

CDD 614

Palavras chave: Criança; Desenvolvimento moral; Doação de sangue; Educação em saúde; Recursos metodológicos.

"Que lindo e simples resumo da tarefa
da educação!

Plantar jardins, construir cidades-
jardins, mudar o mundo,
torná-lo belo e manso. Aprender
construindo.

Aprender fazendo. Para que as crianças
possam brincar.

Para que os adultos possam voltar a ser
crianças. E espalhar sonhos, porque
jardins, cidades e povos se fazem com
sonhos".

Rubem Alves

Aos meus pais, **Vilma** e **Horácio**,
Pelos oportunidades que me deram...
Por tudo o que viveram comigo, por mim,
para mim...

Especialmente à **Prof^a. Dra. Gimol Benzaquen Perosa**, por toda dedicação, pela orientação cuidadosa, pelo exemplo profissional e por tudo o que me ensinou nesses anos...

Às **escolas e às crianças** participantes, pela confiança...

À **minha família**, por ser muito presente em minha vida, por me dar um porto seguro...

Ao **Danilo**, pela atenção, carinho e companheirismo, que tornam a vida mais leve, com ainda mais encanto...

À **Priscila M. Ranzani**, pela amizade e auxílio nas categorizações das respostas...

À **Trícia**, por cada pedacinho que vivemos juntas nesses dois anos e meio: os trabalhos, as aulas, todas as angústias e risadas...

Às amigas de toda vida (**Letícia, Mariana, Tais** e **Thaís**), à turminha das "Andorinhas" de Bauru, pela amizade sincera, força, companheirismo e amor....

À **Adriana, Clarissa, Danusa, Janaína, Letícia, Valéria**, amigas que me deram muito apoio e que tornaram Botucatu especial... sou muito grata a vocês...

À **Gisele, Cristiane, Vânia** e **Geovana**, por serem companheiras de trabalho e dividirem comigo o dia-a-dia...

À **Prof^a Dra. Ana Teresa Abreu Ramos Cerqueira**, por todas as sugestões, pela leitura atenta e cuidadosa do trabalho, por ser, para mim, modelo profissional...

À **Prof^a. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino** e ao **Prof. Dr. Mário Sérgio Vasconcelos**, pela disponibilidade e importantes "dicas" que enriqueceram muito este estudo...

Ao **Dr. Newton Key Hokama**, por ter me apresentado o mundo da doação de sangue, por fazer a Medicina e a Arte andarem lado a lado...

Aos **funcionários do GAP**, em especial ao **Prof. Dr. José Eduardo Corrente**, pela atenção e auxílio com as análises estatísticas...

Às **funcionárias da Biblioteca**, pelas orientações, pela simpatia, gentileza e competência...

Às funcionárias, **Maria Luísa** e **Rosângela**, do Laboratório de Saúde Coletiva, pela simpatia e ajuda com algumas questões metodológicas...

Aos funcionários do Departamento de Neurologia e Psiquiatria, em especial ao **André Spadotto**, pela ajuda "com o computador" e por todas às vezes que me socorreu...

SUMÁRIO**RESUMO****ABSTRACT**

JUSTIFICATIVA _____	12
INTRODUÇÃO _____	18
Escola: espaço para promoção de saúde.....	23
A compreensão da criança do processo saúde / doença.....	24
A compreensão e a aquisição dos valores morais pela criança.....	28
Doação de sangue: programas de educação em saúde dirigidos a crianças.....	34
Metodologias para abordar crianças.....	36
OBJETIVOS _____	39
Objetivos específicos.....	40
METODOLOGIA _____	42
Desenho	43
Sujeitos	43
Aspectos Éticos	44
Instrumentos	45
Procedimento	46
Análise e tratamento dos dados	48
RESULTADOS _____	63
Características da amostra	64
Classificação da amostra nos estágios cognitivos propostos por Piaget....	67
Aspectos gerais da análise dos dados	67
Análise dos dados	68
DISCUSSÃO _____	85
O grau de informação sobre doação de sangue	86
Doação de sangue e aquisição de valores	92
Doação de sangue, sentimentos e emoções	96
Considerações metodológicas	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	109
REFERÊNCIAS _____	116
ANEXOS _____	128

RESUMO

Uma das preocupações atuais dos serviços de saúde diz respeito aos baixos índices de doação de sangue. Essa constatação levou os hemocentros a desenvolverem programas de conscientização, na mídia e nas escolas, partindo do pressuposto que a formação de cidadãos responsáveis pelo bem-estar pessoal e coletivo se inicia na infância. Frente à necessidade de subsídios para elaboração desses programas, este projeto teve como objetivo investigar a concepção que escolares de idades e estágios cognitivos diversos têm sobre doação de sangue, a importância que atribuem ao ato de doar e receber sangue, as informações de que dispõem, quais são suas fontes de informação, assim como fantasias e sentimentos associados à doação e recepção. Para tal, 145 escolares de faixa etária dos 6, 8 e 10 anos de idade foram submetidos a provas de desenvolvimento cognitivo, responderam a uma entrevista individual, semi-estruturada, com questões norteadoras sobre os temas discutidos e tiveram que se posicionar frente a um dilema. Num segundo momento, foi pedido que elaborassem um desenho para sensibilizar as pessoas a doarem sangue. Os resultados mostraram que, tanto na entrevista como na resolução do dilema e no desenho, a maioria das crianças associou a doação com um ato de ajuda ao outro, parecendo mostrar que, independente do recurso metodológico utilizado, os escolares relacionaram o ato de doar com os valores de generosidade e solidariedade, possivelmente influenciados pelos slogans veiculados nas campanhas. Apesar das crianças com maior escolaridade, na fase de desenvolvimento formal, possuir um número significativamente maior de informações, quando comparadas com as mais novas, que freqüentavam o pré e a segunda série, o nível de desinformação e

de informações errôneas sobre o processo de doação, foi alto, na amostra como um todo. O maior grau de desconhecimento era das crianças que freqüentavam escolas públicas de periferia. Ao tentar justificar porque as pessoas não doam, as crianças recorreram a condições emocionais, medo, dor, ou aos malefícios para a saúde do doador. Apesar do baixo número de pais doadores, a família foi considerada a principal fonte de informação, seguida pelos meios de comunicação. Apenas 5,5% das crianças relataram que o tema foi abordado na escola. Os resultados parecem mostrar que, as campanhas educativas sobre doação de sangue têm tido um alcance limitado para a população escolar e que, a escola pouco tem se envolvido no debate da questão. Discute-se seu papel nos programas de Educação em Saúde, especialmente naqueles que não envolvem ganhos pessoais e imediatos (como as campanhas de saúde bucal, dietas saudáveis), mas preconizam a aquisição de comportamentos a longo prazo (quando maiores de 18 anos) que visam à coletividade e trazem, como único ganho para o doador, a satisfação pessoal.

Palavras-chave: educação em saúde, doação de sangue, desenvolvimento moral, criança, recursos metodológicos.

ABSTRACT

One of the actual concerns in health services is the low number of blood donation. This observation led hemocenters to develop awareness programs in media and at schools, once the formation of citizens responsible for the individual and collective well-being begins in childhood. Due to the necessity of information for the programs' design, the aim of this project was to investigate the idea that students from different cognitive stages and ages have about blood donation, the importance they give to the act of donating and receiving blood, the information they have on the issue and its source, as well as the fantasies and feelings related to it. Thus, 145 students aged 6, 8 and 10 years were submitted to cognitive development tests; answered to an individual semi-structured interview, with question related to the themes discussed previously, and had to solve a dilemma. On a second moment, they were asked to draw a touching picture to motivate people to donate blood. Results showed that in the three situations, interview, dilemma solving and drawing, children associated the donation with an act of helping the other, showing that, independent on the methodological source used, the act of donating was related to generosity and solidarity values, possibly because these are the most frequently used slogans in campaigns. Despite the fact that children with a higher level of education, in formal development stage, also have a significantly higher level of information, disinformation and misinformation was high, in the sample as a whole, if compared to the younger ones, who were at pre-primary and second year of primary school. Children from the outskirts public schools were the least informed on the issue. When trying to justify the reason why people do not donate blood, children mentioned emotional conditions, fear of pain or damage

to donor's health. Although the number of donor parents was low, family was considered the main source of information, followed by the means of communication. Only 5,5 % reported that the theme had been discussed in formal education, that is, at school. Results seem to show that the educational campaigns about blood donation have had a limited reach on the scholar population, and schools have had little involvement on the issue. The role of school in Health Education programs has been discussed, specially in those which individual and immediate gains are not involved (such as mouth health campaigns, healthy diets), but lead for a long-term behavior (up to 18 years of age) whose aim is the community and offer, as the only profit for the donor, the personal satisfaction.

Key words: Health Education; moral development, blood donation, child, methodology

Justificativa do estudo

A história mostra que o sangue tem um valor simbólico, para o homem, desde épocas muito remotas. Há evidências de que os gregos o consideravam um sustentáculo da vida e que os povos, da antiga civilização egípcia, se banhavam nele. Nos dias atuais, seu papel é fundamental na área da saúde, tanto para transfusões como para fabricação de hemoderivados. Apesar de na última década, numerosas unidades cirúrgicas terem conseguido substancial redução no uso do sangue e seus produtos, graças ao refinamento das técnicas anestésicas, cirúrgicas e de preservação do sangue, sua utilização ainda é fundamental na recuperação dos pacientes, e os hospitais dependem do sangue estocado nos hemocentros (Bastos et al., 2001).

Historicamente, desde 1627, com a descoberta da circulação sangüínea e da possibilidade de transfusão, o sangue passou a ser estudado cientificamente (Hemoterapia). Há relatos de que a primeira transfusão sangüínea foi feita do sangue de um animal (carneiro) para um portador de tifo, que não sobreviveu. Como conseqüência, suspendeu-se a doação de sangue de animal para seres humanos e passou-se a utilizar o sistema braço a braço, no qual uma pessoa doava diretamente para outra. Essa técnica também fracassou, de início, e sua prática foi proibida durante 150 anos, na Europa. Com a descoberta dos grupos sangüíneos, fator RH e anti-coagulantes, a Hemoterapia começou a obter resultados mais estimulantes (Ministério da Saúde, 1997).

No Brasil, a situação da doação de sangue após a II Guerra Mundial foi marcada pela abertura de bancos de sangue privados que, regidos

pelos valores do comércio, lucratividade e pela falta de informações da população, disseminaram a transmissão de doenças, via transfusão. A partir da década de 70, iniciou-se a implantação dos hemocentros, a doação tornou-se voluntária e gratuita e começaram os investimentos na produção de técnicas de fracionamento de sangue e produção de hemoderivados. Na década de 80, surgiram novas medidas para regularizar as doações de sangue: a portaria 07/80 Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – Pró-Sangue e, posteriormente, a Coordenação de Sangue e Hemoderivados. Na década de 90, com a portaria 1376/93 foram regulamentadas as normas às quais todos Hemocentros devem obedecer (Ministério da Saúde, 1997), com o objetivo de estabelecer normas de segurança para controle da qualidade do sangue e, também, garantir as condições de saúde do receptor e doador.

Se por um lado, o sangue ajuda a salvar vidas, por outro, pode ser um transmissor de doenças. Recentemente, a evidência de transmissão do vírus causador da Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida (AIDS), pela transfusão de sangue, afastou sobremaneira doadores e obrigou o governo a implantar mecanismos de controle mais eficazes e permanentes nos serviços de coleta e transfusão (Saraiva, 2005). Apesar das medidas de controle e das campanhas de informação, os hemocentros ainda padecem com a falta de sangue em seus estoques, o que gera necessidade de campanhas emergenciais para abastecer os hospitais de sua área de atuação.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) apenas 1,8% da população mundial é doadora de sangue, enquanto o ideal seria de 3% a 5%. Como consequência, há falta de sangue para o atendimento da

população (Alcântara, 2006).

No Brasil, a Anvisa, juntamente com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, entrevistou 3108 doadores e 1555 não doadores, em Hemocentros de referência de todo o território brasileiro, com a finalidade de traçar um perfil dos doadores brasileiros. Identificou-se que, a população doadora é composta, em sua maioria (62,39%), por homens, enquanto a maioria de não-doadores é do sexo feminino (56,27%). Os doadores possuem, na família, um índice superior de outros doadores (52,32%), quando comparados com os não doadores (41,9%). Quanto ao número de doações, mais da metade da amostra de doadores (53,47%) já havia realizado mais de cinco doações, algo que é indicativo de alto índice de fidelização e 70,16% disseram que a doação é espontânea. Dos não doadores, 22,60% justificam a não doação pelo sentimento de medo (ANVISA, 2005).

Frente a este quadro, o Ministério da Saúde assim como os hemocentros vêm diversificando as estratégias para aumentar o número de doadores, em especial doadores fidelizados, através de campanhas na mídia e desenvolvimento de atividades em contextos comunitários como sindicatos, igrejas, escolas, etc (Fundação Pró-Sangue).

Várias iniciativas educacionais vêm mostrando que é possível iniciar, com sucesso, a aprendizagem de hábitos na infância, mesmo que a pessoa só vá emitir esses comportamentos quando adulta, como, por exemplo, os programas que se propõem a trabalhar com o conceito de cidadania, de sexo seguro, alimentação saudável, etc. A preocupação atual com os

problemas decorrentes da obesidade e má alimentação levou escolas a implantarem projetos de conscientização sobre os riscos de hábitos alimentares nocivos na vida moderna, visando reduzir o número de adultos que, no futuro, precisarão de cuidados médicos. Esses programas têm como objetivo último melhorar a qualidade de vida, diminuir os gastos públicos com a saúde e incentivar a mudança de hábitos, antes que doenças possam aparecer (Valadão, 2004).

Programas que visam colaboração da criança em seu autocuidado também têm se mostrado fundamentais em pacientes com doenças crônicas, como asma, diabetes, epilepsia. A participação ativa da criança no controle da doença parece acarretar mudança substancial na sua qualidade de vida (Bauman et al., 1997).

Mais recentemente, algumas propostas têm sido sugeridas para serem desenvolvidas no ambiente escolar, a fim de contornar o problema do escasso número de doadores. Parte-se do pressuposto de que é preciso dar visibilidade e incentivar uma cultura de doação nas crianças de hoje, doadores do futuro. Como exemplo, o Hemocentro de Botucatu, há alguns anos vem realizando campanhas nas escolas, com o objetivo de sensibilizar as crianças sobre a necessidade da doação de sangue. Uma das estratégias consiste em um concurso de cartazes. Em 2005, participei, com outros pesquisadores, de um trabalho de análise dos desenhos feitos por escolares de Botucatu, para concurso sobre doação de sangue (Bossolan et al., 2005). A análise dessa produção gráfica instigou a curiosidade e o interesse em saber mais sobre o conhecimento e atitudes das crianças em relação à doação. Algumas

indagações podem ser feitas quando se elege como população alvo, a criança: ela já ouviu falar em doação de sangue? Como ela avalia o ato de doar? Há medos associados e falsas informações? Como percebe o receptor? Quais são as fontes de informação? Como esse assunto é abordado pela família?

O presente trabalho pretende coletar essas informações para subsidiar programas de educação em saúde, que visem à formação de cidadãos mais conscientes e críticos de sua responsabilidade, direitos e deveres em relação aos seus cuidados e bem estar pessoal e coletivo.

INTRODUÇÃO

O ideal do SUS, nas últimas décadas, tem sido estimular propostas que considerem a saúde de forma mais abrangente, associando saúde às condições de vida: assim, o direito à saúde se iguala ao direito à vida. Portanto, se fazem necessárias práticas que extrapolem o nível curativo e abarquem, também, a recuperação e promoção da saúde (Cunha & Cunha, 2001).

Frente a esse novo conceito de saúde, desde a década de 70, a Educação em Saúde foi repensada, estimulando propostas que não restringem o processo saúde/doença ao plano biológico, mas o concebem como resultado da inter-relação entre fatores sociais, econômicos e culturais. Seu objetivo é o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, capacitando-os a tomarem decisões e escolherem estratégias mais apropriadas para promoção, manutenção e recuperação da saúde (L' Abbate, 1994; Alves, 2005). Se a princípio, caracterizava-se a Educação em Saúde como transmissão de um conjunto de saberes e práticas científicas para pessoas da comunidade, mais recentemente, Cyrino (2005) aponta que, o desafio, hoje, está em reconhecer o outro como sujeito possuidor de conhecimento, dono de uma experiência e saber prático, sendo este o ponto de partida do diálogo profissionais/sujeitos, para mudança de hábitos e condutas relacionadas à saúde.

No caso específico das crianças, embora seu papel e participação no âmbito familiar e seu poder de decisão tenham mudado substancialmente nos últimos anos, pouca responsabilidade lhes tem sido delegada em ações preventivas de saúde, havendo expectativa de que adultos

se responsabilizem pelos seus cuidados, especialmente a mãe (Pantell et al., 1982; Contro et al., 2002). Não há dúvida de que os pais têm um importante papel em relação à saúde de seus filhos. O convívio diário com a criança lhes confere o papel de educadores e faz com que assumam parte da responsabilidade pelas condutas curativas e profiláticas relacionadas aos filhos. Entretanto, não se pode assumir, *a priori*, que a percepção e conhecimento que têm sobre saúde, doença e prevenção reflitam, com precisão, os sentimentos e necessidades das crianças, especialmente quando essas vão se tornando mais independentes (Tates & Meeuwesen, 2001).

Apesar da resistência, no meio médico, em aceitar que a criança pode compreender conceitos de saúde /doença, estudos norte-americanos recentes relatam a existência de vários programas direcionados às crianças, com objetivo de promover a saúde e prevenir doenças, voltados para educação nutricional, importância dos exercícios físicos, saúde bucal, prevenção à violência familiar e abuso infantil (Power et al., 2002).

Partindo do pressuposto de que a educação em saúde precisa ser trabalhada desde a infância e, de acordo com o princípio de integralidade do SUS surgiram, no Brasil, vários programas com propostas que ampliam os contextos de desenvolvimento das práticas educativas em saúde, envolvendo, principalmente, as escolas (Alves, 2005). Entretanto, vários desses programas têm recebido diversas críticas: alguns por priorizarem os tratamentos preventivos medicalizadores e curativos em detrimento do enfoque educacional; outros com uma preocupação maior com a dimensão educativa, por estarem, ainda, fortemente apoiados em práticas de transmissão de

conhecimentos e por não constituírem espaço para práticas dialógicas, capazes de mobilizar a criança (Pauleto, 2004).

Embora a maioria dos programas tenha por objetivo propiciar mudanças imediatas de comportamento, já há programas de educação em saúde visando aquisição ou mudança de comportamentos futuros, como incentivo ao aleitamento materno, sexo seguro, prevenção da drogadição, doação de órgãos e de sangue. São programas que têm como população alvo crianças e adolescentes.

Atualmente, veículos de comunicação e vários segmentos da sociedade brasileira têm chamado a atenção para a questão da doação de sangue. Inúmeras iniciativas surgiram com objetivo de aumentar estoques dos hemocentros. Por exemplo, campanhas nacionais, muitas vezes subsidiadas pelo próprio Ministério da Saúde, tentam conscientizar pessoas sobre a importância de se tornarem doadoras, fornecem informações sobre procedimentos empregados e as condições necessárias para ser doador. No geral, as campanhas associam o ato de doar a alguns valores: solidariedade, cidadania, responsabilidade e possibilidade de salvar vidas. Os *slogans* enfatizam: “Doe sangue e salve uma vida”, “Essa corrente não pode parar”, entre outros. A finalidade última das campanhas é formar um corpo de doadores, denominado pelos hemocentros de fidelizados, que assumem compromisso de doar regularmente, já que grande parte doa apenas diante de circunstâncias específicas, como cirurgias de familiares ou conhecidos (Anvisa, 2006).

