

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA

**A CRIANÇA CONCRETA E A CRIANÇA REPRESENTADA:
desvelando as representações sociais das enfermeiras**

RAQUEL APARECIDA MARRA DA MADEIRA FREITAS

GOIÂNIA

1997

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA**

**A CRIANÇA CONCRETA E A CRIANÇA REPRESENTADA:
desvelando as representações sociais das enfermeiras**

RAQUEL APARECIDA MARRA DA MADEIRA FREITAS

ORIENTADORA:

**PROF^ª DR^ª MARIA HERMÍNIA
MARQUES DA SILVA DOMINGUES**

**Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado em Educação Escolar Brasileira
como requisito parcial para obtenção do
Grau de Mestre.**

GOIÂNIA

1997

A CRIANÇA CONCRETA E A CRIANÇA REPRESENTADA:

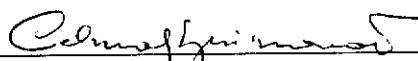
desvelando as representações sociais das enfermeiras

RAQUEL APARECIDA MARRA DA MADEIRA FREITAS

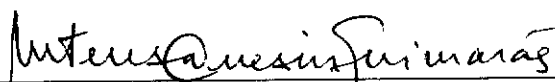
Dissertação defendida e aprovada em 16 de dezembro de 1997, pela Banca Examinadora
constituída pelas professoras:



Maria Hermínia Marques da Silva Domingues
(Orientadora)
Doutora em Psicologia da Educação



Celma Martins Guimarães
Pós Doutora em Saúde Pública



Maria Teresa Canesin
Doutora em Educação (Filosofia da Educação)

DEDICATÓRIA

No convívio familiar pude construir sentimentos, pensamentos e uma visão de mundo que nenhuma outra instância me teria propiciado. Aos meus pais *Antônio e Isabel*, e meus irmãos *Marcos e Hernane*, que me ajudaram a aprender o que não se encontra escrito nos livros.

À vovó *Isarina* e à tia *Amélia*, co-responsáveis pela construção do meu ser.

Ao tio *João* e tia *Lúcia*, que apoiaram minha formação profissional.

Ao *Gersinei*, companheiro e grande incentivador, cúmplice de minhas realizações.

Aos encantadores filhos *Elis e Bruno*, por terem vivenciado minhas ausências enquanto, na construção deste trabalho, na verdade eu os buscava também.

AGRADECIMENTOS

Muitos foram os colaboradores na realização deste trabalho e a todos agradeço. Quero externar minha gratidão, em particular, às seguintes pessoas:

À minha orientadora, **Professora Dr^ª Maria Hermínia Marques da Silva Domingues**, pela postura educadora, de confiança, apoio constante, interesse, cuidado e paciência, dispensados durante a elaboração deste trabalho. Também pelo seu apoio, compreensão e respeito intelectual, enquanto coordenadora do MEEB.

À professora **Dr^ª Maria Teresa Canesin**, pela presteza e disponibilidade, compartilhando comigo sua sabedoria, contribuindo em diversos momentos da elaboração deste trabalho, e submetendo-o a uma crítica construtiva, quando do exame de qualificação.

À professora **Dr^ª Celma Martins Guimarães**, também pelas valiosas sugestões e críticas.

À grande amiga **Aldevina**, que faz parte do cenário de minha vida, e que durante minha trajetória no curso de mestrado, sempre emprestou-me seu ombro solidário.

Às caras colegas enfermeiras, que se dispuseram a colaborar com a coleta de informações, expondo suas idéias e pensamentos, sem os quais a proposta de investigação não teria êxito.

Agradeço especialmente às seguintes instituições:

À Universidade Católica de Goiás, que apoiou e investiu nesta iniciativa, concedendo-me carga horária para cursar o mestrado.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Católica de Goiás e a cada um dos colegas de trabalho, cujo apoio viabilizou a concretização deste curso.

À CAPES, pela concessão de auxílio financeiro.

RESUMO

Este estudo tem como objeto as representações sociais das enfermeiras sobre a criança. Parte-se da compreensão da criança como um ser concreto, construído no devir histórico, demarcado pelas relações sociais e pelo limite de classe. Nesse devir histórico, elaboram-se representações e discursos a seu respeito. Apresentam-se as posições teóricas acerca das representações, entre as quais elege-se a situada no materialismo histórico. Para apreender as representações, foram escolhidas enfermeiras que trabalham em hospitais pediátricos, utilizando-se questionários e entrevistas semi-estruturadas. As informações foram organizadas a partir dos recortes percebidos nas falas, identificando-se aí as representações sociais sobre a criança. A análise revelou representações elaboradas pelas enfermeiras a partir da dialética entre sujeito técnico-científico e sujeito vivencial; Há um distanciamento entre a criança concreta e a criança representada; a historicidade do saber e do processo de trabalho da enfermeira determinam o modo de sua relação com a criança e de seu pensar sobre ela. Faz-se necessário um repensar crítico da graduação em enfermagem, com vistas à superação de pensamentos e conhecimentos cristalizados, possibilitando aos futuros profissionais perceber a criança como um ser concreto, historicamente construído e socialmente demarcado.

ABSTRACT

The purpose of this study is the nurses's social representations of the child. From to understanding the child as factual being, constructed in the history happening, demarcated by social relations and by limit of social class. In this history happenig to develop about her representations and discourses, wich are described in the bibliographic revision. Presentation the theoretical postures existent about social representations, wich among to choose for those placed on the historical materialism. For to make apprehension of social representations of the child, was selected pediatric infirmary worker nurses, utilizing questionnaire and semi-structured interview. The data was organized around principal themes, assembled from the speech, identifying the subject's social representations. Analysis reveal the explicit nurse's representations to develop into dialectic thecnical scientific and experiencied in life subject; there is a distance between factual dild and represented child; the historic constitution as well as the nurses' work process, determine the mode of her relation an thinking about the child. Is necessary a critical revision of the academic formation of nursing, concerning to crystallization thinking and knowldges about child, seeks how instrument the future professionals to see in the child a historic, factual and social being.

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
INTRODUÇÃO	10
A CRIANÇA BRASILEIRA NO CONTEXTO DA DÉCADA DE 90.....	10
O PROBLEMA DE ESTUDO	14
CAPÍTULO I – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO FORMA DE CONHECIMENTO.....	25
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO POSITIVISMO	26
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO MATERIALISMO DIALÉTICO	30
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA PSICOLOGIA SOCIAL	33
CAPÍTULO II – REPRESENTAÇÕES E DISCURSOS SOBRE A CRIANÇA	37
CAPÍTULO III – A ENFERMAGEM E A CRIANÇA	64
A PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM	65
A ENFERMAGEM NO BRASIL E A CRIANÇA COMO SEU OBJETO DE ASSISTÊNCIA	81
CAPÍTULO IV – AS REPRESENTAÇÕES DAS ENFERMEIRAS SOBRE A CRIANÇA	95
1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	95
2. ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO COM A CRIANÇA	101
3. O OLHAR DAS ENFERMEIRAS SOBRE A CRIANÇA	108
3.1. <i>Concepção/significação de criança</i>	108
3.2. <i>Criança e adulto</i>	110
3.2.1. <i>Diferenças e semelhanças</i>	110
3.2.2. <i>Especificidades da criança e do adulto</i>	112
3.3. <i>Gênero</i>	117
3.4. <i>Idade</i>	124
3.5. <i>Classe social</i>	130
3.6. <i>A relação enfermeira/criança</i>	135
3.7. <i>O espaço da criança na sociedade</i>	142
3.8. <i>A formação acadêmica, a prática profissional e a representação de criança</i>	145
REPRESENTAÇÕES: PONTO DE PARTIDA PARA UMA APROXIMAÇÃO DA CRIANÇA	
CONCRETA	149
ANEXOS	166
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	178

INTRODUÇÃO

A criança brasileira no contexto da década de 90

No Encontro Mundial de Cúpula pela Criança realizado em Copenhague, 1990, envolvendo 150 representações governamentais, de várias nações, foram estabelecidas metas de desenvolvimento social para vigorarem até o final do século no sentido de garantir a melhoria das condições de vida das crianças no que se refere à saúde, nutrição, educação básica, saneamento básico e planejamento familiar.