Alguns hemocentros, como o Hemope (Centro de Hemoterapia e Hematologia de Pernambuco) procuraram facilitar a doação, oferecendo maior conforto ao doador, ambiente agradável e serviço de ligações 0800, em que é possível receber informações e agendar horário para se efetuar a doação, evitando filas de espera (Hemope, 2005).

Se, por um lado, as campanhas dão visibilidade ao problema e disseminam informações pela mídia, seu efeito tem sido temporário e limitado. Há evidências de que a mudança de comportamento não é permanente: com a suspensão do estímulo, o comportamento tende a se extinguir. Para alguns autores, se o objetivo for mudanças mais estáveis é preciso embasar-se em um modelo de educação mais crítico, que priorize relação educativa com a comunidade, valorizando trocas e diálogo entre profissionais e usuários, reconhecidos como portadores de um saber sobre saúde e doença (Pauleto, 2004; Alves, 2005).

Na medida em que na escola há disseminação de importantes códigos para a socialização e meios para exercício da cidadania, ela pode ser um espaço adequado para implantação de práticas promotoras de saúde. Sendo assim, é possível pensar na construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes que dão suporte à saúde, fortalecimento de ações comunitárias e desenvolvimento de habilidades pessoais, ou seja, ações que podem produzir conseqüências no bem-estar individual e coletivo (Valadão, 2004).

Escola: espaço para promoção de saúde

Segundo Mitijáns-Martínez (1996) apud Valadão 2004, “*as contribuições da escola em relação à saúde humana podem ser essenciais e múltiplas: proporcionar ao sujeito formação cultural que lhe permita acesso às mensagens sobre saúde divulgadas por diferentes vias; preparar para a inserção no mundo do trabalho; aportar conhecimentos através de muitas disciplinas específicas voltadas para a saúde*” (p.22).

Partindo de uma visão integral da personalidade humana, a escola precisa valorizar os recursos subjetivos de cada criança, para que suas experiências ganhem sentido e promovam a adoção de hábitos de vida mais saudáveis. Possivelmente, no caso dos programas de educação em saúde para crianças, seu desenvolvimento no contexto escolar pode trazer vantagens adicionais, na medida em que a literatura relata inúmeras dificuldades na comunicação do profissional de saúde e criança, ao abordar o tema saúde/doença (Vacik et al.,2001).

A compreensão da criança do processo saúde / doença

Woodgate (2001) constatou que as crianças, principalmente as doentes, são consideradas pelos adultos como sendo mais vulneráveis, socialmente incompetentes e do ponto de vista cultural são tidas como ignorantes e intelectualmente imaturas. Vacik et al. (2001) observaram que os profissionais de saúde que atendem crianças têm dificuldade em avaliar seu nível de compreensão. Por um lado, há tendência para superestimar o entendimento das crianças menores, acreditando que elas têm recursos que permitem uma compreensão mais elaborada dos fenômenos. Por outro, os profissionais subestimam a capacidade de entendimento de crianças maiores (10-11 anos), ao utilizar termos infantilizados e muitas analogias concretas para explicar as doenças.

Parece haver uma crença generalizada entre profissionais de saúde que crianças não compreendem conceitos de saúde e doença e podem sofrer perturbações emocionais se esses assuntos forem abordados. Acredita-se que, não colocar esses temas em discussão ou dar-lhes responsabilidades seria uma forma de protegê-las (Hart & Chesson, 1998).

Um número significativo de pesquisas de linha piagetiana, no entanto, comprovou que, com o aumento da idade e do estágio cognitivo, há mudanças na compreensão das crianças da causa, prevenção e cura das doenças (Perosa, et al., 2006).

Para Piaget, o conhecimento, o modo de pensar o mundo é organizado por estágios, sendo que a evolução de um estágio a outro sempre ocorre na mesma seqüência e é influenciada pela experiência, pelo meio social em que a criança vive, pela afetividade e suas interações sociais. Piaget descreve os seguintes estágios, segundo Vasconcelos (2000):

- Estágio sensório motor (0-2 anos): a relação da criança com seu meio é vivenciada principalmente pelos órgãos sensoriais e habilidades motoras. Não existe ainda uma consciência que diferencie o eu dos objetos do mundo externo e, além disso, pensamentos e comportamentos ocorrem concomitantemente;

- Estágio pré-operacional (2-7 anos): com o desenvolvimento da linguagem, as condutas da criança, na dimensão social, afetiva e intelectual sofrem alterações. Ela começa a formar esquemas simbólicos, já consegue imaginar determinada situação mesmo que não a esteja vivendo, há aquisição da permanência do objeto (criança percebe que um determinado objeto continua existindo, mesmo que não esteja no seu campo perceptivo). Para Piaget, nesta fase, a criança ainda é muito egocêntrica: atribui aos objetos e pessoas sentimentos e pensamentos que são seus;

- Estágio operatório concreto (7-11 anos): neste estágio, para as aquisições intelectuais e raciocínio, ainda se faz necessária a presença de objetos concretos. Há declínio do egocentrismo, a criança leva mais em conta a realidade e propriedade dos objetos e, como conseqüência, adquire um conhecimento lógico dos objetos e situações externas;

- Operatório formal (mais de 11 anos): a criança já entende conceitos abstratos (amor, justiça, por exemplo) sem precisar do auxílio da dimensão do concreto.

Dependendo do estágio em que se encontra, a criança compreende de determinada forma o que são e de onde provêm as doenças. Crianças entre 5 e 6 anos, no estágio pré-operatório, conceituam a doença em termos circulares e mágicos; recorrem a explicações auto-culpabilizantes; acreditam que adoeceram porque foram desobedientes e vão sarar, também, de forma mágica. As crianças do estágio operacional concreto, com mais de sete anos de idade, acreditam que são os germes os principais responsáveis pelo adoecimento e que podem evitar a doença evitando a fonte de contágio. Apenas crianças no estágio operatório formal conseguem ter um pensamento hipotético e entender a doença como uma combinação de um estado corporal, que responde de formas diversas às agressões externas. Para estas, a doença é causada e pode ser curada pelo resultado de uma interação complexa entre agentes e hospedeiros. (Perrin & Gerrity, 1981; Perrin et al., 1991).

Tanto crianças, quanto adolescentes tiveram dificuldade em descrever comportamentos geradores de saúde, assim como conseqüências a médio e longo prazo das suas ações, ou seja, dificuldades relacionadas diretamente com a prevenção (Perrin & Gerrity, 1981; Perrin et al., 1991; Hansottir & Malcarne, 1998; Rushforth, 1999; Peltzer & Promtussananon, 2003; Perosa & Gabarra, 2004).

Se a maioria desses trabalhos, desenvolvidos até a década de 80, priorizou a variável idade e estágio cognitivo como responsável pelos diferentes níveis de compreensão das doenças, trabalhos mais recentes destacam o papel da escolaridade, experiência e cultura na aquisição dos conceitos infantis. Assim, crianças saudáveis, sem problemas de saúde, conseguem entender certas doenças com maior facilidade se puderem relacioná-las com sua experiência. Na pesquisa de Eiser et al. (1993), crianças de 3, 4 e 8 anos que haviam tido alguma experiência com sangue, entenderam melhor as propriedades do sangue, função dos componentes sanguíneos e inclusive compreenderam melhor o quadro de leucemia, que crianças da mesma idade, que não haviam tido contato ou visto sangue anteriormente.

Com relação ao grau de escolaridade, apesar de poucas evidências, preconiza-se que crianças de séries mais adiantadas teriam melhor compreensão da causalidade das doenças, possivelmente, porque há nos currículos do ensino fundamental uma disciplina de Ciências que aborda a fisiologia humana e os cuidados com a saúde (Boruchovitch & Mednick, 1997; Peltzer & Promtussananon, 2003; Perosa & Gabarra, 2004).

Poucos estudos abordaram a relação do papel da cultura na aquisição dos conceitos de saúde / doença, a maioria realizada em países desenvolvidos (Boruchovitch & Mednick, 1997). A hipótese inicial era de que o grau de responsabilidade que cada cultura delega às crianças, diferenças lingüísticas, climáticas e as facilidades de acesso aos cuidados médicos ou à escola poderiam influenciar na forma como crianças percebiam o processo de saúde/doença (Hansdottir & Malcarne, 1998). As poucas pesquisas realizadas

até o momento, fora dos Estados Unidos, não dão força à hipótese, sugerindo que as semelhanças nesses conceitos, por crianças de diferentes culturas, são bem maiores que as diferenças (Boruchovitch & Mednick, 2000; Peltzer & Promtussananon, 2003; Perosa & Gabarra, 2004).

A compreensão e a aquisição dos valores morais pela criança.

A Educação em Saúde não tem como objetivo apenas facilitar a aquisição de informações científicas, mas visa mudanças de hábitos e condutas que, em várias situações, envolvem valores morais como solidariedade, altruísmo entre outros. Nesse sentido, ao lado das teorias psicológicas que abordaram o desenvolvimento cognitivo, os estudos sobre desenvolvimento moral podem ter uma forte contribuição tanto no entendimento da formação dos valores infantis quanto na elaboração de programas que objetivem mudanças de atitude e tenham valores subjacentes.

Várias correntes teóricas da Psicologia se dedicaram ao estudo do desenvolvimento moral em crianças. Koller & Bernardes (1997) descrevem desde teorias sócio-biológicas até psicanalíticas, preocupadas com o estudo do comportamento altruísta. O próprio Piaget (1977) tratou do tema e teve vários seguidores cognitivistas, como Kohlberg (1958 -1987), interessado no estudo do julgamento moral e, sócio-cognitivistas, como Einsenberg-Berg (1979), que investigou o desenvolvimento dos comportamentos pró-sociais.

Piaget (1977) abordou, prioritariamente, a questão de aquisição de valores e desenvolvimento moral no livro *Julgamento Moral na Criança*. Para ele, os valores são originários da troca afetiva que a criança estabelece com seu meio (pessoas e objetos). Segundo Arantes (2001) *“eles surgem da projeção dos sentimentos sobre objetos que, posteriormente, com as trocas interpessoais e intelectualização dos sentimentos, vão sendo cognitivamente organizados, gerando o sistema de valores de cada sujeito”* (p. 140).

Para os cognitivistas, o desenvolvimento moral é um processo cognitivo, produto da interação da criança com seu meio ambiente, que culmina com a capacidade do indivíduo de ter empatia por outros e poder descentralizar-se de si mesmo. Assim, o julgamento moral do indivíduo tende a evoluir da heteronomia (moral externa que é imposta pelas autoridades) para a autonomia, que é a consciência individual dos valores e normas (Milnitsky-Sapiro, 2000).

Kohlberg dedicou-se ao estudo do desenvolvimento moral de 1958 a 1987 e, a partir da teoria de Piaget, propôs estágios de desenvolvimento moral (o senso de justiça de um indivíduo) que acompanhariam o desenvolvimento cognitivo da criança. O desenvolvimento moral seria um processo racional, paralelo ao desenvolvimento cognitivo, que sofre, portanto, influência da idade e maturidade cognitiva. A sua evolução ocorre em três níveis e existem, em cada um deles, dois estágios. O primeiro nível, denominado de pré-convencional ou pré-moral é encontrado geralmente em crianças de 4 a 10 anos. Em seu primeiro estágio, elas agiriam em obediência à figura de autoridade, professores ou pais e sob ameaça de

punição, ou seja, a ênfase, neste nível, estaria no controle externo. No segundo estágio, as crianças passariam a agir em um sistema de barganha, procurando ganhos para si próprias. O segundo nível é denominado de convencional ou da moralidade: em seu primeiro estágio, a criança de 10 a 13 anos, comporta-se para ser reconhecida pelos outros como boa pessoa e no segundo estágio, procura agir de acordo com leis e obrigações. O terceiro nível (13 anos até idade adulta), chamado de pós-convencional ou de moralidade auto-aceita dos princípios morais, pode não ser alcançado pela maioria dos adultos em nossa sociedade. Em seu primeiro estágio, o indivíduo se engaja em comportamentos relacionados ao bem-estar de outros e, no segundo, baseia suas ações no respeito aos princípios universais e à consciência individual (Lustosa, 2005).

A passagem por esses estágios, segundo Kohlberg, pode ser estimulada pela educação, já que o desenvolvimento moral se dá através das interações sociais, podendo ter uma progressão mais acelerada, dependendo, por exemplo, do diálogo sobre questões morais entre pais e filhos (Olds & Papalia, 1981).

Se Kohlberg priorizou o estudo do julgamento e comportamento de transgressão (agressão, desonestidade, entre outros), Nancy Eisenberg, em 1979, se propôs a estudar outra faceta da moralidade: o comportamento pró-social (Koller & Bernardes, 1997).

Para Eisenberg, comportamentos pró-sociais são “ações voluntárias destinadas a ajudar ou a beneficiar outros indivíduos ou grupos de indivíduos” (Lustosa, 2005, p.250). São atos de compartilhar, produzidos e

modificados à medida que o tempo passa. Sofrem a influência, também, da idade, das características individuais, motivações, habilidades e o contexto em que cada pessoa vive. O comportamento pró-social seria a capacidade da pessoa ser empática, poder descentralizar-se de si mesmo e saber olhar pela perspectiva do outro (Koller, Bernardes, 1997). Considerar a perspectiva do outro parece ser um fator bastante relevante ao estudar o desenvolvimento moral. Cortella & La Taille (2005), por exemplo, numa discussão sobre valores, lembram que para Paul Ricoeur, a perspectiva ética é a perspectiva de uma vida boa com o outro (isto é, em grupo), para com outro (com cooperação), em instituições justas (o que confere uma dimensão política).

Para avaliar as ações pró-sociais, Eisenberg, assim como Kohlberg, sugerem um novo tipo de instrumento: a apresentação de dilemas. Eisenberg-Berg (1979) relata que, através de histórias às quais a criança tem que propor soluções, é possível identificar como pensa determinados temas. Segundo De Vries & Zan (1998) o *“dilema moral é uma situação na qual reivindicações, direitos ou pontos de vista conflitantes podem ser identificados”* (p.179). Não há uma solução correta ou incorreta para o dilema, interessa, apenas, identificar a forma de raciocínio que a criança utilizou ao escolher um tipo de conduta. O dilema hipotético tem a vantagem de não envolver a criança diretamente com a situação, o que facilita uma discussão mais racional, já que não sofrerá diretamente as consequências da decisão tomada.

Segundo Koller & Bernardes (1997) existem diferenças nos dilemas apresentados por Kohlberg e Eisenberg. Para Eisenberg, diferentemente de Kohlberg, o dilema não deve implicar uma tomada de

posição frente a situações extremas, que envolvam, por exemplo, vida e morte, mas situações em que as escolhas estejam relacionadas às necessidades e desejos de outro indivíduo ou grupo.

Baseada em solução de dilemas propostos às crianças, Eisenberg–Berg (1979) observou, primeiramente, que crianças entre 4 e 5 anos apresentaram, em seus julgamentos, uma frequência maior de raciocínios hedonísticos. Crianças maiores tomaram atitudes esperando aprovação e o desejo de ter agido de forma correta. Na adolescência, surgiram raciocínios empáticos, que traduzem internalização de afetos e valores. Como cada uma dessas fases tinha determinadas particularidades, a autora propôs uma classificação dos níveis de desenvolvimento moral pró-social descritos a seguir:

1º nível - **orientação auto-focada e hedonística** (crianças pré-escolares ou primeiras séries do 1º grau): a motivação para se engajar em determinado comportamento pró-social é determinada pelas conseqüências voltadas para sua própria pessoa, ou seja, o ganho pessoal. Pode ser influenciada também pela questão afetiva (gostar ou não do outro) ou por questões pragmáticas (egoísmo);

2º nível - **orientação para as necessidades dos outros:** (crianças pré-escolares ou das primeiras séries do 1º grau): a criança se engaja num determinado comportamento pró-social demonstrando preocupação com necessidades psicológicas, físicas e materiais da outra pessoa, mesmo que essas sejam contrárias às suas próprias necessidades.

Esta preocupação se expressa, sem evidência clara, de que a criança assume a perspectiva do outro;

3º nível - **orientação para aprovação ou preocupações interpessoais e/ou orientação estereotipada** (crianças e adolescentes do 1º e 2º graus): a criança manifesta ou não o comportamento pró-social como forma de alcançar aprovação ou aceitação dos outros;

4º nível (dividido em dois subníveis): **(a) orientação empática auto-reflexiva** (indivíduos do 1º e 2º graus): é caracterizada pela empatia, preocupações com questões humanitárias e afetos. Há preocupação com as conseqüências de suas ações, que podem levar à culpa ou ao prazer por ter ajudado o outro. **(b) transição** (adolescentes do 2º grau e adultos): predominam normas, responsabilidades, preocupações com condições sociais e proteção dos direitos dos indivíduos. Essas preocupações, muitas vezes, não são demonstradas de forma clara, já que estão em processo de construção;

5º nível - **orientação com forte interiorização** (não aparece em crianças do 1º grau e aparece na minoria de adolescentes do 2º grau): a pessoa justifica o comportamento de ajuda, ou não, baseada na internalização de valores e normas, na preocupação da garantia de direitos iguais aos indivíduos. Neste nível, o indivíduo prioriza valores universais, normas sociais em detrimento das suas próprias necessidades (Lustosa, 2005; Koller & Bernardes, 1997).

Para Eisenberg, contrariando o pensamento de Kohlberg, a criança pode apresentar diferentes tipos de raciocínio moral, num mesmo

momento. Assim, apesar dos adolescentes poderem emitir julgamentos empáticos, ao mesmo tempo, podem agir preocupados com a aprovação do outro. Essa autora dá um peso maior que Kohlberg às características sociais e à influência da socialização no desenvolvimento moral pró-social. Os fatores biológicos, a cultura, a socialização, educação, cognição, responsividade emocional e condições situacionais estimulariam a evolução de atitudes pró-sociais (Koller & Bernardes, 1997).

Segundo Healy (2000), a educação para o desenvolvimento de práticas altruístas não depende, simplesmente, dos grupos sociais ou das características individuais, mas também, das estruturas das instituições em que os sujeitos estão inseridos. Titmuss apud Healy (2000) acredita que o modo como a sociedade organiza instituições sociais pode encorajar ou desencorajar práticas altruístas. Muito dos comportamentos altruístas só são possíveis pelos esforços de organizações que criam oportunidade para que eles ocorram.

Doação de sangue: programas de educação em saúde dirigidos a crianças

Na literatura científica são escassos os estudos sobre elaboração de programas, seja para escolas ou para a rede básica, com o objetivo de incrementar a possibilidade de práticas altruístas, especialmente relacionados à doação de sangue. Uma revisão em publicações, jornais, revistas e sites de internet mostrou que a maioria das iniciativas neste campo é de responsabilidade dos hemocentros. Como exemplo, a Fundação

Hemominas, preocupada com as constantes crises de estoque de sangue e hemocomponentes, elaborou um trabalho de educação continuada com a população infantil, “Projeto Doador do Futuro”, para incentivar a doação. Partindo do pressuposto de que a doação de sangue não faz parte da cultura do povo brasileiro, essa instituição propõe que a mudança da realidade dos serviços hemoterápicos só será possível com a preparação de crianças e jovens conscientes e responsáveis para doações futuras. Com o decorrer do tempo, a fundação procura obter doadores com perfis diferenciados, preocupados com sua saúde e a de seus semelhantes e co-responsáveis pela manutenção do estoque de sangue necessário à comunidade na qual estão inseridos. Pretende, também, envolver no programa educativo funcionários dos hemocentros, escolas e outros segmentos da sociedade. Na sua página da internet apresenta como resultados a constante doação de grupos de alunos, que recém completaram 18 anos, bem como dos familiares das crianças que são “alvos” do programa (Hemominas, 2006).

A Fundação Pró-Sangue, preocupada com a desinformação e os preconceitos que envolvem a doação de sangue, também trabalha para a disseminação da doação voluntária através da divulgação de informações, conscientização e formação de jovens de 15 a 17 anos, futuros doadores. O trabalho tem o título de “Doadores do Amanhã” (Fundação Pró-Sangue, 2006).

Um projeto desenvolvido pelo Hemocentro da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp) procurou chamar a atenção das crianças para a importância da doação, instituindo um concurso de desenhos para incentivar a população a doar sangue. A análise dos desenhos de 930 crianças, de 7 a 15

anos, estudantes de escolas públicas e particulares do município, mostrou que a maioria (72,15%) associou a doação a valores positivos como responsabilidade, solidariedade e cidadania; foi baixa a associação com a morte e aspectos temidos como medo, dor, agulhas. Uma alta porcentagem (35%) de crianças, com idade entre 7 e 10 anos, recorreu à barganha para justificar a doação (“doe sangue porque você também pode precisar”), demonstrando resquícios do egocentrismo da fase pré-operatória e coincidindo com o 1º nível proposto por Eisenberg (Bossolan et al, 2005). Os resultados, além de confirmar colocações teóricas sobre o desenvolvimento moral sinalizaram para o aspecto positivo de utilizar outras técnicas de coleta nos estudos com crianças, como os desenhos.

Metodologias para abordar crianças

O Hemocentro de Botucatu se valeu do desenho como meio de comunicação das crianças com a população por acreditar que é uma forma que facilita à criança explicitar suas intenções. Para Fávero & Salim (1995) esta é uma maneira da criança significar o real, sendo uma atividade simbólica que permite múltiplas leituras, por incluir vários componentes. A elaboração do desenho possibilita a análise da relação entre duas ou mais pessoas durante sua execução (no caso a criança e experimentador), o estudo do objeto referente (o tema), e o veículo simbólico utilizado, o próprio desenho.

Ele é considerado um dos recursos essenciais para o desenvolvimento de pesquisas com crianças pequenas, principalmente com aquelas que ainda não falam de maneira articulada. Gobbi & Leite (1999) citam programas que utilizaram o desenho como meio de compreender o pensamento das crianças sobre determinados assuntos e fazê-las participar da construção de projetos, como, por exemplo, o desenvolvido na gestão da prefeita Luísa Erundina, da cidade de São Paulo (1989-1992), quando se procurou conhecer, através de desenhos, a concepção das crianças sobre a escola e as mudanças que desejavam para a instituição.

É unânime entre os autores que este recurso constitui-se numa metodologia efetiva para a coleta de dados, traz variedade e riqueza de detalhes, sendo uma forma de expressão que permite mais liberdade para expressar sutilezas do intelecto e sentimento do que a própria fala. Para sua interpretação, o desenho não deve ser tomado isoladamente, ou seja, sempre é preciso considerar a história pessoal de seu autor, o momento e o contexto onde ele foi elaborado (Di Leo, 1985).

Apesar das suas inúmeras vantagens, a dificuldade em expressar, de forma gráfica, emoções e pensamentos, não permite que se deixem de lado outras formas de coleta, que usam a resposta verbal como, por exemplo, entrevistas e questionários. Estes também se deparam com particularidades quando utilizados com crianças: por um lado, há dificuldade em formular as instruções e garantir entendimento. Por outro, pode proporcionar à criança melhor forma de responder e expor seus pontos de vista.

Segundo Hart & Chesson (1998), técnicas de coleta de dados com controles muito rígidos, como testes e questionários para detectar opiniões de crianças, raramente são úteis e a utilização de questionários e entrevistas requer alguns cuidados. A dificuldade da criança com instrumentos verbais não se restringe apenas à limitação verbal, conseqüente do estágio de desenvolvimento da linguagem, mas a obstáculos inerentes ao próprio contexto interativo. Segundo Berthoud-Papandropoulou et al., (1990), em situação de entrevista, os protagonistas, muitas vezes, oferecem informações que imaginam que o outro espera ouvir. Em um estudo conduzido por eles verificou-se que ao entrevistar crianças com menos de sete anos, suas explicações correspondiam ao discurso do adulto, situavam-se no domínio das interdições e obrigações, e, apenas crianças mais velhas davam respostas que expunham suas crenças e justificavam suas ações.

Os autores propõem, então, que se modifique a forma de entrevistas com crianças, utilizando um interrogatório flexível, adaptado a cada sujeito, para descobrir os processos de raciocínio subjacentes às respostas. Recomenda-se que as questões sejam incorporadas com jogos, que o entrevistador não se satisfaça com a simples repetição do discurso do adulto, mas tente explicitar contradições na explanação, criando problemas que a criança tem que solucionar (Domahidy-Dami & Banks-Leite, 1987; Hart & Chesson, 1998). Em um estudo, desenvolvido em uma enfermaria, com crianças internadas, uma alternativa bem sucedida, consistiu, por exemplo, em contrapor as causas genéricas apontadas por elas para explicar as doenças, sem conexão com seu próprio quadro, aos motivos do seu próprio adoecimento (Bossolan, Perosa, 2004).

OBJETIVO

Neste estudo pretende-se identificar as concepções sobre doação de sangue apresentadas por alunos da pré-escola e do ensino fundamental, de escolas públicas e privadas da cidade de Botucatu, a partir de três instrumentos: entrevista, desenho e resolução de um dilema. Para tanto, deverão ser atendidos os seguintes objetivos específicos:

Objetivos específicos

1. Identificar e comparar as diferentes concepções de doação de sangue, citadas por crianças de diferentes idades, estágios cognitivos, graus de escolaridade e níveis sócio-econômicos;

2. Identificar e comparar o nível de informação em relação aos pré-requisitos para a doação, necessidades do receptor, de crianças de diferentes idades, estágios cognitivos, escolaridades e níveis sócio-econômicos;

3. Identificar o papel das variáveis paternas: escolaridade, ser doador e conversar a respeito de doação, nas concepções sobre doação de crianças de diferentes idades, estágios cognitivos, graus de escolaridade e níveis sócio-econômicos;

4- Comparar as diferentes concepções sobre doação, de crianças que têm ou não experiência com doadores na família;

5. Identificar e comparar os sentimentos e valores, positivos e/ou negativos, que crianças de diferentes idades, estágios cognitivos, graus de escolaridade e níveis sócio-econômicos têm sobre doação de sangue;

6. Identificar e comparar as fontes de informação sobre doação de sangue de crianças de diferentes idades, estágios cognitivos, graus de escolaridade e níveis sócio-econômicos;

7. Analisar, a partir das categorias de Eisenberg, as justificativas apresentadas pela criança, frente à resolução de um dilema para doar (ou não) sangue, e identificar se os diferentes níveis de desenvolvimento pró-social sofrem influência da idade, do estágio cognitivo, da escolaridade e do nível sócio-econômico;

8. Analisar a temática dos desenhos;

METODOLOGIA

Desenho

Foi realizado um estudo de corte transversal com 145 escolares matriculados no pré, segunda e quarta-série, de escolas públicas e particulares do município de Botucatu, respectivamente com 6, 8 e 10 anos de idade.

Sujeitos

A amostra consistiu de 145 crianças de 6 anos 0 meses a 6 anos e 11 meses, de 8 anos 0 meses a 8 anos e 11 meses e, por fim, de 10 anos 0 meses a 10 anos e 11 meses, matriculadas, respectivamente, no pré, segunda e quarta-série de escolas estaduais, municipais e particulares, do ensino infantil e fundamental do município de Botucatu. Para garantir a representatividade das idades e graus de escolaridade foram sorteadas três escolas públicas na periferia, três escolas públicas no centro da cidade e duas escolas particulares. A classificação geográfica das escolas da periferia e centro foi realizada com o auxílio de um mapa do município.

Vale ressaltar que, segundo cálculos estatísticos, o ideal seria que este projeto fosse realizado com 10% dos escolares do município de Botucatu, que obedecessem aos critérios estipulados (série e idade). Além disso, deveriam ser eleitas pelo menos duas instituições e duas classes (em

cada escola) de cada grupo (periferia, centro e particular) para garantia de representatividade. A exigência relacionada ao número de alunos não foi cumprida, uma vez que o procedimento de coleta de dados (relativamente longo) e os recursos disponíveis não viabilizariam esta proposta. O critério para representatividade da amostra foi obedecido.

Desta maneira, o número de crianças em cada tipo de escola ficou assim distribuído:

Tabela 1- Distribuição do número de alunos de acordo com o tipo de escola e escolaridade

Tipo de escola	Série			TOTAL
	Pré N (%)	2ª N (%)	4ª N (%)	
Pública Periferia	16 (11,0)	16 (11,0)	13 (9,0)	45 (31,0)
Pública Centro	19 (13,1)	17 (11,8)	19 (13,0)	55 (38,0)
Particular	14 (9,6)	18 (12,4)	13 (9,0)	45 (31,0)
TOTAL	49 (33,7)	51 (35,2)	45 (31,1)	145 (100,0)

Aspectos Éticos

O presente projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp, no dia 04/07/2005 (Anexo I). Foi obtido também, permissão das escolas para a coleta de dados após explicação dos objetivos da pesquisa e os cuidados éticos com relação às crianças, seus pais e instituições. A coleta só foi realizada após aceitação da criança em

participar do estudo e autorização dos seus responsáveis, que assinaram o Termo de Consentimento (Anexo II).

Instrumentos

Dados pessoais - os pais responderam um questionário para obter as seguintes informações: escolaridade dos cuidadores, renda familiar, sua possível condição de doador e se o tema doação era abordado com os filhos (Anexo III).

Estágio de desenvolvimento cognitivo - o desenvolvimento cognitivo das crianças foi avaliado a partir de um conjunto padrão de tarefas, propostas por Piaget (1978), para avaliar conservação de massa, tamanho, número e volume. A forma de pontuação seguiu os trabalhos do grupo de Perrin (Perrin & Gerrity, 1981; Perrin et al., 1991). As crianças que não apresentaram nenhuma ou apenas uma conservação foram avaliadas como pertencendo ao estágio pré-operatório; se a criança apresentasse uma conservação acrescida do mínimo de 50% de acerto de uma ou mais tarefas até três conservações eram consideradas no estágio operatório concreto e aquelas crianças que apresentaram quatro conservações eram consideradas no estágio operatório formal.

Concepções da criança sobre doação de sangue - foi utilizada entrevista semi-estruturada (Anexo IV) para identificar concepções das crianças sobre o processo de doação de sangue, importância que atribuem ao

ato de doar e recebê-lo, informações de que dispõem e fontes de informação, assim como fantasias e sentimentos associados à doação e recepção.

Nível de desenvolvimento moral pró-social - pautando-se na proposta de Kohlberg e Eisenberg, para avaliar julgamentos morais, foi elaborado um dilema em forma de história para ser apresentado à criança. Esta deveria emitir sua opinião se o personagem doaria ou não sangue, se este priorizaria o ato de doar ou o trabalho e/ou lazer e o porquê. O dilema apresentado foi pautado nas orientações de Eisenberg, isto é, abordava os desejos e necessidades do outro em oposição aos desejos e necessidades do personagem, sem implicar em situação de risco de vida ou morte e era hipotético, ou seja, a criança não estaria diretamente envolvida com a situação. Pretendia-se, assim, estimular uma discussão mais racional, já que ela não sofreria as conseqüências diretas da decisão tomada.

Para o registro das entrevistas foi utilizado um gravador.

Procedimento

Coleta de dados

Num primeiro momento, a pesquisadora apresentava os objetivos da pesquisa à diretora da escola e esta indicava classes nas quais seria possível realizar a coleta de dados. Uma vez eleitas as classes, os objetivos e método da pesquisa eram expostos à professora e esta indicava se

havia alunos que não preenchiam os critérios de participação, como por exemplo, crianças portadoras de deficiências (deficiência auditiva, síndrome de Down), que teriam dificuldades de entender o procedimento.

A pesquisadora, a partir de uma lista que continha dados dos alunos na secretaria, com suas respectivas datas de nascimento, excluía aqueles que não tinham as idades estipuladas previamente (6, 8 e 10 anos). Sorteava-se, então, 10 crianças de cada classe e se distribuía os termos de consentimento junto com os questionários, para que os pais respondessem em casa. Os questionários não foram entregues pessoalmente aos pais, na escola, pois um grande número deles, especialmente nas escolas de periferia, pouco freqüentavam a escola ou reuniões de pais.

As crianças cujos pais haviam autorizado a participação eram consultadas e, se aceitassem, assinavam, também, o termo de consentimento. Em média oito crianças por turma trouxeram a autorização assinada.

A impossibilidade de explicar diretamente aos pais o termo de consentimento levou a interpretações errôneas (por exemplo: que seria tirado sangue das crianças) e, em alguns casos foi necessário oferecer informações mais detalhadas às crianças, para que esclarecessem os pais.

No momento da aplicação das provas piageteanas e da entrevista, em local previamente indicado pela escola, só permaneciam a pesquisadora e a criança.

Num primeiro momento, era explicado à criança que seria feito uma brincadeira com alguns objetos (provas piageteanas) e que, a seguir, ela deveria responder a algumas perguntas que seriam gravadas (entrevista). Era enfatizado de que não haveria valoração de “certo e errado” e que o objetivo era conhecer o que pensava sobre doação de sangue.

Finalmente era pedido um desenho sobre o que desejaria falar ou contar para outra pessoa sobre doação de sangue. Findo o desenho, pedia-se que ela falasse sobre seu conteúdo.

Em média, a aplicação de todo o procedimento durava aproximadamente 20 minutos.

Análise e Tratamento dos dados

Primeiramente, as 145 entrevistas foram transcritas pela pesquisadora. Num segundo momento foram lidas na íntegra todas as entrevistas e, posteriormente, a mesma questão de todos os sujeitos, para a extração das idéias centrais de cada uma, agrupadas conforme suas semelhanças. A partir dos relatos verbais e das leituras apresentadas na introdução foram criadas as categorias de análise, compostas por várias sub-categorias, que serão descritas a seguir.

Categorias de análise da entrevista

Conceito de doação (o que é doação de sangue)

1. A criança não soube responder à questão e verbalizou “Não sei”;
 2. Confusão de doação com outros procedimentos como: exame de sangue, formas de tratamento (*“tira sangue pra ver se tem bichinho”, “tira sangue pra ficar bom!”*);
 3. Ênfase nas emoções que a doação provoca: medo, dor (*“tem que colocar pano na cara porque tem medo...”*, *“...doar sangue é...ai, dor!”*);
 4. Ênfase na descrição de partes do procedimento, ex: (*“...coloca uma fita aqui [criança aponta o braço] daí tem que ficar apertando uma bolinha...”*; *“...tem que por agulha...”*);
 5. Ênfase na finalidade da doação, ex: (*“... tirar sangue das pessoas pra dar pra outra...”*; *“... [doar sangue] é ajudar o próximo.”*);
 6. Outros.
-

Motivos ligados à necessidade de recepção de sangue

1. Não sabem: quando as crianças afirmam não saber responder a questão;
 2. Dimensões temporais: relacionam a necessidade da doação com o tempo, ex: ("... [recebem sangue] *de uma em uma semana*", "...[recebem sangue] *hoje*");
 3. Descreve partes do procedimento envolvido na coleta de sangue, ex: ("*dá uma injeção com uma agulha...*"; "...*eles põe o sangue num saquinho...*");
 4. Ligação racional com a doença: citam causas e/ou conseqüências relacionadas à doença que justificam a necessidade de recepção de sangue, ex: ("*...porque quando elas tão doente...elas precisam [receber sangue] senão elas morrem...*", " *...precisa [receber sangue]...tem gente que sofre acidente...é ...perde um pouquinho de sangue..ou bastante, a gente doa....*");
 5. Situações específicas: citam procedimentos específicos pelos quais a pessoa passa e que gera como conseqüência necessidade de sangue, ex: ("*passa por cirurgia...*", "*por causa do parto...*");
 6. Outros.
-

Pré-requisitos para a doação (o que é preciso ter ou fazer para poder doar)

1. Não sabem: crianças dizem não ter conhecimento do que é considerado necessário para a doação de sangue;
 2. Local, procedimentos envolvidos: falam do local e/ou procedimentos envolvidos na coleta de sangue, ex: ("*... precisa ir lá no posto de saúde e doar sangue lá 'pras' enfermeiras...*"; "*...ah, injeção e uma agulha...*");
 3. Características relacionadas ao sangue, ou seja, enumeram elementos como quantidade e tipo sanguíneo, ex: ("*... precisa ter o tipo certo para poder doar...*"; "*precisa ter o suficiente de sangue [para doar]...*");
 4. Ênfase nas condições de vida do doador (hábitos, estilo de vida, ausência de doenças) e/ou características exatas (informações sobre o peso e idade necessária para tornar a doação possível), ex: ("*... não pode ter nenhuma doença*"; "*..tem que ter mais de 18 anos e pesar 50 kg...*");
 5. Ênfase nas condições emocionais/ psicológicas do doador: citam aspectos, características emocionais ou de personalidade que devem estar presentes para a pessoa doar sangue, ex: ("*... ter coração bom...*", "*...ter calma...*", "*ter força para não chorar...*"; "*...ter vontade...*");
 6. Outros.
-

Motivos da doação (porque as pessoas doam)

1. Não sabem: respostas que evocam desconhecimento em relação aos motivos que levam as pessoas a doarem sangue (*"Não sei"*);
 2. Confusão de doação com outros procedimentos (exame de sangue, forma de tratamento), ex: (*"... doa pra ver se tem bichinho no sangue..."*, *"... doa pra sarar..."*);
 3. Finalidade do ato: citam elementos relacionados aos objetivos da doação: a ajuda e auxílio de pessoas, ex: (*"... para ajudar as pessoas que tão precisando de sangue..."*; *"pra outra pessoa ter mais vida e 'num morrê'..."*);
 4. Outros.
-

Motivos relacionados a não doação (porque as pessoas não doam)

1. Não sabem: crianças que informam não apresentar idéias sobre o porquê as pessoas não doam sangue;
 2. Ênfase nos danos à própria pessoa: justificam o comportamento de não doar devido aos prejuízos que a doação traz para a própria pessoa, ex: (*"...porque desmaiam..."*; *"...porque elas acham que isso é só pra perder sangue..."*);
 3. Ênfase na opção pessoal: englobam as justificativas relacionadas à opção, ao desejo da pessoa de não ser doadora, ex: (*"... eu acho que é porque elas não 'qué'..."*, *"...porque elas não 'gosta' de doar pra aquela gente lá...! Acha que aquela gente é diferente!..."*);
 4. Ênfase nos sentimentos: relacionam o fato da não doação de sangue com a existência do sentimento de medo (*"...ela não doa porque tem medo..."*; *"...porque tem uns que têm medo, né?Acha que dói, essas coisas...mas na verdade não deve doer nada!..."*);
 5. Ênfase na falta de condições de saúde ou de pré-requisitos: enumeram problemas de saúde e estilos de vida que impedem a doação de sangue, ex: (*"... não pode doar porque tem alguma doença que passa pra outro..."*, *"...porque fumam, bebem..."*; *"...porque às vezes não podem, são 'menor de idade'..."*);
-

6. Ênfase na não necessidade: relatam falta de necessidade para doar sangue, ex: (*"...porque acham que não 'tão' precisando..."*, *"..não tem necessidade..."*, *"...não 'ta' precisando de sangue no hospital..."*);
7. Outros.