No Brasil, também em 1990, foi oficializado o Estatuto da Criança e do Adolescente pela Lei Federal 8.069, com a finalidade de garantir a cidadania à infância e juventude. Entretanto, do ponto de vista econômico, a criança vem sendo cada vez mais explorada como mão-de-obra barata. Crianças que trabalham precocemente estão se mutilando física e psicologicamente, contrariando a esperança de que a modernidade seja capaz de alcançar a justiça social.¹ Os anos 90 iniciam-se com vergonhosas cifras, reveladoras da precariedade em que vivem as crianças².

¹ Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Brasil ocupa o 6º lugar na lista dos países que apresentam maior número de crianças trabalhando (informação divulgada no Jornal "O Popular" em 9/11/97.

² Dados sobre levantamento realizado pela Fundação Abrinq, divulgados no jornal "Folha de São Paulo" em 15/12/95, revelaram que no contexto da década de 90 cerca de 3,5 milhões de menores de 14 anos,

A despeito de todos os dispositivos legais de proteção à infância e adolescência, estes estão expostos à violência e ao infanticídio, sendo muito freqüente o extermínio dos denominados “meninos e meninas de rua”. Estes, muito cedo abandonam seus lares, ou por maus tratos físicos ou pela situação de miséria em que vivem, passando grande parte da infância e adolescência na rua.³

Mas a violência contra a criança é um fenômeno que permeia todas as classes sociais, não se restringindo apenas às crianças de rua. Durante a Primeira Jornada Internacional de Violência Doméstica, ocorrida em São Paulo, em outubro de 1995, foram divulgados diversos estudos revelando a dimensão da violência contra a criança. Pesquisa realizada entre 1988 e 1995 mostra que 49,2% das crianças atendidas no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas de São Paulo, são vítimas de violência doméstica, sendo em sua maioria meninos. Em 47% dos casos as agressões foram cometidas pelos pais. Entre as lesões que ocorrem, 24,3% podem deixar seqüelas como dificuldades motoras, de aprendizagem e cegueira, além de mortes.

No Estado de Goiás, e em Goiânia, a exemplo de outras regiões do país, as informações acerca da infância retratam uma realidade cruel, na qual grande número de crianças são submetidas ao trabalho, à prostituição, ao consumo de drogas e à criminalidade. Da população goiana entre 5 a 14 anos de idade, 11,7% trabalha, tanto na zona rural como na urbana, realizando tarefas que concentram-se na agricultura, carvoaria,

principalmente entre 8 e 9, trabalham no Brasil. Mais de 70% deles recebem em torno de meio salário mínimo. Outros, semi-escravos, cumprem jornadas de até 12 horas e não recebem nada por isso. Estes regimes de trabalho ocorrem nos diversos ramos de atividades como carvoarias, corte de cana, colheita de laranja e de café e confecção de calçados entre outras. Muitos dos produtos do trabalho infantil são comercializados no mercado interno e externo, principalmente com países do Primeiro Mundo, que tanto condenam o trabalho infantil. Cerca de 3,6 milhões de crianças e adolescentes entre 11 e 17 anos não sabem ler e escrever, configurando uma situação de analfabetismo comparável aos países africanos. A evasão escolar é a terceira do mundo.

³ Em 1991, em Pernambuco, o Instituto de Medicina Legal realizou autópsia em 37 corpos de adolescentes com idade entre 10 e 17 anos, encontradas mortas nas ruas do Recife. Constatou-se que todas as mortes foram por assassinato a tiros, sendo que em 80% dos casos os corpos estavam mutilados e até escarpelados. O exemplo ilustra a situação ocorrida em um estado brasileiro, mas sabe-se que em todo o país este fenômeno é bastante comum. Informações divulgadas na revista VEJA, em edição de 29 de maio de 1991.

marcenaria, confecção, distribuição de jornal e outras. Do total de crianças em idade escolar, 19,43% não estão sendo alfabetizadas (RODRIGUES, 1997).