Sentimentos vinculados à doação

1. Não sabem: crianças que não sabem informar quais sentimentos podem ser conseqüências da doação de sangue;
 2. Ausência de sentimentos, ou seja, negam que a doação traga como conseqüência algum tipo de sentimento, ex: (*"... não sentem nada..."*);
 3. Sensação corporal: respostas relacionadas às sensações corporais evocadas durante procedimento da coleta de sangue, como por ex: (*"...uma picada..."*, *"...um arrepio..."*);
 4. Dor: citam como conseqüência da doação a dor em diferentes escalas, ex: (*"...uma doidinha..."*, *"...muita dor..."*);
 5. Sentimentos positivos relacionados ao ato de doar sangue, ex: (*"...sentem alegria por ajudar outra pessoa"*, *"...mais melhor' porque ta ajudando a vida de outra pessoa..."*);
 6. Outros.
-

Sentimentos relacionados à recepção

1. Não sabem: crianças que informam não saber responder a pergunta;
 2. Ausência de sentimentos: evocam que as pessoas não apresentam nenhum tipo de sentimento, ex: ("*... não sentem nada...*");
 3. Sensações corporais: citam algum tipo de sensação corporal como conseqüência da recepção de sangue, ex: ("*...eu acho que sentem um geladinho...*", "*...um pouco de calor...*");
 4. Sentimentos "positivos" (prazer, agradecimento): associam a recepção de sangue como promotora de sentimentos de bem-estar, alegria: ("*...sentem-se agradecidas porque melhoraram...*", "*...eu acho que elas gostam! Daí elas 'vive' de novo...e elas voltam ao normal!*"; "*...felicidade porque alguém ajudou...assim porque vai conseguir viver melhor!...*");
 5. Aspectos aversivos: relacionam a recepção de sangue com sentimentos de desconforto, desprazer: ("*...desmaiam...*"; "*...hum, elas ficam assim..assustadinhas!*");
 6. Outros.
-

Contato com doadores: ter doadores no seu ambiente familiar/social.

1. Não sabem: crianças que não sabem informar se há doadores na família e/ou pessoas com as quais convivem no seu ambiente social;
 2. Não conhecem: não têm contato com pessoas que doam sangue;
 3. Parentes distantes, amigos: nessa categoria, as crianças informam que têm parentes distantes e/ou amigos que doam sangue, ex: (*“...o namorado da minha tia doa sangue”, “...o amigo do meu tio...”*);
 4. Parentes próximos: respostas que citam a existência de parentes próximos às crianças (pais, tios, avós) como sendo doadores: (*“...meu pai doa sangue...”, “...meu avô doou até quando pôde...”*)
 5. Outros.
-

Fontes de informação sobre doação: quem aborda esse assunto com a criança.

1. Nunca foi abordado: citam que nunca alguém conversou sobre essa temática com elas, ex: (“... *nunca ninguém falou...*”; “... *não ouvi em nenhum lugar...*”);
 2. Familiares, amigos: citam pais, avós como principais responsáveis pela apresentação desse tema, ex: (“...*minha mãe já!*”; “...*porque eu fui aprendendo e minha mãe foi ensinando pra mim!*”);
 3. Meios de comunicação: citam meios de comunicação como internet e principalmente TV, ex: (“... *eu já vi pela TV...*”; “...*vi na internet...*”);
 4. Serviços de saúde: enumeram os serviços de saúde, postos, hospitais, como meios responsáveis pela apresentação do tema, ex: (“...*no posto de saúde perto da minha casa eles dão [panfletos] , "tem ... assim pregado [cartaz]"*);
 5. Escola: informam que entraram em contato com essa questão através da escola, ex: (“... *eu não sei se foi na 4ª série ou na 3ª que a professora comentou um pouco disso, mas assim na minha família, não!...*”; “... *quando tinha uma coisa aqui na escola... uma moça veio aqui falar... o que que tinha pra doar sangue...*”);
 6. Outros.
-

Informações oferecidas

1. Não lembram, não citam: crianças que não recordam os conteúdos que ouviram das fontes anteriormente relatadas;
 2. Ênfase nos procedimentos de coleta: passos envolvidos no processo de doação de sangue, ex: (*“ ...Eu já fui com meu pai doar sangue...num médico assim...daí tinha uma cama e tinha um monte de saquinho de sangue...e tinha que colocar na geladeira porque se deixar fora, estraga...”*;
“...Minha avó trabalhou lá [Unesp] e ela falou que tem que colocar agulha no braço...”);
 3. Condições necessárias para doar: são enumerados elementos tidos como pré-requisitos para as pessoas poderem doar sangue, ex: (*“ ...ela [mãe] me disse que tem que ficar em jejum...não pode ficar beber álcool, essas coisas e não pode ta tomando remédio...”*; *“....que a pessoa que vai doar sangue tem que ter mais de 18 anos e pesar mais de 50 kg...”*; *“ele [pessoa que deu palestra na escola] falou que eu posso doar sangue quando eu tiver maior e com mais...na idade certa ou com...uma coisa assim...não ta fazendo nada, fumando, não ta obeso...essas coisas!...”*);
 4. Ênfase em valores: relacionaram valores, muitas vezes morais, que justificam a doação, ex: (*“...ela [mãe] me disse que doar sangue é...se a gente doa sangue, a gente ta*
-

doando uma vida pra alguém, né?” ; “...ele [pai] falou que é muito importante doar quando alguma pessoa precisa de sangue! Também não é obrigado doar sangue...porque se não tiver condição de doar sangue, não precisa doar sangue...porque é uma coisa muito importante ajudar as pessoas...”);

5. Slogans, propagandas: frases veiculadas por propagandas da TV, ex: (*“...Vi na TV, passou um comercial que tava falando: ‘Doe sangue’; ...Ouvi na TV: ‘Doar sangue é doar vida’”*);
6. Outros.

Análise do dilema

Para analisar o dilema, as sub-categorias se basearam nas fases do desenvolvimento moral pró-social, propostas por Einserberg e citadas por Lustosa (2005) e Koller, Bernardes (1997). Cada sub-categoria valorava um tipo de motivo para tomar a decisão: o ganho pessoal ou as necessidades físicas e psicológicas do outro .

“Porque os personagens devem ou não doar sangue”

1. Não justificam, não sabem: crianças que dizem não saber os motivos que levam o personagem a doar sangue;
 2. 1º nível: justificativas relacionadas ao ganho pessoal. Assim, a personagem deve doar sangue baseando-se nas conseqüências positivas que o seu comportamento produz para a sua própria pessoa, ex: (*“...porque se um dia ela precisar [de sangue], a outra pessoa vai doar...se ela doar...uma pessoa da família...se ela doar, às vezes, aí a outra doa pra ela...”*); (*“...é porque ele tem que ajudar as pessoas...que ele não conhece também! Porque tem que ajudar a mãe, porque a mãe compra muita coisa pra gente! Imagine quando a gente é criança, a gente ficar sozinho, sem nada...sem mãe, sem pai...”*);
 3. 2º nível: necessidade dos outros. O comportamento de doar sangue é justificado de acordo com as conseqüências positivas para a outra pessoa. Assim, doar é importante para satisfazer necessidades físicas, emocionais e de bem-estar do outro, ex: (*“Deve [doar sangue]! Porque as pessoas tão sentindo muito mais dor do que ele vai sentir numa picada!”*); (*“...É melhor ela ir..é... doar sangue!...Porque têm algumas pessoas que tão sofrendo...”*);
 4. Outros.
-

Quando os personagens devem doar

Apesar de não ter sido perguntado, várias crianças, além de justificar o porquê da doação, se posicionaram com relação ao quando a pessoa deveria doar, isto é, sentiram necessidade de avaliar se o doador deveria faltar ao trabalho ou doar no fim de semana e as possíveis conseqüências disso.

Foram criadas as categorias descritas a seguir:

1. Não especifica quando: não apresentam esse questionamento nas suas respostas, apenas se posicionam quanto ao comportamento de doar/ou não doar sangue;

2. Deve faltar ao trabalho: acham mais conveniente que o personagem perca parte do trabalho para doar sangue, avaliando-o de forma negativa: (*“... acho que ele não deve perder um pouco do descanso... porque...do trabalho a gente não perde muita coisa, depois ele pode voltar...”*) ou justificando o ato de doar como mais importante (*“...porque do trabalho...dá pra ela ir trabalhar no final da tarde, né? Só que ajudar uma pessoa não dá...a pessoa vai ficar lá, todo dia lá esperando pra...pra daí receber o sangue, né?”*).

3. Deve perder o fim-de-semana para doar sangue: apontam que perder parte do sábado seria melhor do que perder o trabalho, pois este é mais importante que o lazer: (*“...ele tem que perder um pouco do descanso, né?Porque não seria certo perder um pouco do trabalho..!”*; *“...eu acho que assim...trabalho a gente não se perde assim, né?O descanso é simples: ela vai lá no posto mais perto da casa dela e doa sangue...”*).

Índice de concordância

Foram sorteadas 50% das entrevistas para serem analisadas por outro pesquisador, a fim de se calcular o índice de concordância entre os dois pesquisadores independentes. Para tal, foi utilizado o teste estatístico de Kappa:

$$K = \frac{(P_o - P_e)}{1 - P_e} \rightarrow P_o = \text{proporção de concordância observada}$$

sendo os resultados iguais ou superiores a 0,73. Em duas questões que não foi obtido número de concordâncias suficientes para a utilização deste teste, foi aplicado o teste não-paramétrico de Spearman, para medir o índice de concordância entre os pesquisadores, sendo que os resultados foram iguais ou superiores a 0,86.

Para a análise das variáveis utilizou-se o Teste Exato de Fisher e foi adotado o nível de significância $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

De acordo com a tabela 1, a amostra foi composta de 55,2% de crianças do sexo feminino e 44,8% do sexo masculino. Estavam matriculadas no pré 34% das crianças, 35% na segunda-série e 31% na quarta-série. Frequentavam escolas particulares 31% das crianças da amostra, enquanto 38% estudavam em escolas públicas do centro da cidade e 31% da periferia.

Em relação à escolaridade dos pais, 33,8% das mães haviam cursado o ensino superior em comparação com 26,2% dos pais. A frequência ao ensino médio foi bastante semelhante entre pais e mães e 30,3% dos pais frequentaram o primário, frente a 26,9% das mães.

Categorizou-se a ocupação em mão de obra qualificada (aquela que exigia algum tipo de treinamento formal ou informal para o exercício da profissão) e não qualificada (que não exigia treinamento algum). Os pais, em sua maioria (66,2%), tinham uma ocupação qualificada, como por exemplo, militares, mecânicos, metalúrgicos, professores e, apenas 6,3% das ocupações paternas foram classificadas como não qualificadas (ajudante geral, trabalhador "braçal"). Em relação à ocupação materna, 42,1% eram não qualificadas, na medida em que, eram trabalhadoras do lar e empregadas domésticas. Um total de 37,9% exercia trabalho qualificado, sendo professoras, técnicas de enfermagem, comerciantes.

A maioria dos pais nunca foi doador, sendo que a porcentagem de mães não doadoras (88,3%) é maior do que a de pais (66,9%). Do grupo de mães doadoras, 60% afirmaram que têm o hábito de doar e, no grupo de pais doadores, a porcentagem de doadores fidelizados foi de 78,4%.

De acordo com as respostas dos pais ao questionário, o tema doação de sangue é pouco abordado pela família: cerca de 60% dos pais afirmaram nunca ter conversado com os filhos sobre a doação.

Tabela 2- Distribuição dos sujeitos segundo sexo, escolaridade, escola que frequenta, características dos pais e comportamento destes diante da doação de sangue (N = 145)

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	65	55,2
Feminino	80	44,8
Escolaridade		
Pré	49	34,0
Segunda-série	51	35,0
Quarta-série	45	31,0
Tipo de escola		
Escola Pública - Periferia	45	31,0
Escola Pública - Centro	55	38,0
Escola Particular	45	31,0
Escolaridade dos pais		
Pai		
Ensino Fundamental	44	30,3
Ensino Médio	48	33,2
Ensino Superior	38	26,2
Não Respondeu	15	10,3
Mãe		
Ensino Fundamental	39	26,9
Ensino Médio	45	31,0
Ensino Superior	49	33,8
Não Respondeu	12	8,3
Tipo de ocupação		
Pai		
Qualificada	96	66,2
Não qualificada	9	6,3
Não definida	15	10,3
Não Respondeu	25	17,2
Mãe		
Qualificada	55	37,9
Não qualificada	61	42,1
Não definida	10	6,9
Não Respondeu	19	13,1
Doador de sangue		
Pai		
Sim	37	25,5
Não	97	66,9
Não Respondeu	11	7,6
Mãe		
Sim	10	6,9
Não	128	88,3
Não Respondeu	7	4,8
Conversa sobre doação		
Não	87	60,0
Sim	57	39,3
Não Respondeu	1	0,7

Classificação da amostra nos estágios cognitivos propostos por Piaget

Em relação ao nível cognitivo, avaliado segundo as provas de Piaget, metade da amostra (50,4%) situava-se no nível operatório concreto, 31,7% no pré-operatório e 17,9% no operatório formal. Foi significativa a associação entre o estágio de desenvolvimento cognitivo e tipo de escola: nenhuma das crianças do pré das escolas públicas da periferia ($p \leq 0,00$) encontrava-se no nível operatório concreto, em contraste com 22,2% das crianças do pré das escolas particulares ($p \leq 0,00$) e 20% públicas de centro ($p \leq 0,05$). A percentagem de crianças no nível operatório formal, de quarta-série, também foi maior em crianças de escolas particulares (24,4%) quando comparadas com as escolas públicas de centro (9,1%) e escolas públicas de periferia (6,7%).

Aspectos gerais da análise dos dados

A seguir serão apresentados os dados referentes às respostas das crianças à entrevista e só serão destacadas as relações com as variáveis que mostraram significância estatística.

De modo geral, a análise das entrevistas tornou evidente o declínio das respostas “Não sei” e “Outros” à medida que aumentava a idade (escolaridade) e o desenvolvimento cognitivo.

Análise dos dados

Quando foi pedido às crianças, a partir de uma questão aberta, que definissem doação de sangue, 74,5% citaram o objetivo final: ajudar outras pessoas. Foi baixa a percentagem de definições que confundiram doação e exame de sangue (4,1%), ou que se centraram em aspectos negativos (3,4%) e no procedimento (2,8 %), (tabela 3).

Tabela 3- Percentagem de distribuição das categorias relativas à definição de doação de sangue, segundo crianças de diferentes graus de escolaridade e estágios cognitivos

Categorias	Escolaridade*			Desenvolvimento Cognitivo**			TOTAL
	P (N 49)	2 ^a (N 51)	4 ^a (N 45)	PO (N 46)	OC (N 73)	OF (N 26)	
Não sei	18,4	7,9	0,0	15,2	9,0	0,0	9
Exame de sangue	10,2	0,0	2,2	10,9	4,1	0,0	4,1
Procedimento	6,1	2,0	0,0	8,7	2,8	0,0	2,8
Aspectos Negativos	8,2	2,0	0,0	8,7	3,4	0,0	3,4
Ajuda ao outro	44,9	84,2	95,6	47,8	74,5	100,0	74,5
Outros	12,24	3,9	2,2	8,7	6,2	0,0	6,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Teste de Fisher; * $p \leq 0,000$; ** $p \leq 0,000$).

Foi significativa a associação do conceito de doação com as variáveis escolaridade e desenvolvimento cognitivo (tabela 3), isto é, as definições mais precisas ou que salientaram a ajuda ao outro foram dadas, principalmente, por crianças de quarta série e dos níveis cognitivos mais elevados. Houve uma associação significativa, também, com variáveis paternas: escolaridade do pai e com o fato dos pais conversarem com os filhos sobre o tema (tabela 4). As crianças de estágios cognitivos e escolaridades mais avançadas, filhas de pais com maior escolaridade e que conversavam com os filhos sobre a doação de sangue, tiveram uma porcentagem maior de respostas que privilegiavam a ajuda ao outro. Apesar de todos os grupos, independente da escolaridade e do estágio cognitivo, terem definido, em primeiro lugar, a doação de sangue como uma ação de ajuda ao outro, crianças com menor escolaridade (10,2%), no estágio pré-operatório (10,9%), apresentaram maior tendência para confundir a doação com exame de sangue, além de se aterem mais à descrição do procedimento ou aos aspectos negativos.

Tabela 4- Porcentagem de distribuição das categorias relativas à definição de doação de sangue segundo a escolaridade dos pais e se conversavam ou não com os filhos sobre o tema

Categorias	Conversa com os filhos sobre doação*			Escolaridade Paterna**				TOTAL
	S (N 57)	N (N 87)	NR (N 1)	Fund. (N 44)	Médio (N 48)	Sup. (N 38)	NR (N15)	
Não sei	7,1	9,2	100,0	15,9	6,2	2,6	13,2	9
Exame de sangue	0,0	6,9	0,0	6,8	0,0	5,3	6,7	4,1
Procedimento	0,0	4,6	0,0	2,3	6,2	0,0	0,0	2,8
Aspectos Negativos	1,7	4,6	0,0	2,3	6,2	0,0	6,7	3,4
Ajuda ao outro	89,5	65,5	0,0	61,4	75,2	92,1	66,7	74,5
Outros	1,7	9,2	0,0	11,3	6,2	0,0	6,7	6,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Teste de Fisher; * $p \leq 0,009$; ** $p \leq 0,042$).

Em resposta à pergunta:” Quando você acha que as pessoas precisam receber sangue “? foi significativa a relação entre as respostas dadas pelas crianças, sua escolaridade, seu desenvolvimento cognitivo, tipo de escola que freqüentavam e a escolaridade do pai. De modo geral, foi alto o índice (45,5%) de respostas que associavam a necessidade de receber sangue por pessoas doentes ou acidentadas (“*porque estão doentes*”, “*sofrem acidente*”, “*ficam fracas*”). 32,4% das crianças não souberam especificar quando a pessoa precisa receber sangue, especialmente crianças com menor escolaridade, dos dois primeiros estágios de desenvolvimento cognitivo e que freqüentavam escolas públicas. Uma porcentagem muito pequena de crianças citou situações específicas como cirurgias, anemia, partos, em geral, crianças da 4ª série (8,9%), do grupo operatório formal (15,4%) e alunos de escolas particulares (11,1%).

Tabela 5- Porcentagem de distribuição das categorias indicativas da necessidade de recepção de sangue segundo escolaridade, desenvolvimento cognitivo e tipo de escola

Categorias	Escolaridade*			Desenvolvimento Cognitivo**			Tipo de escola***			TOTAL
	P (N 49)	2 ^a (N 51)	4 ^a (N 45)	PO (N 46)	OC (N 73)	OF (N 26)	Part. (N 45)	Centro (N 55)	Perif. (N 45)	
Não sei	42,9	31,4	22,2	41,3	31,6	19,3	15,6	38,2	42,2	32,4
Dimensão temporal	8,2	1,9	0	6,5	2,7	0,0	2,2	1,8	6,7	3,4
Procedimento	6,1	5,9	6,7	8,7	6,8	0,0	2,2	5,4	11,1	6,2
Aspectos do adoecimento	30,6	47,1	60,0	32,6	47,9	61,5	57,8	49,1	28,9	45,5
Situações específicas	0,0	3,9	8,9	0,0	2,7	15,4	11,1	1,8	0,0	4,2
Outros	12,2	9,8	2,2	10,9	8,3	3,8	11,1	3,7	11,1	8,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Teste de Fisher; * $p \leq 0,02$; ** $p \leq 0,035$; *** $p \leq 0,003$).

Em relação à escolaridade dos pais (Tabela 6), quanto maior a escolaridade paterna, significativamente maior a porcentagem de crianças que responderam, de forma correta, quando é necessário receber sangue. Assim, 58,3% dos filhos de pais com ensino médio e 52,6% com ensino superior citaram motivos ligados a doenças e acidentes, enquanto 43,2% das crianças que não souberam responder eram filhas de pais que tinham apenas o ensino fundamental.