Grande parte das crianças brasileiras e goianas vivem uma dura realidade, como evidenciam as cifras mencionadas acima. Apesar disso, vinculam-se imagens da criança como um ser alegre, feliz, ingênuo e puro. Existe um mito de que só pelo fato de ser criança já está condicionada a uma vida feliz, de sonhos, fantasia, bem-estar. Geralmente a infância é mencionada como um período feliz, que causa inveja àqueles que, tendo já passado por esta fase, não podem mais vivê-la. ABRAMOVICH (1983) coloca em questionamento estas idéias, afirmando que a felicidade que se diz ser inerente à infância é um mito. A autora assinala que

Ao dizermos às crianças que temos inveja desta felicidade que vivem, deste nirvana particular que habitam por alguns sagrados anos, que espécie de verdade estamos lhes passando? Entre tantos e tão imperiosos temas a serem desmistificados, nos parece que este, o da infância feliz, é um que está exigindo uma aguda reflexão (ABRAMOVICH, 1983:10).

Outros elementos se fazem presentes na vida social, os quais, apesar das evidências, geralmente são vistos como inerentes ao adulto, não fazendo parte da vida infantil, como por exemplo os hábitos de consumo, a criminalidade, a prostituição etc. Nota-se a contradição entre a imagem de criança que é propagada (idealizada, ingênua, pura, feliz etc.) e a criança concreta, real, que vivencia situações e práticas geralmente identificadas como do adulto. A respeito deste paradoxo MONGIN afirma que

a sociedade contemporânea idealiza a criança sobretudo pelo fato de haver perdido sua parte de infância, de não saber mais sonhar, de haver renunciado às utopias e escondido todas as suas expressões de vulnerabilidade, todas as suas fraquezas (...). Num mundo em que a tecnologia cria ilusões, permitindo que acreditemos que todos e cada um de nós podemos ser poupados das farpas da vida, a infância que oscila entre sonho e pesadelo, entre demônios e mágicos, nos fascina. Mas por isso mesmo é tirada do jogo. O paradoxo é visível: a criança é tanto mais celebrada na medida em que é testemunha de uma carência aberta e que configura uma falha profunda⁴.

⁴ Olivier MONGIN, especial para o jornal Folha de São Paulo, em edição de 24 de julho de 1994

Quando um tema qualquer se refere ao ser criança, sempre faz emergir uma determinada imagem, um conceito de criança que, de um modo ou de outro, aparece como um modelo pelo qual uma sociedade toma suas crianças. O valor da criança brasileira é retratado pelo quadro social em que vive, marcado por profundas desigualdades, compartilhando as péssimas condições de vida reservadas para a parcela de pobres e indigentes da população⁵.

Contraditoriamente, a sociedade de modo geral sempre exorta o zelo por suas crianças. Concebidas como o maior bem social da humanidade, há por toda parte um discurso que lhes confere supremacia, prioridade e proteção. A idéia que reina é a de que a criança é um ser portador de especificidades dadas por sua própria condição biológica. Desse modo, todas as crianças a princípio gozam do atributo da igualdade social.

Embora a idéia que prevalece sobre a criança seja a partir de sua especificidade no plano biológico, na sociedade brasileira contemporânea pode-se observar, que do ponto de vista social, a criança é um sujeito e possui ação. Na medida em que participa de diversas formas e de modo cada vez mais crescente da vida social, a criança dos diferentes estratos sociais reforça sua condição de sujeito. A criança pobre, que trabalha e colabora com o sustento familiar, e a criança rica, que desfruta dos mais sofisticados bens de consumo especialmente produzidos para ela, ambas exercem um papel e ocupam um espaço social definido.

⁵ Em relatório encaminhado para a Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social, em março de 1995, dados oficiais descrevem a situação brasileira com o seguinte perfil: apenas 1% da população mais rica fica com 13,9% da renda gerada no país, enquanto que os 12% mais pobres só têm 12,1%; são considerados pobres cerca de 26,8% da população brasileira, sendo que destes, mais de 40% são indigentes; entre os trabalhadores, 52% ganham menos de dois salários mínimos; das crianças entre 10 e 14 anos, 16% já trabalham; na área da educação, há mais de 20 milhões de analfabetos de 10 anos de idade acima; 4 milhões de crianças estão fora da escola, apenas 34% das crianças que ingressam no ensino básico chegam a concluí-lo e o tempo de permanência é 50% a mais do que o previsto; na área da saúde, morrem 51,6 por mil crianças nascidas vivas de modo geral no país; no nordeste este n° aumenta para 88,2 por mil, sendo superior até do Haiti, o país mais pobre das Américas, onde esse mesmo índice é de 86/1000. No sul do país esta taxa cai para 26,7 por mil crianças nascidas vivas; na área rural, apenas 12% da população dispõe de instalações sanitárias; fonte: Folha de São Paulo, edição de 8 de março de 1995, caderno Brasil.

O problema de estudo

O surgimento deste estudo decorre de reflexões realizadas no cotidiano das atividades de ensino-aprendizagem, principalmente nos campos de prática, durante a docência na disciplina enfermagem pediátrica, no curso de enfermagem da Universidade Católica de Goiás.

No desenvolver destas atividades, aos poucos foi ganhando terreno uma inquietação gerada pela observação não sistemática da maneira pela qual os diversos profissionais do campo da saúde lidam com o ser criança, não sob o ponto de vista técnico, mas das concepções a seu respeito.

Estes profissionais, em geral ocupados predominantemente com os aspectos técnicos da saúde/doença da criança, muitas vezes não fazem uma reflexão e uma autocrítica de suas concepções acerca da criança, principalmente do ponto de vista social. Partindo daí, constatamos a necessidade de compreender como os profissionais de saúde concebem a criança, particularmente as enfermeiras, cuja formação profissional constitui objeto de nossa prática docente.

A definição do que vem a ser criança pode ser feita sob variados pontos de vista, passando pelo plano biológico, psicológico, social, cultural etc. Entre estas várias definições, a mais frequentemente conhecida na área da saúde é aquela que parte do ponto de vista físico, biológico, sob o aspecto do crescimento e desenvolvimento, definindo-se grupos etários entre o período embrionário e a adolescência. MARCONDES et al. (1985) delimitam entre estes dois intervalos o período pré-natal, que compreende desde a concepção até o terceiro trimestre de gestação, e o período pós-natal. O período pós-natal está subdividido em três: neonatal (0 a 28 dias); infância (que engloba: lactente de 29 dias a 2 anos, exclusive; pré-escolar de 2 a 7 anos, exclusive; escolar de 7 a 10 anos, exclusive) e adolescência (que engloba: pré-puberal de 10 a 12-14 anos; puberal de 12-14 a 14-16

anos; pós-puberal de 14-16 a 16-18 anos). Pelo critério do crescimento e desenvolvimento, a infância situa-se de 29 dias até 10 anos de idade, exclusive. Assim, teoricamente, a criança seria aquela que se situa entre estes dois limites etários.

Sabe-se entretanto, que esta classificação nem sempre corresponde à realidade, uma vez que ao se aplicar os critérios de avaliação de crescimento e desenvolvimento, algumas crianças, mesmo estando dentro dos limites de idade pré-estabelecidos, podem apresentar-se tanto abaixo como acima dos padrões de crescimento e desenvolvimento esperados, como resultado da interferência de diversos fatores, notadamente os sociais.

Do ponto de vista social pode ser identificada outra forma de se chegar à definição do que seja criança, principalmente observando-se o espaço que lhe é destinado na sociedade. A cada tempo histórico, alguns espaços se abrem enquanto outros se fecham para este ser, recortando um modelo de criança e de vida infantil que vai se construindo e reconstruindo, quase imperceptivelmente, mas que retrata o modo como a sociedade, a partir de sua organização, pensa e age em relação à criança. No mundo de hoje assiste-se, com frequência cada vez maior, a um discurso de apelo à proteção e valorização da criança, contrastando com uma realidade que evidencia as péssimas, muitas vezes deploráveis condições em que vivem milhares de crianças.

Toda movimentação em torno da criança expressa-se nas variadas iniciativas com o fim de instituir mecanismos protetores da infância e da juventude. Incluindo desde o período pré-natal até a adolescência, inúmeras propostas têm sido desenvolvidas no sentido de resgatar a assistência à infância, como um modo pelo qual a sociedade cuida de si mesma. Elaboram-se programas específicos de atenção à criança contemplando questões ligadas à saúde, educação, aspectos jurídico-legais, trabalhistas, questões éticas e inúmeras outras. Neste sentido, aumentam os investimentos e as produções concernentes à criança e

todas as áreas do conhecimento redirecionam seus olhares para a infância numa atitude interrogativa, perplexa e, na maioria das vezes, impotente.