Tabela 6- Porcentagem de distribuição das categorias relacionadas à necessidade de recepção de sangue de acordo com a escolaridade do pai da criança

Categorias	Escolaridade paterna*				TOTAL
	Fund. (N 44)	Médio (N 48)	Sup. (N 38)	NR (N 15)	
Não sei	43,2	27,1	26,3	33,3	32,4
Dimensão Temporal	2,3	4,2	2,6	6,7	3,4
Procedimento	15,9	4,2	0,0	0,0	6,2
Aspectos do Adoecimento	25,0	58,3	52,6	46,7	45,5
Situações específicas	0,0	0,0	10,5	13,3	4,2
Outros	13,6	6,2	7,9	0,0	8,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Teste de Fisher; * $p \leq 0,02$)

Cerca de 30% das crianças afirmaram desconhecer o que seria necessário para ser doador, 14,5% citaram a estrutura física e/ou procedimentos necessários (*“precisa ir para o hospital”, “precisa por agulha”*), 22,8% enumeraram condições de vida ou estado físico (peso, idade, hábitos), 14,5% citaram características do sangue (tipo, quantidade) e 4,8% condições emocionais/psicológicas (*ter calma, ter força*).

Tabela 7- Porcentagem de distribuição das categorias referentes aos pré-requisitos para a doação de acordo com a escolaridade, desenvolvimento cognitivo e tipo de escola

Categorias	Escolaridade*			Desenvolvimento Cognitivo**			Tipo de escola***			TOTAL
	P (N 49)	2 ^a (N 51)	4 ^a (N 45)	PO (N 46)	OC (N 73)	OF (N 26)	Part. (N 45)	Centro (N 55)	Perif. (N 45)	
Não sei	38,8	37,2	13,3	39,1	31,5	11,5	26,7	30,9	33,4	30,3
Procedimentos	26,5	3,9	13,3	21,7	15,1	0,0	11,1	14,5	17,8	14,5
Características do Sangue	4,1	21,6	17,8	10,9	13,7	23,1	15,5	9,1	20,0	14,5
Condições físicas	0,0	21,6	48,9	4,3	24,7	50,0	31,1	30,9	4,4	22,8
Condições emocionais	2,0	9,8	2,3	2,3	2,7	15,4	6,7	3,7	4,4	4,8
Outros	28,6	5,9	4,4	21,7	12,3	0,0	8,9	10,9	20,0	13,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Teste de Fisher; * $p \leq 0,000$; ** $p \leq 0,000$; *** $p \leq 0,003$).

Foi significativa a associação entre o conhecimento dos pré-requisitos necessários para doar, o desenvolvimento cognitivo, a escolaridade, o tipo de escola. À medida que as crianças apresentaram um maior desenvolvimento cognitivo e maior escolaridade, apresentaram um maior índice de respostas corretas, deixando de mencionar itens mais concretos, como local em que se deve doar e procedimentos utilizados. Estes dois últimos itens apareceram, com mais frequência, nas crianças que freqüentavam escolas públicas de periferia.

Em relação ao principal motivo que leva as pessoas a doar sangue, a maioria das crianças (64,8%) considerou a ajuda às pessoas. De forma significativa, à medida que aumentava a escolaridade, as crianças deixavam de confundir a doação de sangue com outros procedimentos, como o exame de sangue e passavam a citar como principal motivador da doação o auxílio ao outro. Assim, a maior porcentagem de crianças que confundiu doação com exame de sangue eram crianças de pré-escola (26,5%) (tabela 8).

Tabela 8- Porcentagem de distribuição das categorias relacionadas aos motivos citados para justificar a doação de acordo com a escolaridade

Categorias	Escolaridade*			TOTAL
	P (N 49)	2 ^a (N 51)	4 ^a (N 45)	
Não sei	22,4	13,7	4,4	13,8
Confusão com exames	26,5	7,8	0,0	11,7
Ajudar outros	36,7	68,7	91,2	64,8
Outros	14,4	9,8	4,4	9,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

(Teste de Fisher; * $p \leq 0,000$).

Foi difícil para as crianças identificar o porquê as pessoas não doam: 27,6% não souberam responder à pergunta, 23,4% citaram a falta de condições de saúde (*“Tem alguma doença que passa pra outra”, “Tem hipertensão”*) e 14,5% o medo. Apareceram, em porcentagem menor, outras respostas: não há necessidade (*“Acham que não ajuda”*), doar traz prejuízos à

própria pessoa (“Senão a gente morre”, “Porque a gente fica sem sangue”), opção pessoal (“Porque não querem”, “Porque não gostam”), e "Outros" que não foi possível categorizar (“Pra não crescerem fortes e inteligentes”; “Porque não estão doentes”).

Houve uma associação significativa entre os motivos identificados para a não doação e a escolaridade das crianças. Assim, crianças com maior escolaridade, destacaram condições de saúde (42,2%) e sentimento de medo (24,4%) com maior frequência que crianças de pré (2,0% e 8,2%, respectivamente). A idéia de danos à própria pessoa e opção pessoal esteve mais presente nas crianças menores.

Tabela 9- Porcentagem de distribuição das categorias relacionadas aos motivos citados para justificar a não doação de acordo com a escolaridade

Categorias	Escolaridade *			TOTAL
	P (N 49)	2 ^a (N 51)	4 ^a (N 45)	
Não sabem	36,7	31,4	13,3	27,6
Não há necessidade	8,2	11,7	4,5	8,3
Danos à própria pessoa	6,1	2,0	0,0	2,8
Opção pessoal	14,3	13,7	8,9	12,4
Sentimento de Medo	8,2	11,8	24,4	14,5
Falta condições de saúde	2,0	27,4	42,2	23,4
Outros	24,5	2,0	6,7	11,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

(Teste de Fisher; * $p \leq 0,000$).

Com relação aos sentimentos associados à doação, a maioria das crianças, 40,7% evocou a dor, 29% referiram sentimentos positivos (“*Sentem-se bem*”, “*Sentem alegria*”), 4,8% ausência de sentimentos (“*Não sentem nada*”) e 3,4% apontaram as sensações corporais (ex: “*...um arrepio...*”, “*... um geladinho...*”).

Houve uma relação significativa entre os sentimentos em relação à doação e a escolaridade. Crianças do pré e segunda série referiram com maior frequência a dor, ausência de sentimentos e sensações corporais do que crianças da quarta-série. As crianças dessa série citaram, em sua maioria, sentimentos positivos, como por ex: alegria, felicidade, prazer por estar ajudando uma outra pessoa (tabela 10).

Tabela 10- Porcentagem de distribuição das categorias relacionadas aos sentimentos do doador segundo a escolaridade

Categorias	Escolaridade*			TOTAL
	P (n 49)	2 ^a (n51)	4 ^a (n45)	
Não sei	16,3	9,8	15,6	13,8
Ausência de Sentimentos	6,1	7,8	0,0	4,8
Sensações corporais	6,1	2,0	2,1	3,4
Sentimento de Dor	44,9	49,0	26,7	40,7
Sentimentos positivos	12,3	27,5	48,9	29,0
Outros	14,3	3,9	6,7	8,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

(Teste de Fisher; * $p \leq 0,005$).

Cerca de 49% das crianças relataram sentimentos de prazer associados ao receptor. Houve uma associação significativa do tipo de sentimento identificado com escolaridade e desenvolvimento cognitivo. Assim, uma alta porcentagem (32,6%) de crianças mais novas (pré) e do estágio cognitivo pré-operacional não respondeu (34,9%) ou identificou sentimentos aversivos no receptor como dor, medo, enquanto crianças maiores da quarta-série mencionaram, em sua grande maioria, sentimentos de prazer tanto por se sentir melhor fisicamente, como por estar agradecido pela ajuda do outro.

Observou-se, também, que meninas dão mais ênfase aos sentimentos positivos, enquanto que os meninos mencionaram com maior frequência, aspectos negativos e ausência de sentimentos.

Tabela 11- Porcentagem de distribuição das categorias relacionadas aos sentimentos do receptor segundo a escolaridade, desenvolvimento cognitivo e sexo

Categorias	Escolaridade*			Desenvolvimento Cognitivo**			Sexo***		TOTAL
	P (N49)	2ª (N 51)	4ª (N 45)	PO (N 46)	OC (N 73)	OF (N 26)	M (N 65)	F (N 80)	
Não sei	32,6	11,8	13,3	34,9	12,3	11,5	23,1	16,2	19,3
Ausência de sentimento	6,1	9,7	4,5	4,3	6,9	11,5	9,2	5,0	6,9
Sensação corporal	6,1	2,0	2,2	4,3	4,1	0,0	3,1	3,8	3,4
Aspectos negativos	24,5	17,8	2,2	21,7	16,4	0,0	23,1	8,8	15,2
Sentimento positivo	22,5	56,7	68,9	26,1	54,8	73,2	36,9	58,7	49,0
Outros	8,2	2,0	8,9	8,7	5,5	3,8	4,6	7,5	6,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Teste de Fisher; * $p \leq 0,000$; ** $p \leq 0,002$; *** $p \leq 0,051$).

Aproximadamente metade das crianças da amostra (49%) afirmou ter parentes próximos (pais, tios, avós) doadores de sangue, 34,5% não conheciam nenhum doador e 3,4% referiram ter parentes distantes que doavam.

Apesar de não ter significância estatística ($p \leq 0,072$), estudantes das escolas públicas do centro identificaram uma porcentagem maior de familiares doadores (56,4%) se comparadas com as crianças das escolas públicas de periferia (42,2%) e particulares (46,67%).

Um índice de 41,4% da amostra relatou que as informações sobre a doação de sangue foram transmitidas, principalmente, por familiares e amigos. 26,9% referiram que esse tema nunca foi abordado, 17,9% obtiveram as informações a partir dos meios de comunicação, 7,6% dos serviços de saúde e 5,5 % da escola.

Foi significativa a associação entre fonte de informação com grau de escolaridade e desenvolvimento cognitivo. Uma alta porcentagem de crianças de pré (49,0%) e do estágio pré-operatório (43,5%) não citou nenhuma fonte de informação, as crianças de quarta série e do nível operatório formal, apesar da fonte principal ser a família (46,7% e 53,8% respectivamente), lembraram, também, de outros meios de informação.

A escola é citada por apenas 5,5% das crianças, a maioria alunos da quarta-série e crianças no estágio operatório formal. Estas crianças são as que também, lembraram, com mais frequência, dos meios de comunicação.

Tabela 12- Porcentagem das fontes de informação citadas por crianças de diferentes níveis de escolaridade e desenvolvimento cognitivo

Categorias	Escolaridade*			Desenvolvimento cognitivo**			TOTAL
	P (N 49)	2 ^a (N 51)	4 ^a (N 45)	PO (N 46)	OC (N 73)	OF (N 26)	
Não sei	49,0	21,6	8,9	43,5	24,7	3,9	26,9
Família	28,6	49,0	46,7	32,6	42,5	53,8	41,4
Meios de Comunicação	12,2	13,7	28,9	13,1	17,8	26,9	17,9
Serviços de saúde	6,2	11,8	4,4	4,3	12,3	0,0	7,6
Escola	2,0	3,9	11,1	4,3	2,7	15,4	5,5
Outros	2,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	0,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Teste de Fisher; * $p \leq 0,000$; ** $p \leq 0,001$).

Houve uma associação estaticamente significativa entre as fontes de informação e pais que conversavam com a criança sobre o tema (tabela 13).

Confirmando as informações dos questionários dos pais, 64,8% das crianças cujos pais alegaram terem falado a respeito de doação, em casa, responderam que têm nos familiares a sua principal fonte de informação.

Apesar dos pais afirmarem que não abordaram o assunto com os filhos, 25,3% destes declararam ser a família a principal fonte de informação, seguido dos meios de comunicação (20,7%).

Tabela 13- Porcentagem das fontes de informação citadas por crianças filhas de pais que conversam ou não com os filhos sobre a questão

Categorias	Conversa com os filhos sobre doação*			TOTAL
	S	N	NR	
	(N 57)	(N 87)	(N 1)	
Não sabem	8,8	39,1	0,0	26,9
Família	64,8	25,3	100,0	41,4
Meios de Comunicação	14,0	20,7	0,0	17,9
Serviços de saúde	5,3	9,2	0,0	7,6
Escola	5,3	5,7	0,0	5,5
Outros	1,8	0,0	0,0	0,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

(Teste de Fisher; * $p \leq 0,049$; ** $p \leq 0,000$).

Foi alta a porcentagem de crianças (40,7%) que disseram não saber ou não se lembrar do conteúdo abordado pelas fontes de informação. 31% referiram que ouviram falar da importância de doar para ajudar pessoas, 9,7% dos procedimentos utilizados, 2,8% das condições necessárias para a doação, 4,8% dos slogans (“*Doe sangue*”, “*Essa corrente não pode parar*” e 11% citaram ter ouvido outras informações : “*Doar sangue para ver se têm bichinhos*”, “*A quantidade de sangue está aumentando*”).

A qualidade da informação associou-se significativamente com o grau de escolaridade. Crianças menores referiram com maior frequência não se lembrarem do conteúdo abordado pelas fontes de informações. Crianças das séries mais avançadas deram mais ênfase aos valores e recordaram, também, de slogans e propagandas veiculadas pelos meios de comunicação.

Tabela 14- Porcentagem de diferentes tipos de informações citadas por crianças de diferentes níveis de escolaridade

Categorias	Escolaridade*			TOTAL
	P (N 49)	2 ^a (N 51)	4 ^a (N 45)	
Não sabem	61,2	33,4	26,6	40,7
Ênfase Procedimentos	8,3	11,8	8,9	9,7
Condições necessárias para doar	2,0	0,0	6,7	2,8
Ênfase Valores	12,2	39,2	42,2	31,0
Slogans, propagandas	0,0	7,8	6,7	4,8
Outros	16,3	7,8	8,9	11,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

(Teste de Fisher; * $p \leq 0,001$).

Em relação à solução do dilema, observou-se que a maioria das crianças (71%) optou pela doação justificando sua decisão pelas necessidades físicas e psicológicas da outra pessoa (*“Porque o outro precisa”, “Pra ajuda a curar a outra pessoa”*). Trata-se de respostas compatíveis com o 2º nível de desenvolvimento moral pró-social (proposto por Eisenberg). Cerca de 9,7% das crianças não souberam justificar sua decisão e 6,2% basearam-se na orientação auto-focada e hedonística, por ex: (*“...tem que doar porque assim Deus gosta e a gente ganha pontinhos com ele...”*, *“... tem que ajudar porque quando você precisar alguém vai ajudar...”*), 13,1% das crianças deram respostas classificadas como "Outros" em que não se pôde identificar o estágio de desenvolvimento moral (*“Porque senão explode”, “Porque ele fez alguma coisa de por a mão na boca”, “Porque ta de castigo”*). Esse último tipo de justificativa teve uma alta freqüência nas crianças que cursavam pré-escola (26,5%), podendo ser um sinal de que tiveram dificuldade em responder ao dilema.

Tabela 15- Porcentagem das justificativas dadas pelas crianças, de diferentes séries e níveis cognitivos, frente ao dilema apresentado

Categorias	Escolaridade			Desenvolvimento Cognitivo			TOTAL
	P (N 49)	2 ^a (N 51)	4 ^a (N 45)	PO (N 46)	OC (N 73)	OF (N 26)	
Não sei	10,2	9,8	8,9	10,9	6,8	15,4	9,7
1º nível	8,2	2,0	8,9	6,5	4,1	11,5	6,2
2º nível	55,1	84,3	73,3	58,7	78,1	73,1	71,0
Outros	26,5	3,9	8,9	23,9	11,0	0,0	13,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Teste de Fisher; * $p \leq 0,012$; ** $p \leq 0,027$).

Apesar de, em todas as séries, a maioria das crianças ter enfatizado a importância de doar sangue devido às necessidades físicas / emocionais da outra pessoa, observando a tabela 15, chama atenção o fato das crianças da quarta série apresentarem porcentagens maiores de respostas que envolviam os ganhos para a própria pessoa (1º nível de desenvolvimento moral pró-social proposto por Eisenberg), quando comparadas com as crianças da 2ª série. Da mesma forma, crianças do estágio operatório formal tiveram uma porcentagem maior (11,5%) de justificativas hedonísticas, do que as crianças do pré-operatório (6,5%) e operatório concreto (4,1%).

Ressalta-se que, 22,8% das crianças, sem serem solicitadas, se manifestaram com relação ao momento de doar: no horário do trabalho ou no fim de semana.

Tabela 16- Porcentagem das escolhas emitidas pelas crianças, de diferentes níveis de escolaridade e tipos de escola, frente às alternativas de quando doar

Categorias	Escolaridade			Tipo de escola			TOTAL
	P (N 49)	2 ^a (N 51)	4 ^a (N 45)	Part. (N 45)	Centro (N 55)	Perif. (N 45)	
Não específica	89,8	78,4	62,2	91,1	72,7	68,9	77,2
Doar período trabalho	4,1	11,8	20,0	2,2	10,9	22,2	11,7
Doar: durante fim-de-semana	6,1	9,8	17,8	6,7	16,4	8,9	11,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Teste de Fisher; * $p \leq 0,032$; ** $p \leq 0,003$).

Verificou-se que, com o aumento da idade (escolaridade), aumentou a porcentagem das crianças que passaram a especificar quando a personagem deveria doar sangue, sendo a porcentagem quase igual de crianças que optaram pelo horário de trabalho ou pelo sábado (11%). Em relação ao tipo de escola, uma porcentagem maior de crianças de escolas públicas especificou o momento mais conveniente à doação do que as crianças de escolas particulares.

Foi observado, também, que as crianças das escolas de periferia optaram pela doação no horário de trabalho e as de centro se posicionaram mais a favor do fim de semana.

Em relação ao desenho, para sua análise, considerou-se também, a estória que a criança contava a respeito do conteúdo desenhado, visto que, muitos foram bastante esquemáticos. Foi possível observar que:

- 56,5% das crianças procuraram transmitir, a partir do desenho, que a doação de sangue ajuda a outra pessoa, é promotora de saúde

e de felicidade tanto para o receptor quanto para o doador. Assim, foram desenhadas pessoas alegres, palavras como obrigado, frases com apelos para as pessoas doarem sangue, doador e receptor de mãos dadas, símbolos como corrente,.etc;

- 9% relacionaram a doação a aspectos negativos, como a dor e a recomendação de que não se deve doar por ser prejudicial à saúde: o conteúdo desenhado mostrava, geralmente, pessoas tomando injeção e gritos de dor ("Ai, Ai");

- 6,9% das crianças colocaram nos desenhos os benefícios que o comportamento de doar traz para o próprio doador ("*ser herói*", "*ter orgulho de doar*");

- 6,2% dos desenhos citaram conteúdos de propagandas veiculadas pela mídia: ("*Doe sangue, doe vida*");

- 5,5% refletiram, assim como na entrevista, confusão entre doação e exame de sangue. Os desenhos representavam pessoas no hospital e as crianças contavam que elas estavam tirando sangue para ver se tinham doenças ou falavam que a doação melhora o estado físico do doador;

- 4,8% desenharam o local da doação (hospital) e informações sobre o processo (pré-requisitos): fachadas de hospitais com ambulância, prédios do Hemocentro, frases com alguns pré-requisitos, como ausência de doença física, peso e idade adequados;

- 11% das crianças se recusaram a desenhar ou desenharam conteúdos não relacionados ao tema.

DISCUSSÃO

O grau de informação sobre doação de sangue

Como era esperado, o entendimento das crianças sobre o processo de doação de sangue apresentou forte associação com a idade (variável pareada com escolaridade) e com desenvolvimento cognitivo. Assim, crianças menores, com pouca escolaridade, na fase pré-operatória, freqüentemente se esquivavam de responder, confundiam doação e exame de sangue ou citavam o local da coleta e materiais utilizados no procedimento: *"precisa de uma agulha"* (M. 6 anos), *"a pessoa tem que ficar deitada numa cadeira"* (F. 6 anos). Esses dados reforçam os achados de estudos anteriores, de linha piagetiana, (Perrin, Sayer & Willett, 1991, Peltzer & Promtussananon, 2003; Perosa & Gabarra, 2004) em que crianças do nível pré-operatório, ao explicar as causas das doenças, recorriam a recursos concretos, enumeravam sintomas ou ofereciam explicações redundantes e mágicas. Por outro lado, crianças mais velhas apresentaram uma freqüência maior de informações corretas: *"É quando alguém doa pra outra pessoa que sofreu um acidente ou ficou doente e precisa de sangue"* (I. 10 anos); *"A pessoa tem que ter uma boa saúde, ter mais de 18 anos e pesar mais de 50 kg para doar"* (K. 10 anos).