Conhecer a noção de criança presente nas representações produzidas por determinado grupo de enfermeiras, numa determinada realidade de trabalho, diante dos reptos colocados pelo contexto contemporâneo, é um desafio que pode abrir possibilidades geradoras de uma releitura com conseqüências teóricas, práticas e ideológicas. Conseqüências estas que, se remetidas à formação e à prática profissional da enfermeira, podem contribuir para maior aproximação de uma prática capaz de lidar com um ser criança que é histórico, concreto, demarcado pelo tempo, pelas relações sociais e pelo limite de classe. **Afinal de contas, não há a criança abstrata, eterna, não há um alvo a ser atingido, nem uma matéria (a criança verdadeira). O objeto é determinado pelas práticas, pelas relações que o envolvem, pelas forças que dele se apropriam. “A” criança não existe (...) A criança é apenas uma palavra e as palavras nos enganam porque nos distanciam da prática (HOLANDA, 1990:3).**

Segundo CASTRO (1988), nas produções científicas de um modo geral, o centro de interesse da enfermagem revela maior preocupação com os aspectos internos da prática profissional, principalmente com os temas técnicos, mais do que com os aspectos externos, ou seja, com a profissão enquanto uma prática social e historicamente determinada.

ROCHA (1990), a partir de estudos sobre enfermagem pediátrica, mostra que tem ocorrido dificuldades no avanço da compreensão da criança como ser historicamente determinado e circunscrito aos limites do modo de organização da sociedade. A abordagem mais comum, tanto nas produções teóricas como na prática profissional da enfermeira, é a de ignorar a criança enquanto ser social, concreto e histórico. A autora salienta a necessidade de se repensar a formação de recursos humanos para a assistência à infância, a

fim de **retomar seu objeto, a criança, em relação a realidade concreta e histórica na qual este objeto está assentado** (ROCHA, 1990:36).

Em estudo sobre a socialidade e historicidade do processo de trabalho em enfermagem pediátrica, esta mesma autora afirma que o objeto da enfermagem pediátrica não está dado mas sim “ideado”. Isto significa que os pensamentos e conhecimentos utilizados pela enfermagem na assistência à criança não são criados por acaso, mas em sincronia com a constituição da sociedade. Esses pensamentos e conhecimentos expressam-se no plano das representações sociais.

A decisão de tomar como objeto de estudo as representações da enfermeira acerca da criança, deve-se à constatação de que, no âmbito da enfermagem, poucos estudos têm privilegiado temas que focalizem a criança como ser histórico. Os estudos realizados no campo da enfermagem pediátrica e que abordam o modo pelo qual a enfermagem lida com a criança, conferem maior ênfase, na maioria das vezes, aos aspectos técnicos e assistenciais, tanto no âmbito da formação como da prática profissional do enfermeiro (ROCHA, 1990). Estes, sem dúvida trouxeram grandes contribuições para o campo de conhecimentos da enfermagem pediátrica, entretanto, há necessidade de se avançar na busca de abordagens que valorizem também o ponto de vista social, principalmente no que diz respeito à concepção de criança presente na enfermagem.

Muitos investimentos têm sido feitos atualmente no estudo das representações sociais, em diversas áreas do saber, para a exploração de aspectos subjetivos. Sua utilização em variadas áreas têm colaborado para caracterizá-las como um campo interdisciplinar. Considerando-se que as representações sobre a criança podem revelar como ela é percebida, pretende-se neste estudo problematizar a noção de criança produzida pelas enfermeiras, explorando-se as representações que elaboram sobre a criança.

Embora seja vasta a produção de estudos de representações sobre variados objetos de interesse, ao buscar, no interior do corpo de conhecimentos próprios da enfermagem, uma referência que pudesse embasar o desenvolvimento deste trabalho, encontramos apenas alguns estudos acerca do conhecimento e da prática profissional da enfermagem pediátrica⁶. Nenhum destes porém, trata da percepção, concepção ou representação da criança.

Entre os poucos estudos voltados para a criança, tomando-a em sua concretude, encontram-se os de ROCHA et al.⁷ Em trabalho realizado em 1990, sobre o conhecimento de enfermagem pediátrica, as autoras procuram dar um recorte histórico-social do modo como a criança se configura em objeto de trabalho da enfermagem.

Especificamente no que se refere a estudos de representações sociais sobre a criança, ao nível da produção do conhecimento em enfermagem, encontra-se o estudo de TEIXEIRA e FERREIRA (1996) que trata das representações de enfermeiras sobre o “corpo-criança” hospitalizada. As autoras abordam o modo como as enfermeiras manipulam o corpo da criança, sob um enfoque que privilegia aspectos físicos e biológicos, evidenciando as diferenças quando se trata do corpo adulto. Outros estudos, que utilizam também as representações sociais, são relativos à saúde da criança, tendo como foco de interesse não a criança em si, mas o cuidado à sua saúde⁸. Não foram encontrados, entre os estudos produzidos na área da enfermagem, algum que tratasse da representação da criança, enfatizando o ponto de vista social. Neste sentido, a proposta deste trabalho, de certa forma, configura-se como um espaço pouco explorado.

Buscou-se então, em outras áreas do saber, um referencial que pudesse servir de suporte para a discussão acerca da representação da criança, encontrando-se na área da educação o estudo de OLIVEIRA (1989) como um norte para o enfoque aqui pretendido.

⁶ ROCHA (1987); VALADARES (1990); FREITAS (1990); DUPAS (1991).

⁷ ROCHA, SCOCHI e LIMA (1993).

A autora evidencia a infância como uma síntese da modernidade, revelando como foi adquirindo uma especificidade construída através da história e traz contribuições para a compreensão da mesma como um ser concreto, que vive as contradições da sociedade e nela está presente como um ser de classe, de gênero, sujeita enfim ao constante movimento nos rumos da sociedade, em determinado tempo e espaço. A infância resulta da condição histórica da criança. Este entendimento, compartilhado com OLIVEIRA (1989), constitui o eixo condutor da abordagem do presente estudo, que assenta-se na necessidade de que a enfermagem pediátrica redimensione a compreensão de seu objeto de trabalho, a criança, a partir da análise dos modos como a representa. Este objeto, por sua própria natureza, exige uma abordagem qualitativa.

Compreendendo que a produção de conhecimentos em enfermagem, no que diz respeito à criança, carece avançar sob enfoques que busquem a transformação de sua prática acerca do ser criança e, sabendo-se que o enfoque que vigora, tanto na formação como na prática profissional da enfermeira, tradicionalmente tem sido positivista-quantitativista, temos ciência da possibilidade de cometer equívocos, ao enveredarmos por caminhos diferentes dos trilhados até então. Porém, acreditamos na possibilidade de, por esse caminho, alcançar novas contribuições para o debate sobre o ser criança no interior da enfermagem.

Em busca de um referencial para utilização da abordagem qualitativa no campo da saúde, encontramos em MINAYO (1994a) uma proposta pertinente para desenvolver o presente estudo, uma vez que valoriza a investigação das concepções e das representações como uma via importante na construção de conhecimentos no campo da saúde.

Para a escolha dos sujeitos foi considerada a distribuição da enfermagem no setor saúde. O campo de trabalho da enfermagem caracteriza-se pela predominância feminina, sendo constituído por mais de 90% de mulheres (FONSECA, 1996). A força de trabalho

⁸ ALVES e SANTOS (1996);

feminina no espaço hospitalar representa mais de 70% do total de trabalhadores, podendo ser ainda maior se se considerar o campo da saúde como um todo (LOPES, 1996). Dos profissionais de enfermagem que possuem curso superior no Brasil, em torno de 94% são mulheres. Sabendo que em Goiás, particularmente em Goiânia, esta realidade não é diferente, optou-se por estudar apenas as enfermeiras. Os enfermeiros não foram incluídos também pelo fato de que, historicamente, o cuidar de crianças sempre foi considerado como tarefa feminina, e ainda é no contexto de hoje, sendo inexpressiva a presença masculina no âmbito da enfermagem pediátrica. Assim, o estudo limita-se às mulheres que possuem curso universitário de enfermagem e trabalham em hospitais pediátricos.