Apesar das crianças mais velhas, do estágio operatório formal, apresentarem um maior grau de conhecimento, notou-se um alto nível de desinformação em relação a vários aspectos da doação, como pré-requisitos, motivos para não doação, necessidades do receptor, em crianças de todas as idades e estágios cognitivos. Várias crianças forneceram informações erradas

ou apresentaram dúvidas sobre o processo: "*Não sei... nem imagino [pré-requisitos para a doação de sangue]*" (V. 6 anos), "*Você tem que doar para sarar!*" (M. 6 anos), "*Doa pra crescer forte e inteligente!*" (A. 6 anos). "*Ah, elas não doam [sangue] porque são chatas*" (H. 10 anos); "*Faz bem pro organismo da pessoa... por isso que ela doa!*" (N. 10 anos). Esse desconhecimento parece confirmar que se trata de assunto pouco usual no cotidiano dessas crianças, visto que aproximadamente metade da amostra (44,2%) declarou não ter nenhum contato ou desconhecer doadores de sangue, 60% dos pais afirmaram nunca terem abordado o tema com os filhos e a maior parte das crianças (61,2%) que referiu ter conversado a respeito com os familiares, não se lembrou do conteúdo abordado. Mesmo informações advindas dos meios de comunicação, quando, por exemplo, a televisão focaliza a necessidade de sangue para atender acidentados (tsunami, grandes desastres aéreos ou rodoviários) são bastante raras e foram muito pouco citadas pelas crianças.

Segundo Vasconcelos (2000), a criança adquire conhecimento através da sua relação e experiência com o mundo externo (ambiente), sendo o pensamento consequência da ação da criança sobre seu mundo. Para Piaget (1967), a criança que tem experiências no ambiente assimila com mais facilidade as novas informações e, como consequência, progride nos estágios cognitivos, adquirindo formas mais eficientes de pensar e lidar com seu meio. A fala de uma das crianças parece exemplificar como o contato com doadores, ou mesmo a discussão do tema, pode facilitar o nível de conhecimento e uma atitude positiva frente à doação: "*Meu vô doou até quando pôde! Agora ele não pode mais [idade]. Minha vô até quer doar, mas ela é hipertensa e tem um*

outro probleminha [câncer]. Eu vou querer doar! Eu fui visitar ela várias vezes no hospital...via ela tomando bolsa de sangue...outras pessoas salvaram a vida dela doando sangue... Quando eu crescer, eu vou doar até não poder mais!". (L. 10 anos).

Possivelmente, os pré-requisitos para doar são as informações de maior importância para os hemocentros e para os possíveis doadores. Eles são freqüentemente veiculados nas campanhas e nos folhetos explicativos distribuídos à população, com o propósito de preservar tanto as condições de saúde do doador (idade, peso, por exemplo) quanto do receptor (doenças contagiosas). Assim, o folheto elaborado pelo Hemocentro da Unesp de Botucatu, cita como requisitos necessários para poder doar, idade compreendida entre 18 e 65 anos, ter boa saúde, não ter doenças contagiosas, não ter ingerido bebidas alcoólicas 24 horas antes da doação, entre outros. Neste estudo, o nível de desinformação dos pré-requisitos foi alto: 30,3% das crianças, em especial as mais novas, não souberam citar nenhum pré-requisito.

Crianças mais velhas, de estágios cognitivos mais avançados e estudantes de escolas particulares e públicas do centro, tiveram mais facilidade em enumerar como pré-requisitos características precisas de peso e idade, quando comparadas com crianças pequenas, de escolas de periferia: *"Bom, eu sei que tem que ter mais de 18 anos e acho que pesar mais de 50 Kg"* (L. 10 anos), *"Tem que ter um peso e idade certa"* (R.8 anos). Algumas crianças citaram as condições de saúde do doador, *"Precisa ter saúde, alimentar-se bem, comer muito!"* (M. 10 anos) e outras identificaram, também, formas de proteger o bem estar físico do doador e do receptor: *"É... pelo que eu conheço,*

não pode ter nada para poder doar sangue... não pode ter doença como hepatite, tem que ser... ter saúde pra doar porque senão ela vai passar pra outra pessoa a doença dela..." (G. 10 anos); *"Ah, tem que ter uma alimentação saudável, não ter problema de saúde..."* (H. 10 anos). A identificação do sangue como via de transmissão de doenças e a necessidade de hábitos de vida saudáveis dos doadores confirmam dados de outras pesquisas em que crianças, no período operatório concreto, já dominavam a noção contágio e, no período operatório formal, sabiam relacionar, fatores internos e externos ao organismo, na determinação das doenças (Perrin, Sayer & Willett, 1991, Peltzer & Promtussananon, 2003; Perosa & Gabarra, 2004).

Ao assinalar os fatores impeditivos para a doação, um total de 23,8% das crianças citou a falta de condições físicas como obesidade, hipertensão e ser fumante: *"Porque são obesas, fumam"* (V. 8 anos); *"Porque têm hipertensão"* (R. 10 anos). Esta porcentagem foi bem próxima dos 22,8% que enumeraram corretamente condições físicas do doador como pré-requisitos para a doação, demonstrando assim, que houve coerência nas respostas.

Frente à pergunta "Por que as pessoas precisam receber sangue?", a maioria da amostra citou a debilidade física do receptor (45,5%): *"Quando elas tão em mal estado"* (P. 8 anos); *"Quando sofrem acidente e perdem sangue, quando estão doentes"* (J. 10 anos). Poucas crianças (4,2%) citaram condições específicas, como problemas na cirurgia e parto, no geral, crianças com maior grau de escolaridade (4ª série), no estágio operatório formal e que, possivelmente, tiveram mais chances de ter presenciado

situações parecidas. Novamente foi alta a porcentagem de crianças que não souberam responder à pergunta (32,4%).

Segundo a literatura, a escolaridade tem importante papel na aquisição dos conceitos, inclusive os relacionados à saúde-doença: quanto maior o tempo de estudo e o leque de disciplinas cursadas, como ciências, novos conhecimentos são adquiridos e as crianças dispõem de conceitos mais abrangentes sobre as situações que as cercam (Boruchovitch & Mednick, 2000; Peltzer & Promtussananon, 2003; Perosa & Gabarra, 2004).

Neste sentido, preocupam os dados referentes às crianças das escolas públicas, especialmente as de periferia. Foi nesse seguimento que se verificou a maior porcentagem de crianças que não souberam responder o porquê é preciso receber sangue e tiveram dificuldades em enumerar os pré-requisitos para a doação. Foram os sujeitos que apresentaram o maior número de concepções errôneas, como por ex: *"Ele tem que ter muito sangue para doar porque senão explode"* (M. 6 anos); *"Ele tem que falar certo pra doar!"* (B. 8 anos); *"Ele tem que receber sangue pra colocar agulha e ficar deitado"* (C. 10 anos).

Apesar da Lei das Diretrizes Básicas normatizar, como proposta primordial de qualquer escola de ensino fundamental, a preparação do aluno para escrita e conhecimentos de matemática, incentivo à formação ética, preparo para a cidadania e conhecimento crítico da realidade, observa-se nas escolas brasileiras, grandes diferenças que começam por sua localização (escola situada na zona urbana e rural), passam pelas desigualdades sócio-

econômicas, pelo tipo de escola (pública ou particular) e se refletem no cumprimento das propostas. Os dados do Sistema de Avaliação da Educação Básica (SAEB) de 2001 apontaram diferenças no nível de proficiência de alunos provenientes de escolas públicas quando comparados com os de particulares. Possivelmente, os alunos que freqüentavam escolas particulares, tiveram melhor desempenho que os alunos oriundos de escolas públicas, pelos métodos educativos utilizados nas diferentes escolas, mas também pelo suporte educacional propiciado pelas famílias com melhores níveis sócio-culturais, estimulação mais adequada, contato precoce com livros, acesso à internet, etc (Soares & Alves, 2003).

No presente estudo, também, se constatou diferenças no nível educacional dos pais de crianças de escolas públicas e particulares. Os pais de alunos de escolas particulares afirmaram ter mais tempo de estudo do que os pais de crianças de escolas públicas: mais da metade dos pais das crianças de escolas públicas da periferia (53,3%) havia cursado apenas o ensino fundamental, em comparação a 25,2% dos pais das escolas públicas do centro e 5,5% das escolas particulares. A maioria dos pais de escolas particulares havia concluído o nível superior (63,3%), índice maior do que os pais de escolas públicas do centro (20,7%) e dos pais de escolas públicas de periferia (7,6%).

Encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre a escolaridade paterna, falar a respeito da doação de sangue, em casa, e a forma como as crianças concebiam a doação. Filhos de pais com mais escolaridade apresentaram um índice significativamente menor de respostas

"Não sei", maior facilidade em associar a debilidade física com a necessidade de receber sangue e em identificar a doação com uma ação de ajuda ao outro. Filhos de pais que conversavam sobre o tema, também, foram os que mais identificaram a doação com um comportamento altruísta.

Doação de sangue e aquisição de valores

A maioria das crianças, principalmente as mais velhas, frente à pergunta: "o que é doação de sangue?" ao invés de descrever o procedimento, optou por apontar sua finalidade: um ato de solidariedade e generosidade em relação ao outro. Foram comuns respostas como: "*Pra ajudar as pessoas que precisam*" (C. 10 anos); "*É uma coisa boa... ajudar os outros*" (N. 8 anos), "*Acho que é pra ajudar quem tá doente*" (M. 6 anos); "*É fazer o bem*" (B. 10 anos).

A associação da doação de sangue com o ato de ajuda foi a resposta mais freqüente nas entrevistas (74,5%), o tema mais recorrente nos desenhos (56,5%) e a justificativa mais utilizada na resolução do dilema (71%), parecendo mostrar que, independente do recurso metodológico utilizado, o significado da doação está associado aos valores de generosidade e solidariedade, isto é, ao comportamento pró-social.

Uma possível explicação para a forte associação da doação com esses valores está no fato das campanhas dos hemocentros, amplamente

veiculadas pela mídia, centrarem suas mensagens na importância da ajuda ao outro, resgatando figuras dos super-heróis, dos salvadores do universo e do fato de uma ação de pouco custo ter uma grande repercussão (“Doe uma gota e salve uma vida”).

Mas pode-se hipotetizar, também, que os sujeitos, especialmente os mais velhos, estão em uma fase de desenvolvimento em que as crianças têm uma forte preocupação com o aspecto moral envolvido nas ações. Ao descrever a doação, uma porcentagem significativamente maior de crianças do estágio operatório formal recorreu a valores altruístas, se comparada às mais novas. Segundo Eisenberg-Berg (1979) no desenvolvimento moral pró-social as crianças passam de uma fase em que suas decisões visam satisfazer suas próprias necessidades e desejos a uma fase em que, gradativamente, começam a levar em conta as necessidades e desejos de um outro indivíduo ou grupo de indivíduos. Neste caso, essas ações não são determinadas por leis, punições e obrigações formais, mas pela capacidade de raciocínios empáticos, com regras e valores morais internalizados.

As crianças mais novas, com menor escolaridade, apresentaram maior índice de respostas que associavam a doação a danos à própria pessoa, quando comparadas às mais velhas, como, por exemplo: *"Não doa porque pode morrer"* (G. 6 anos); *"Não vai 'doá' porque pode desmaiar e ficar sem sangue"* (A. 6 anos). Justificaram, também, a não doação por uma opção pessoal: *"Não doa porque não 'qué'"* (O. 6 anos). Segundo Piaget (1977) é comum crianças dessa idade estarem em uma fase de desenvolvimento

moral em que é difícil ter empatia por outros e poder descentralizar-se de si mesmo. Eisenberg-Berg (1979) afirma que a orientação para valores é autofocada e hedonística, isto é, a motivação para se engajar em comportamentos pró-sociais é basicamente determinada pelo ganho pessoal, por aspectos afetivos (gostar ou não do outro) ou por questões pragmáticas. As crianças mais velhas e adolescentes do ensino médio, apesar de terem esse tipo de raciocínio, também levam em conta a necessidade do outro, sem se centrar, apenas, nos ganhos para a própria pessoa.

Eisenberg, Zhou, Koller (2001) acreditam que esse desenvolvimento da moralidade está condicionado ao desenvolvimento da cognição e racionalidade, já que através deles torna-se possível o olhar sobre o outro e, também, o entendimento de conceitos abstratos relacionados aos comportamentos pró-sociais, como solidariedade, generosidade, entre outros. Da mesma forma, Piaget (1977) preconiza que a criança precisa evoluir cognitivamente do egocentrismo para a descentração, para passar de uma moral de coação (heterônoma) a uma moral de cooperação (autônoma) em que se orienta pela solidariedade e respeito mútuo ao tomar decisões morais.

Apesar das colocações acima, não se pode esquecer que, neste estudo, quase metade da amostra de crianças mais novas (44,5%), da pré-escola, também definiu a doação de sangue como uma ação de ajuda ao outro.

O fato dessas crianças destacarem a generosidade, um valor altruísta, pode indicar que a associação entre desenvolvimento cognitivo e

aquisição de valores não é linear. La Taille (2006) que estudou a aquisição de valores específicos, como generosidade e justiça, observou que, frente a determinados valores, independente da idade, as crianças apresentam modos de pensar semelhantes. A generosidade é um deles. Ela está, principalmente, vinculada à simpatia e empatia (capacidade de perceber e ser afetado pelo estado emocional de outras pessoas). Já frente a outros valores, como justiça, a criança precisa, anteriormente, ter adquirido a noção de igualdade e reciprocidade, conceitos abstratos de difícil entendimento para crianças dos primeiros estágios cognitivos. Em seu estudo, crianças de 6 e 9 anos ouviram histórias em que os personagens tinham atitudes não generosas e não justas. Pediu-se, então, que atribuíssem sentimentos aos personagens. As crianças, nesta fase de desenvolvimento, consideraram mais negativo quem age sem generosidade do que quem age de forma injusta.

Segundo La Taille (2000) a generosidade por ser uma virtude que está menos ligada à autoridade (menor dependência ao mandamento adulto e menos dirigida por normas), tem a possibilidade de ser mais espontânea e desencadear progressivas descentrações, levando a criança a uma maior percepção do outro. O autor enfatiza, entretanto, que esses achados não contrariam as colocações de Piaget e Kohlberg, quando destacam o hedonismo em crianças pequenas, mas ressalta que a aquisição de cada valor específico pode ser mais complexa do que se imagina e que, ao lado do desenvolvimento cognitivo, outros fatores intervenientes podem atuar no desenvolvimento moral do ser humano.

Dentro dessa mesma linha de raciocínio, Bussab (1997), observou que crianças no segundo ano de vida, já manifestavam atitudes confortadoras frente ao sofrimento do outro, parecendo mostrar que tinham percepção do sofrimento e capacidade de agir, no sentido de amenizá-lo. Para Hoffman (1981) apud Bussab (1997) possivelmente o ser humano apresenta predisposição biológica para a empatia, sendo uma evidência disso, o choro do recém-nascido em resposta ao choro de um outro bebê.

As colocações acima, especialmente quando não condicionam integralmente a aquisição de valores ao desenvolvimento cognitivo, permitem pensar na elaboração de atividades voltadas à aquisição e ao estímulo de determinados valores, como a generosidade, com crianças ainda bastante novas.

Doação de sangue, sentimentos e emoções

Ao lado de aspectos cognitivos e valorativos, apareceram, também, sentimentos e emoções associadas à doação de sangue.

Com relação aos sentimentos do doador, a dor foi bastante citada (40,7%), especialmente por crianças de pré-escola e de segunda série. Crianças de quarta série, com 10 anos, deixavam de mencioná-la e passavam a referir sentimentos positivos: *"Ah, as pessoas ficam felizes porque tão ajudando o outro"* (S. 10 anos). Nos desenhos, freqüentemente, essas crianças desenharam pessoas sorrindo, felizes ao doar sangue, conteúdos associados a

amor, solidariedade e altruísmo, como corações, mãos dadas, mãos estendidas.

As crianças mais velhas referiram, também, como motivo para não doar, o sentimento de medo: *"Ah, porque têm pavor de agulha"*, (M. 10 anos), *"Ah, elas não doam porque têm medo, né? Medo da dor, da agulha"* (A. 10 anos); *"A minha mãe, por exemplo, tem medo"* (F. 10 anos). Segundo Ludwig & Rodrigues (2005), alguns dos fatores que afastam doadores potenciais dos hemocentros são o medo de adquirir doenças em decorrência dos procedimentos envolvidos na doação, medo do processo em si e falta de confiança no Hemocentro. Possivelmente, além do medo de injeção, o maior conhecimento sobre a etiologia e a transmissão de algumas doenças, especialmente a AIDS, verdadeiras ou não, pode ter determinado essa associação medo/doação de sangue em crianças mais velhas.

Apesar da baixa porcentagem, 4,8% das crianças citaram condições emocionais/psicológicas, como um requisito para poder doar: *"É preciso ter força!"* (D. 10 anos); *"Acho que tem que ter calma"* (M.10 anos).

Quando se trata de avaliar os sentimentos dos receptores, a maioria das crianças do estágio operatório formal (73,2%) conseguiu identificar prazer nos receptores, associado à melhora física e à generosidade das pessoas: *"Ela se sente feliz, né? Porque pelo menos ela vai ter oportunidade de viver a vida, né?"* (G. 8 anos); *"Elas ficam 'melhor' e podem sair do hospital"* (M. 10 anos); *"Ah, elas ficam felizes porque alguém ajudou."* (C. 10 anos).

Observou-se que elas tiveram mais dificuldade em identificar os sentimentos dos receptores do que dos doadores. De forma geral, foi grande a dificuldade em analisar sentimentos e decisões do ponto de vista do outro, principalmente por parte de crianças de pré-escola e segunda série. Assim como já foi dito em relação à empatia, possivelmente, as crianças menores tiveram uma dificuldade maior em perceber as necessidades e sentimentos do outro, na medida em que estão se iniciando no processo de inversão de papéis.

Segundo Fonseca (1980), a capacidade de assumir o papel do outro, levando em conta a reciprocidade e mutualidade, começa a se desenvolver no início da infância (aproximadamente no segundo e terceiro ano de vida) e só se completa na vida adulta. É um processo longo e gradual, que passa por diversas fases, no qual a criança começa a ter capacidade de inverter papéis. Dos 4 anos em diante, quando o jogo de faz de conta faz parte das brincadeiras usuais da criança, ela se comporta como o outro, imitando-o nos jogos. Ao fazer isto, segundo Vieira (1997) "ela está se fundindo a esse outro, assimilando-o a si, mas ao mesmo tempo se conservando como ela própria no papel" (p.10). Essa autora acrescenta que o processo de fusão e diferenciação permite que a criança detecte, no comportamento do outro, pistas sobre seus sentimentos, se precisa de ajuda, proteção e cuidados.

A possibilidade de inverter papéis explicaria a alta porcentagem de crianças no estágio operatório formal (73,1%) que identificaram, nos receptores, sentimentos positivos em relação alguém que

estava salvando sua vida: "*Alegria, né? Alguém ajudou...*" (A. 10 anos); "*Sentem agradecidas porque alguém ajudou*" (B. 8 anos)

As meninas citaram mais sentimentos positivos do receptor do que os meninos. Estes apresentaram mais dificuldade em avaliar esses sentimentos e citaram mais aspectos negativos. Segundo Gilligan (1982) apud Camino et al. (2005), as mulheres têm um julgamento moral mais voltado para o cuidado, responsabilidade, guiado por sentimentos de simpatia e compaixão. Já os homens estão preocupados, principalmente, com o cumprimento de regras, normas de garantia dos direitos e com a justiça.

A família foi identificada como a principal fonte de comunicação por grande parte da amostra (41,4%). Esse achado vai de encontro a dados de literatura que afirmam ser a família um dos primeiros agentes de socialização do ser humano, figura que garante não só a sobrevivência física, como também a propagação de valores e da cultura na qual a criança está inserida (Dessen & Braz, 2005).

Devido ao baixo número de pais que eram doadores fidelizados, não foi possível analisar a influência que o fato de ter pais doadores exerce sobre o modo como crianças compreendem o tema. Apesar desse baixo número (7% das mães e 20% dos pais declararam ser doadores), ele pode ser considerado maior que a média de doadores da população em geral, estimada em 1,8% pela Organização Mundial de Saúde. Pode-se levantar algumas hipóteses para explicar essa porcentagem elevada: em primeiro lugar, o município possui um serviço de saúde terciário, com um

hemocentro que faz constantes campanhas para incentivar a doação. Esta hipótese foi vista com ceticismo pela equipe do hemocentro, pois, apesar de não contar com estatísticas do número de doadores do município, sabe-se que a maioria dos doadores do hemocentro de Botucatu reside nos municípios vizinhos, que disponibilizam transporte para doadores, e, portanto, estes dificilmente teriam filhos nas escolas de Botucatu. Em segundo lugar, pode se pensar que, ao acaso, foi sorteado um número maior de crianças cujos pais eram doadores. Ainda, pode ser que, conhecendo o tema da pesquisa, por pressão social, pessoas que não doam se declararam doadoras.

A mídia foi a segunda fonte de informação mais citada (17,9%) principalmente por crianças mais velhas. Segundo Spink et al (2005), os meios de comunicação de massa são considerados veículos poderosos de formação de opinião devido ao seu poder de transformar e colocar em circulação conteúdos simbólicos e culturais para a sociedade. Chiaravalloti Neto (1997) confirma esse dado, demonstrando que as campanhas educativas sobre a dengue, divulgadas pelos meios de comunicação, proporcionaram um maior nível de conhecimento na população-alvo: escolares e outros segmentos da sociedade. No entanto, o autor alerta para o fato de que esse conhecimento não foi suficiente para a mudança de comportamento e diminuição da infestação de vetores.

Neste caso, não houve condições de observar se as campanhas televisivas influenciaram o comportamento das crianças, mas assim como ocorreu com crianças sul-africanas, em relação às campanhas televisivas da AIDS (Peltzer e Promtussananon, 2003), nesta pesquisa, as

crianças lembraram dos slogans de campanhas recentes (" Doar sangue é doar vida"; "Essa corrente não pode parar").

Um dado preocupante foi o baixo índice de crianças (5,5%) que citaram a escola como local em que o tema foi abordado. Frente a essa constatação, parece necessário que se discuta o papel da escola nos programas de Educação em Saúde, especialmente naqueles que não envolvem ganhos pessoais e imediatos (como campanhas de saúde bucal, dietas saudáveis), mas preconizam a aquisição de comportamentos a longo prazo (quando maiores de 18 anos), cujos benefícios visam a coletividade e o futuro cidadão.

Considerações metodológicas

Três tipos diferentes de instrumentos foram utilizados para a coleta dos dados: uma entrevista semi-estruturada, a resolução de um dilema e elaboração de um desenho. A seguir se fará uma análise das vantagens e dos limites que foram observados em relação a cada um deles.

Há uma série de trabalhos preocupados em analisar os recursos metodológicos em pesquisas com crianças: Fávero & Salim (1995) abordam a utilização de desenhos; Carvalho, et al., (2004) discorrem sobre as vantagens e desvantagens das entrevistas e Martins et al., (1995) exploram a utilização de dos dilemas.

Segundo Carvalho, et al.(2004), a entrevista vem sendo cada vez mais utilizada pelos pesquisadores, na medida em que se reconhece a capacidade da criança de falar sobre suas concepções, sobre seus pensamentos e sentimentos em relação a uma temática. Ela se constitui no principal instrumento de coleta, principalmente se o objetivo da pesquisa for avaliar concepções ou percepções da criança em relação a determinado problema ou assunto. Entretanto, há exemplos de pesquisas em que esse recurso mostrou-se limitante e em outros foi bem sucedido.

Carvalho, et al. (2004) afirmam que para garantir a qualidade da entrevista é muito importante a motivação da criança e a relação estabelecida entre entrevistador-entrevistado. No presente estudo só foram entrevistadas crianças que consentiram participar e o procedimento se iniciava quando a criança se sentia a vontade para conversar. Foi possível observar que a maioria se sentiu bem em falar sobre o tema, excedendo o tempo da entrevista, abordando outros assuntos, muitas vezes da sua vida pessoal. Uma pequena parte demonstrou insegurança relacionada ao desempenho nas perguntas e, muitas vezes, no decorrer da entrevista, questionavam se estavam certas. Para estas, sempre se reforçou que não havia resposta certa ou errada e que o objetivo da entrevista era apenas conhecer o que elas sabiam sobre a doação de sangue. O local da coleta também era um ambiente com o qual a criança tinha familiaridade.

Para Hart, Chesson (1998) a dificuldade na comunicação pesquisador-criança decorre do contexto interativo, em que estão presentes um adulto e uma criança, e, muitas vezes, esta acredita que deve reproduzir o

discurso que o adulto deseja ouvir. Berthoud-Papandropoulou, Favre & Veneziano comprovaram que as respostas motivadas por perguntas de um pesquisador não possuem as características psicológicas de um discurso espontâneo: crianças com menos de 7 anos apresentavam um relato verbal semelhante ao discurso adulto, com suas proibições e obrigações.

Nesta pesquisa, em alguns momentos, houve dúvidas se crianças pequenas realmente expressavam sua opinião, por exemplo, quando uma alta porcentagem delas associou a doação com ajuda ao outro, um valor altruísta, pouco condizente com crianças na fase egocêntrica, segundo Piaget. Tentou-se contornar este problema oferecendo outras formas de expressão: o desenho e o dilema. Os resultados mostraram que as crianças continuaram a repetir o discurso altruísta mesmo com técnicas diferentes.

O dilema é um recurso bastante citado na literatura como uma tentativa de contornar as limitações da entrevista. É considerado ideal em situações que pretendem avaliar o desenvolvimento moral e o modo como crianças raciocinam sobre questões relacionadas à moralidade (Eisenberg 1979).

Frente ao dilema proposto, grande parte das crianças demonstrou capacidade de se descentrar de si mesma e apresentou um raciocínio orientado para as necessidades físicas e psicológicas do outro (2^o nível desenvolvimento moral pró-social, definido por Eisenberg), ou seja, decidiu que a personagem central da história deveria doar sangue para a pessoa que estava necessitando, mesmo que isso significasse sacrificar parte

do trabalho ou do seu final de semana: "...[Ele deve ir doar] ...*porque para ajudar as pessoas, né? Que em primeiro lugar ele deve ajudar as pessoas e depois ver o trabalho, né?*".

Uma pequena parte dos participantes (6,2%) apresentou um raciocínio hedonista, isto é, optou pela doação visando uma possibilidade de retribuição a longo prazo, o que, de certa forma, caracteriza uma barganha, 1º nível do desenvolvimento moral pró-social (Eisenberg-Berg, 1979) ex: "*Que ela perca um dia de sábado pra ir doar sangue, para os outros que precisam..porque quando ela precisar, vai ter os outros para ajuda-la*" (R. 10 anos). Ao contrário do esperado, a maior porcentagem dessas respostas foi encontrada no grupo de crianças mais velhas, da quarta-série e do estágio operatório formal. Isso contraria dados da literatura, que afirmam que conforme as crianças evoluem pela idade e escolaridade tendem a apresentar raciocínios morais mais voltados para a preocupação com o bem estar e direitos das pessoas, valores e normas sociais.

Contraria também os resultados da entrevista, relatados anteriormente, em que crianças mais velhas fizeram mais referências à solidariedade e ajuda que crianças mais novas. Talvez o dilema tenha facilitado, por um lado, a identificação com o personagem e, por outro, preservado o distanciamento, já que se tratava de personagem fictício, permitindo que as crianças expressassem reais sentimentos e valores, não explicitados nas respostas diretas da entrevista. São exemplos de relatos: "*Ah, tem que ir doar sangue... tirar um pouco das horas do trabalho..doar sangue e não vai doer nada, porque eu já fiz exame e acho que não dói*". (G. 10 anos);

“Ele não vai doar... porque acha que descansar é melhor, mais importante! (B. 10 anos).

O dilema também permitiu que muitas crianças fossem além do conflito proposto (doar ou não sangue) e se posicionassem, em relação ao momento em que deveria ser realizada a doação. Parte das crianças questionou se seria melhor perder um período de trabalho ou do fim de semana, expondo seus valores quanto ao trabalho e lazer. Por exemplo: *“... Eu acho que assim...trabalho a gente não se perde assim, né?O descanso é simples: ela vai lá no posto mais perto da casa dela e doa sangue...” (D. 10 anos); “...Eu acho que ela não deve perder o dia de descanso não...deve ir na hora do trabalho...” (B. 8 anos).* A posição da criança frente a esses outros tópicos (lazer e trabalho) não fazia parte dos objetivos desta pesquisa, mas confirmaram que o dilema é um recurso importante para incentivar a discussão e a reflexão de problemáticas, podendo, inclusive, ser utilizado em situações didáticas.

Outro recurso metodológico importante para utilização em pesquisa com crianças é o desenho. Segundo vários autores (Di Léo ,1985; Fávero e Salim, 1995; Gobbi e Leite ,1999), ele permite à criança expressar sutilezas do pensamento difíceis de serem traduzidos pela fala e é também um meio pelo qual a criança lança mão para organizar seu mundo. Para Gobbi & Leite (1999), através dele é possível, além de conhecer a concepção de mundo de crianças, orientar e auxiliar no desenvolvimento de políticas voltadas à infância, utilizando-o para conhecer seu pensamento antes de executar ações voltadas a essa população.

Neste estudo os desenhos produziram resultados semelhantes aos da entrevista: 56,5% das crianças desenharam conteúdos relacionados à solidariedade. Entretanto, apresentaram algumas diferenças em relação a trabalho anterior, desenvolvido com escolares de Botucatu, em 2004 (Bossolan et al, 2005). Em primeiro lugar, houve uma porcentagem maior de desenhos que se reportavam ao valor solidariedade, possivelmente devido ao fato de, no trabalho de 2004, terem participado crianças mais velhas de até 15 anos, que recorreram a outros valores, associados com a cidadania e reconhecimento social. No trabalho anterior, também, as crianças menores apresentaram mais desenhos cujo conteúdo remetia à barganha, se comparadas com as crianças desta pesquisa.

Os atuais desenhos continham um menor número de elementos, eram menos elaborados e, em sua maioria, apresentavam símbolos estereotipados como corações, sol, correntes, representando a solidariedade e a ajuda ao outro. Para Gobbi & Leite (1999), o desenho, muitas vezes, pela sua condição de produção, pode ser confundido com tarefa escolar e a criança pode ficar sob controle da busca da aprovação da figura do adulto, podendo desenhar de maneira estereotipada, concretizando-se no aprisionamento e na representação do real. Mas, possivelmente, as diferenças nos resultados sejam devidas, principalmente, aos diferentes contextos em que os desenhos foram executados. Em 2004, se tratava de um concurso patrocinado pelo Hemocentro, para todas as escolas de Botucatu, com direito a prêmios, em que a criança tinha tempo ilimitado para realizar um trabalho que sensibilizasse a população a doar sangue. Nesta pesquisa, o desenho sucedia a entrevista, em

um momento em que as crianças já poderiam estar cansadas, sem querer usar mais tempo para maior elaboração. Ainda, a instrução dada "Desenhe o que você gostaria de falar ou contar sobre a doação de sangue para outras pessoas", em um momento em que a criança queria acabar a tarefa, fazia com que ela reproduzisse o relato verbal da entrevista, conteúdo de campanhas ou lançasse mão de figuras estereotipadas.

Outras limitações deste estudo podem ser apontadas. Em primeiro lugar, a entrevista não explorou o significado do sangue para a criança. Para Bastos, Vilela e Silva (2001) esse elemento é altamente carregado de valor simbólico em nossa cultura. Segundo pesquisa desenvolvida conjuntamente pela Anvisa e UERJ, mais da metade dos entrevistados, doadores e não doadores de sangue, o associavam com vida (Anvisa, 2005). Qual será a relação que as crianças fazem com o sangue? O associam com vida? Com morte? Com dor? Com transmissão de doenças? Essas informações auxiliariam na interpretação dos resultados, mas principalmente são fundamentais para elaborar programas educativos que têm como objetivo discutir o processo de doação de sangue.

Com relação ao dilema, outra precaução precisa ser tomada em futuros estudos. Neste trabalho não se pediu à criança, antes de se posicionar frente ao dilema, que relatasse ao pesquisador como havia entendido a estória. Muitos trabalhos apontam a importância de se apresentarem dilemas, uma vez que possibilitam ao pesquisador conhecer o modo como crianças pensam valores e condutas humanas através de histórias narradas (Koller, Bernardes, 1997; Martins, Koller, 1995; De Vries, Zan 1998).

Mas é fundamental que, logo de início, se verifique o entendimento da criança sobre a estória que lhe foi contada. Martins et al (1995) sugerem que, antes de questioná-la sobre a narrativa, se peça à criança que recontе a estória. Desta forma, segundo Buzzelli apud Martins (1995) além de avaliar o entendimento, é dada oportunidade para falar da sua compreensão, internalizar normas e também relacionar suas experiências com a história que acabou de ouvir.

Sugere-se, também, que em próximos trabalhos se apresentem mais dilemas, que eles sejam mais explorados, pedindo justificativas pelas decisões tomadas e confrontando as respostas com outras opiniões emitidas pela criança em outros momentos, como por exemplo, na entrevista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há referências indicando que o processo de doação de sangue evoluiu muito, no Brasil, nas últimas décadas, com normas hemoterápicas semelhantes às da França, sendo o país, hoje, uma referência para vários países da América do Sul. No entanto, nota-se que ainda há muito desconhecimento e preconceito diante do tema, o que acarreta dificuldades em mobilizar pessoas para doar. Segundo o site Portal do Voluntário (2005), a solução para essa problemática é a educação, que, nos países desenvolvidos, se inicia no ensino fundamental, conscientizando crianças da importância de ser doador.

No Brasil, há registros de algumas iniciativas dos hemocentros, que promovem programas educativos sobre a doação em escolas e comunidades. O Hemominas, por exemplo, desenvolve atividades nas escolas, coordena visitas para que as crianças conheçam a realidade dos serviços de Hemoterapia, promove capacitação de professores para a comunicação sobre o tema, desenvolve peças teatrais e poesias, veiculando informações para os alunos, familiares e comunidade. Os dados mostram que, com o trabalho desenvolvido em cinco anos (entre 1994 a 1999), houve um aumento de 35% no número de doadores entre 18 e 24 anos. Outros hemocentros, de todas as regiões do país, vêm lançando mão desses recursos para tentar contornar o problema da falta de sangue (Hemominas, 2006).

Os dados da pesquisa mostram que, ao lado dos trabalhos de Hemocentros e da mídia, a família tem um papel bastante importante no

fornecimento de informações, mas principalmente na associação de valores e sentimentos positivos em relação à doação. Mostram, também, o pouco envolvimento da escola com relação a esse tema. Segundo Rodrigues (2001) jamais a escola teve um papel tão importante na formação do ser humano como nos dias atuais, já que as crianças estão sendo matriculadas muito novas, permanecem nela por um período longo de tempo e, conseqüentemente, ficam menos tempo sob os cuidados da família.

Em conformidade com o princípio da integralidade, além dos serviços de saúde, há vários programas de educação em saúde sendo desenvolvidos nas escolas brasileiras (Alves, 2005). Têm como objetivos promover a saúde e prevenir doenças, centrando-se, principalmente, na educação nutricional, na importância dos exercícios físicos, na saúde bucal, na prevenção à violência familiar e abuso infantil (Power, Shapiro e Du Paul, 2002).

Os programas que têm como proposta sensibilizar crianças quanto à doação de sangue diferem dos programas já citados por visarem comportamentos que não serão emitidos de imediato e que não trazem ganhos para o próprio indivíduo, mas para a coletividade. Desta maneira, além de oferecer informações é imprescindível trabalhar questões relacionadas aos sentimentos e valores intimamente vinculados a esse processo, como cidadania, altruísmo, solidariedade, generosidade.

Para La Taille (2000) os valores e virtudes podem perfeitamente ser discutidos nas escolas e mesmo com crianças pequenas,

uma vez que estão universalmente presentes no cotidiano destas. Há exemplos de situações discutidas pelas crianças carregadas de valores como: humildade, generosidade, coragem. Elas discutem se devem ou não dar a fruta predileta para os irmãos, se as pessoas devem tornar público algum feito que realizaram.

Menin (2003), ao comentar o livro *Direitos Humanos em Sala de Aula*, faz referência aos recursos que podem ser utilizados para o ensino de valores dentro da escola, como o trabalho com músicas, notícias veiculadas pela mídia, trabalho em campo para conhecer a realidade discutida. Segundo Dimenstein (2005), partindo da definição de aprendiz (do verbo latino *apprehendere*: pegar com as mãos), para aprender, as pessoas precisam ter o objeto nas mãos, chegar próximo dele, tocá-lo, reforçando a importância de ter experiência com o objeto de estudo. No caso da doação de sangue, a experiência com sangue em laboratórios, as visitas aos hemocentros, mas principalmente, o contato com doadores que desempenhem o papel de modelos, poderia estimular uma atitude positiva em relação à doação.

A pergunta que se fazem alguns pensadores é: como é possível ensinar ética às crianças, na escola, quando na vida, em sociedade, reina a desigualdade e submissão? (Montandon, 2005).

Segundo Postman (2002) as escolas são espelhos do credo social. Não lhes é dada permissão de promover uma visão do mundo que não tenha ressonância em toda sociedade. Devolvem aos cidadãos o que a sociedade põe diante delas, mas não necessariamente precisam se fixar em

uma posição única. Frente à realidade atual se espera que a escola forme jovens que aprendam a ser pensadores críticos, para se tornarem homens e mulheres de espírito independente, com força e habilidade para mudar o que está errado (Postman e Weingartner, 1969). Segundo Goergen (2001), as desigualdades e o desrespeito pelo outro ser humano não justificam a falta de investimento na educação moral, mesmo que não se garanta que todos os alunos vão agir de acordo com princípios éticos e de cidadania:

"...ainda que a educação seja um processo aberto, cujo desfecho não pode ser previsto em decorrência das inúmeras variáveis subjetivas e objetivas, o horizonte deste processo aberto pode representar uma oportunidade imperdível de engajamento para que a vida dos indivíduos e da sociedade melhore" (p.168).

A tarefa para uma educação moral é tornar os alunos sensíveis à questão da moralidade, fazê-los pensar sobre o mundo no qual estão inseridos, a fim de que se tornem mais autônomos e assumam as responsabilidades sobre suas decisões (Goergen, 2001). Nas palavras de DeVries, Zan (1998): *"que as crianças pensem sobre questões interpessoais de formas mais diferenciadas, tornando-se mais capazes de pensar além de sua própria perspectiva, para verem e considerarem múltiplas perspectivas em questão" (p. 181).*

Portanto, as estratégias educacionais, precisam estar mais direcionadas para a criação de práticas dialógicas, que propiciem condições de discussão e reflexão, do que apenas transmissão de conhecimentos. Um

recurso utilizado nesta pesquisa, o dilema, também tem sido citado como meio adequado para trabalhar com desenvolvimento moral. Segundo Dias (1999), o dilema apresenta possibilidade de experiências que estimulam o desenvolvimento moral, aproximando as crianças em direção à autonomia. Quando utilizado em discussões em grupos é eficaz já que a educação moral é basicamente promovida nas interações sociais, através da análise de conflitos e não pelo ensino de regras. No presente trabalho, apesar do dilema não ter sido discutido em grupo ou utilizado em situação de aprendizagem, permitiu que as crianças tomassem uma posição em relação à doação, que explicitassem valores menos “nobres”, como a barganha, não verbalizados na situação de entrevista, mas principalmente suscitou novas questões, que por sua vez exigiam mais reflexão (ajudar o outro e perder o lazer? ou prejudicar as horas de trabalho?), demonstrando o potencial deste recurso para trabalhar o desenvolvimento moral.

Em resumo, esta pesquisa mostrou que as crianças, independente da idade, têm uma atitude favorável em relação à doação de sangue, mas, ainda, um alto grau de desconhecimento sobre este processo. A escola parece ter tido uma participação muito pequena tanto na transmissão de informações quanto dos valores associados à doação, mas possivelmente é a instituição mais preparada para incentivar a criança, desde muito pequena, a se tornar um futuro doador.

Segundo Dimenstein e Alves (2005) os principais motores para o aprendizado são a curiosidade e a paixão. A otimização do conhecimento só ocorre quando o aprendiz se envolve na aprendizagem e se sente responsável

por educar, ou seja, quando se sente capaz de ensinar a outras pessoas o conteúdo que aprendeu. Espera-se que, os programas educativos, nas escolas, conquistem os estudantes, propiciem a reflexão e que estes, no futuro, se tornem novos doadores e formadores de opinião sobre a importância da doação, ajudando a solucionar as necessidades de reservas de sangue do país. Assim, quem sabe se tornem mais freqüentes falas como essa: *"...assim, eu queria que as pessoas tivessem uma consciência , uma conscientização de que elas devem doar...que tão doando sempre pra ajudar o próximo"* (B. 10 anos).

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, M. Começa a semana nacional de doação de sangue. Disponível em: < <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2006/11/20/materia.2006-11-20.0748635112/view>>. Acesso em 20 jan de 2007.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n.16, p.39-52, 2005.

ANVISA. Perfil do doador de sangue brasileiro, 2005. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/hotsite/doador_sangue/pdsbfiles/dadospd.htm>. Acesso em 10 mar 2007.

ANVISA. Pesquisa revela perfil de doadores e não doadores de sangue, 2006. Disponível em: <<http://anvisa.gov.br/divulga/noticias/2006/110106.htm>>. Acesso em 10 de mar 2007.

ARANTES, V.M. Afetividade e cognição: rompendo a dicotomia na educação. In: Oliveira, M.K.; Souza, D.T.R. (Orgs) **Psicologia, Educação e as temáticas da vida contemporânea**. São Paulo: Moderna, 2001. p.137-153.

BASTOS, M.L.A.; VILELA, R.Q.B.; SILVA, S. M.C. O ato de doar sangue sob a ótica de técnicos e doadores. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v.23, n.2, 2001.

* ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação- Referências-Elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 22 p.

BAUMAN, L.J. et al. A review of psychosocial interventions for children with chronic health conditions. **Pediatrics**, v.100, n. 2, p. 244-251, 1997.

BERTHOUD-PAPANDROPOULOU, I.D.; FAVRE, C.; VENEZIANO, E. Construction et reconstruction des conduites d' explication. **Le Jeune Enfant et Léxplication**, v..78, p. 9-35, 1990.

BORUCHOVITCH, E.; MEDNICK, B.R. Cross-cultural differences in children's concepts of health and illness. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.5, p.448-456, 1997.

BORUCHOVITCH, E.; MEDNICK, B.R. Causal attributions in Brazilian children's reasoning about health and illness. **Revista de Saúde Pública**, v.34 n. 5, p.484-490, 2000.

BOSSOLAN, R. P. et al. Projeto Doe Sangue. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n.16, p.207-210, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de qualificação do captador**: captação de doadores voluntários de sangue. Brasília, 1997. 23 p.

BUSSAB, V. S. R. O desenvolvimento de comportamentos pró-sociais na criança: considerações sobre a natureza dos fatores e dos processos

envolvidos. **Temas em Psicologia**, n.3, p. 7-17, 1997.

CARMINO, C. et al. Diferenças de gênero no raciocínio moral. **In: Simpósio Nacional de Psicologia Social e do Desenvolvimento.X Encontro Nacional PROCAD-Psicologia/CAPES. Violência e Desenvolvimento Humano. Textos completos.** Vitória, 2005.

CARVALHO, A.M.A. et al. O uso de entrevistas em estudos com crianças. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.9, n.2, p. 291-300, 2004.

CONTRO, N. et al. Family Perspectives on the quality of pediatric palliative care. **Archives of Pediatric Adolescent Medicine**, v.156, p. 14-24, 2002.

CORTELLA, M.S.; LA TAILLE, Y. **Nos labirintos da moral.** 2. ed. Campinas: Papyrus, 2005. 112 p.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde:. Princípios. In Brasil, Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde. **Textos básicos.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p.285-304.

CYRINO, A. P. P. **As competências no cuidado com o diabetes melittus:** contribuições à educação e comunicação em saúde. 2005. 233 f. Dissertação (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

DESSEN, M.A.; BRAZ, M. P. A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. In: DESSEN, M.A.; COSTA,A.L.C.J. **A ciência do desenvolvimento humano:** tendências atuais e perspectivas futuras. Porto

Alegre: Artmed, 2005. p. 113-131.

DE VRIES; Zan, R. B. **A ética na educação infantil: o ambiente sócio-moral na escola.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 328 p.

DIAS, A. Educação Moral para a autonomia. **Psicologia, Reflexão e Crítica** v.2, n.2, 1999.

DI LÉO, J. H. **A interpretação do desenho infantil.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1985. 218 p.

Dimenstein, G. **Aprendiz do futuro: cidadania hoje e amanhã.** São Paulo: Ática, 2005.96 p.

Dimenstein, G.; Alves, R. **Fomos maus alunos.** Campinas: Papyrus, 2003. 125 p.

DOMAHIDY – DAMI, C.; BANKS LEITE, L. As provas operatórias no exame das funções cognitivas In: BANKS LEITE, L; MEDEIROS, A.A (Orgs) **Piaget e a Escola de Genebra.** São Paulo: Cortez, 1987. cap 5, p.111-123.

EISENBERG–BERG, N. Development of children's prosocial moral judgment. **Development Psychology**, v. 15, n 2, p. 128-137, 1979.

EINSEBERG, N.; et al., Brazilian adolescents prosocial moral judgment and behavior: relations to sympathy, perspective taking, gender-role orientation, and demographic characteristics. **Child Development.** v. 72, n.2, 2001, p. 518-534.

EISER, C.; HAVERMANS, T.; CASAS, R. Healthy childrens understanding of their blood: implications for explaining leukaemia to children. **British Journal of Education Psychology**, v.63, p. 528-537, 1993.

FÁVERO, M. H.; SALIM, C. M. R. A relação entre os conceitos de saúde, doença e morte: utilização do desenho na coleta de dados. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, v.11, n.3, p.181-191, 1995.

FONSECA FILHO, J.S. **Psicodrama da Loucura**. São Paulo: Agora, 1980. 139 p.

FUNDAÇÃO PRÓ-SANGUE. Doadores do amanhã. 2006. Disponível em <<http://www.prosangue.sp.gov.br/prosangue/actiondoadordoamanha.do?method=doadordoamanha>>. Acesso em: 25 jul 2006.

GOBBI, M.; LEITE, M.I. O desenho da criança pequena: distintas abordagens na produção acadêmica em diálogo com a educação. 1999. Disponível em: <<http://www.ced.ufsc.br/~nee0a6/LEITE.pdf>>. Acesso em: 25 jul 2005.

GOERGEN, P. Educação Moral: adestramento ou reflexão comunicativa? **Educação e Sociedade**, v.22, n.76, p. 147-174, 2001.

HANSDOTTIR, J.; MALCARNE, V. Concepts of illness in Icelandic Children. **J. of Pediatric Psychology**, v.23, p.187-195, 1998.

HART, C.; CHESSON, R. Children as consumers. **British Medical Journal**, v.316, p. 1600-1603, 1998.

HEALY, K. Altruism as an organizational problem: the case of organ. procurement. *American Sociological Review*, v. 69, p. 387-404, 2004.

HEMOMINAS. Doador do Futuro. 2006. Disponível em: <<http://www.hemominas.mg.gov.br/opencms/opencms/hemominas/noticias/odorFuturo.html>>. Acesso 10 de set 2006.

HEMOPE. Já sou doador. 2005. Disponível em: <www.hemope.pe.gov.br/jasoudoador/index.php?dSecao=4&idSubSecao=1>. Acesso em: 21 set 2005.

KOLLER, S. H.; BERNARDES, N. M. G. Desenvolvimento moral pró-social: Semelhanças e diferenças entre os modelos teóricos de Eisenberg e Kohlberg. **Estudos de Psicologia**, v. 2 , p. 223-262, 1997.

L' ABBATE, S. Health education: a new approach. **Cadernos Saúde Pública**, v.10 n.4, p.481-490, 1994.

LA TAILLE, Y. Para um Estudo Psicológico das Virtudes Morais. **Educação e Pesquisa**. v. 26, n.2, p. 109-121, 2000.

LA TAILLE, Y. A importância da generosidade no início da gênese da moralidade na criança. **Psicologia, Reflexão e crítica**, v. 19, n.1, p. 09-17.

LUDWIG, S.T.; RODRIGUES, A.C.M. Doação de sangue:uma visão de marketing. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p.932-939, mai-jun, 2005.

LUSTOSA, A.V.M. I. A compreensão da moralidade: contribuições teóricas da psicologia do desenvolvimento. In: DESSEN, M.A.; COSTA, A.L.C.J. **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 249-263.

MARTINS, R.A.; et al. A reprodução narrada de um dilema moral pró-social por crianças. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 1995, v. 8, n 2, p. 225-248.

MENIN, M.S.S. Direitos humanos em sala de aula: a ética como tema transversal. **Educação e Sociedade**, v. 24, n.82, 2003.

MILNITSKY-SAPIRO, C. Teorias em desenvolvimento sociomoral: Piaget, Kohlberg e Turiel – possíveis implicações para a educação moral na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.24, n. 3, p.....2000.

MONTANDON, C. As práticas educativas parentais e a experiência da criança. **Educação e Sociedade**, v.26, n.91, p.485-507, 2005.

PANTELL, R.H; et al., WELLS, P.; ROSS, W. Physician communication with children and parents. **Pediatrics**, v.70 , n.3, p.....1982.

PAPALIA, D. E., OLDS, S.W. **O mundo da criança**. São Paulo: Mc Graw – Hill do Brasil, 1981.

PAULETO, A.R.C. **Saúde Bucal: desenvolvimento de um programa educativo em escola da rede pública de Bauru/SP**. 2004. 98 f. Dissertação (Mestrado). - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

PATIRE, D. Peça valoriza doação de sangue. **Jornal Unesp**, Botucatu, ano 21, n. 222, p.11, maio 2007.

PELTZER, K.; PROMTUSSANANON, S. Black South African children's understanding of health and illness: colds, chicken pox, broken arms and AIDS. **Child Care, Health and Development**, v. 5, n.29, p. 385-393, 2003.

BOSSOLAN, R.P.; PEROSA, G.B. Confrontando as concepções da criança hospitalizada sobre as causas gerais da doença com as causas do seu próprio adoecimento. In **REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA**, 34, 2004, Ribeirão Preto, Cd-R...Ribeirão Preto, 2004.

PEROSA, G.B.; GABARRA, L.M. Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v.8, n.14, p.135-148, 2004.

PEROSA, G.B.; et. al. Aspectos psicológicos na comunicação médico-paciente no setting pediátrico. In: CREPALDI, M.A.; LINHARES, M.B.M.; PEROSA, G.B. **Temas em Psicologia Pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 57-82.

PERRIN, E.C.; GERRITY, S. There's a demon in your belly: children's understanding of illness. **Pediatrics**, v.67, v.6, p. 841-849, 1981.

PERRIN, E.C.; SAYER, A.; WILLET, J. Sticks and stones may break my bone... Reasoning about illness causality and body functioning in children who have a chronic illness. **Pediatrics**, v.88, n.3, p. 604-619, 1991.

PIAGET, J. (1967). A construção do real. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. 360 p.

PIAGET, J. **O Julgamento moral na criança**. São Paulo: Mestre Jou. 1977. 358 p.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar 1978. 370 p.

PORTAL DO VOLUNTÁRIO. Voluntariado do sangue, 2005. Disponível em <www.portal.dovoluntario.org.br/site/pagina/php?idconteudo=402>. Acesso em: 20 jun 2007.

POSTMAN, N. **O fim da educação**: redefinindo o valor da escola. Rio de Janeiro: Graphia, 2002. 199 p.

POSTMAN, N.; WEINGARTNES, C. **Teaching as a subversive activity**. New York: Del Publishing, 1969.

RODRIGUES, N. Educação: da formação humana à construção do sujeito ético. **Educação e Sociedade**, v. 22, n.76, p.232-257, 2001.

RUSHFORTH, H. Practitioner review: communicating with hospitalised children: review and application of research pertaining to children's understanding of health and illness. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 40,n. 5, p.683-691,1999.

SARAIVA, J.C.P. A história da Hemoterapia no Brasil. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** vol.27 n.3, p....., 2005.

SOARES, J. F.; ALVES, M.T.G. Desigualdades raciais no sistema brasileiro de educação básica. **Educação e Pesquisa**, v.29, n.1, p.147-165, 2003.

SPINK, M.J.; et al. Perigo, probabilidade e oportunidade: a linguagem dos riscos na mídia. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 131-164, 2002.

TATES, K.; MEEUWESSEN, L. Doctor-patient-child communication. A (re) view of the literature. **Social Science and Medicine**, v.52, p. 839-85, 2001.

VACIK, H.W.; NAGY, M.C.; JESSEE, P.O. Children's understanding of illness: students' assessments. **Journal of Pediatric Nursing**, v.16, n.6, p.429-437, 2001.

VALADÃO, M.M. **Saúde na Escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. 139 p. Dissertação (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VASCONCELOS, M.S. A criança e o conhecimento. Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Ciências e Letras. Câmpus de Assis, 2000. mimeo.

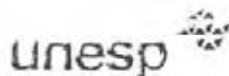
VIEIRA, T. O mundo social da criança: jogo de faz-de-conta e comportamentos pró-sociais. **Temas em Psicologia**, n.3, p. 7-17, 1997.

WOODGATE, R. Adopting the qualitative paradigm to understanding children's perspectives of illness: barrier or facilitator? **Journal of Pediatric Nursing**, v.16, n.3, p. 149-160, 2001.

ANEXOS

Anexo I

Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP 18.618-970
Fone/Fax (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria_capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 04 de julho de 2.005

OF: 198/2005-CEP

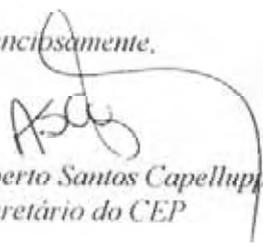
*Ilustríssima Senhora
Profª Drª Gimol B. Perosa
Departamento de Neurologia e Psiquiatria
Faculdade de Medicina de Botucatu.*

Prezada Drª Gimol,

De ordem da Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto: Doador do futuro: as concepções das crianças e os valores associados ao processo de doação de sangue, de autoria de Regina Pagotto Bossolon, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável (cópia em anexo), aprovado em reunião de 04/07/2005.

Situação do Projeto: APROVADO

Atenciosamente,


*Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP*

Anexo II**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.**

Eu, _____
_____, RG _____, autorizo meu (a) filho (a) a participar da pesquisa "Projeto Doador do Futuro: as concepções das crianças e os valores associados ao processo de doação de sangue". Essa pesquisa será feita pela aluna Regina Pagotto Bossolan, regularmente matriculada no Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp) e tem como objetivo conhecer o que as crianças pensam sobre a doação de sangue, visto que, no futuro, poderão vir a tornar-se doadores. Para tal, será realizada uma entrevista e perguntaremos às crianças quais seus sentimentos em relação à doação, quando é preciso doar, os procedimentos e os fatores que levam as pessoas a doar ou não. Estou ciente que os dados poderão vir a ser publicados desde que sejam mantidas em sigilo informações que revelem a identidade da criança e da família. Sei também que poderei não autorizar a participação do meu filho (a), sem prejuízos para o atendimento dele (a) e de minha família na Faculdade de Medicina de Botucatu.

Botucatu, de _____ de 2005.

Responsável pela criança

Pesquisadora

Criança

Orientadora: Gimol Benzaquen Perosa. End: R. Quintino Bocaiúva, 41. Tel: 3882-1007

E-mail: gimol@fmb.unesp.br

Pesquisadora: Regina Pagotto Bossolan. End: Av. Camilo Mazoni, 1055, apto. 41H.

Tel: 3815-6599. E-mail: reginabossolan@hotmail.com

Anexo III

Para que os Hemocentros possam ter melhores estoques de sangue no futuro, pensamos que seria importante fazer um projeto de educação com as crianças sobre esse tema. E, para que isso seja possível, estamos fazendo essa pesquisa para entender o que as crianças pensam e sentem em relação à doação de sangue e precisamos saber também como seus cuidadores vêem essa questão. As perguntas que os senhores (as) responderão não têm respostas certas ou erradas. Pedimos, por favor, para que respondam o questionário com sinceridade.

OBS: Deve responder o questionário o familiar que conviver com a criança.

Nome da criança:

Data de nascimento:

Nome da mãe:

Data de nascimento

Nome do pai:

Data de nascimento:

1. Escolaridade dos cuidadores

Pai: 1º grau Completo Incompleto
 2º grau Completo Incompleto
 3º grau Completo Incompleto

Mãe: 1º grau Completo Incompleto
 2º grau Completo Incompleto
 3º grau Completo Incompleto

2. Ocupação:

Pai: _____

Mãe: _____

3. Renda Mensal: salários mínimos

4. Algum dos pais já doou sangue?

Sim
 Não

Outros: _____

5. Por que doou?

Necessidade de pessoas conhecidas
 Tem hábito de doar

6. O pai ou mãe doou esporadicamente ou o comportamento de doar é freqüente:

Pai: Sim Não

Mãe: Sim Não

7. Motivos dos pais para não doar:

Dificuldade de ir ao hemocentro
 Desconhecimento do que é necessário para doar
 Não pode doar

Outros: _____

8. Alguma vez, vocês já conversaram com os filhos sobre a doação de sangue?

Sim Não

Anexo IV

Entrevista

1. Para você, o que é doar sangue?
2. Quando você acha que as pessoas precisam doar sangue?
3. Quando você acha que as pessoas receber o sangue que foi doado?
4. O que as pessoas precisam fazer ou ter para poder doar sangue?
5. Por que as pessoas doam sangue?
6. Por que as pessoas não doam sangue?
7. O que você acha que as pessoas sentem quando doam sangue?
8. O que você acha que as pessoas sentem quando recebem sangue?
9. Você sabe se alguém na sua família é doador? Você conhece alguém que doa?
10. Alguém já falou com você sobre doação? De quais meios você já ouviu? O que você ouviu?

Dilema pró-social

No hospital há muitas pessoas que precisam tomar sangue para se recuperarem mais rápido de uma cirurgia ou de uma doença e para se sentirem melhores.

Ana tem uma boa saúde e pode doar sangue. Mas para doar precisa faltar por algumas horas do seu trabalho ou perder algum tempo de descanso do seu sábado. Além disso, fica pensando que vão colocar uma agulha no seu braço e que isso pode doer. E agora, o que será que Ana deve fazer? Será que ela perde uma parte do seu descanso de sábado ou do seu trabalho para doar seu sangue e ajudar aquelas pessoas que estão no hospital? Por quê?