A escolha das enfermeiras inseridas na assistência hospitalar parte do pressuposto de que neste espaço, elas estabelecem relações mais amplas e duradouras com as crianças que atendem, uma vez que convivem com as mesmas durante dias ou semanas, no período de hospitalização. Nesta oportunidade, ao desempenhar suas funções profissionais, estabelece uma relação inevitável e prolongada com a criança, diferente de outros tipos de atendimento, como o ambulatorial por exemplo, onde o contato com a criança é rápido e superficial. São incluídas também as docentes dos cursos de graduação em enfermagem e as enfermeiras que atuam nos campos de aulas práticas (também denominados de campos de estágios), considerando-se a importância de seu papel na formação das futuras profissionais, no que se refere à criança.

Deste modo, o estudo circunscreve-se à cidade de Goiânia e os sujeitos constituem-se de enfermeiras que trabalham em hospitais pediátricos, na rede pública estadual (um hospital), na rede privada (quatro hospitais), na clínica pediátrica do hospital-escola da Universidade Federal de Goiás e na docência da disciplina enfermagem pediátrica dos cursos de graduação da Universidade Católica de Goiás (UCG) e da Universidade Federal de Goiás (UFG).

As enfermeiras foram contatadas pessoalmente com o objetivo de verificar sua disposição em participar do estudo, sendo encontradas dezessete enfermeiras. Por razões adversas, só foi possível coletar informações junto a quinze delas. Assim, a composição dos sujeitos ficou da seguinte forma: cinco enfermeiras da rede privada; duas da rede pública estadual; quatro do hospital-escola; quatro docentes, sendo duas da UCG e duas da UFG.

A opção feita neste estudo requer como matéria prima a fala dos atores, elemento fundamental para se identificar as representações. Buscou-se, também, identificar algumas informações acerca dos aspectos sócio-demográficos, da formação profissional e do trabalho com a criança. Elegeram-se como instrumentos o questionário e a entrevista.

O questionário foi construído com questões abertas, fechadas e combinadas (Anexo A). Buscou-se chegar às representações das enfermeiras sobre a criança através de suas falas, utilizando-se um roteiro de entrevista semi-estruturada, cujas questões-guia foram construídas a partir de categorias teóricas encontradas na literatura, sobre representações acerca da criança (Anexo B). Destas categorias teóricas foram selecionados os seguintes aspectos, considerados relevantes para o presente estudo:

- Concepção/significação de criança;
- Diferença/semelhança entre criança e adulto;
- Especificidade da criança e especificidade do adulto;
- Consideração do sexo, idade e classe social em relação à criança;
- Criança: passado e presente;
- Criança e sociedade;
- Relação enfermeira/criança;
- Formação profissional e concepção de criança;
- Prática profissional e concepção de criança.

Na fase de construção dos instrumentos buscou-se subsídios junto a alguns professores, que no momento, dedicavam-se ao estudo das representações sociais, os quais colaboraram na elaboração dos mesmos. Posteriormente, ambos os instrumentos foram submetidos à apreciação por cinco juízes para validação. Para facilitar a análise dos juízes foi encaminhado, juntamente com os instrumentos, um pequeno esboço do estudo e da opção metodológica.

Após a consideração das observações feitas pelos juízes, procurou-se verificar a capacidade dos instrumentos para se chegar à obtenção das informações necessárias. Para isto, foi realizado um pré-teste com duas enfermeiras da área de pediatria, uma que já atuou na assistência à criança hospitalizada e outra na docência em enfermagem pediátrica. Esta aplicação preliminar possibilitou a apreciação dos instrumentos com vistas à detecção de falhas, bem como foi útil para um exercício prévio de coleta de informações, oportunizando à pesquisadora maior familiaridade com sua aplicação. Não foi constatada nenhuma ocorrência que implicasse em modificação ou invalidação dos instrumentos, tendo estes chegado à sua forma final.

A coleta das informações ocorreu nos meses de julho e agosto de 1996. A própria pesquisadora, num primeiro momento, distribuiu e coletou os questionários junto às enfermeiras. Num segundo momento, realizou as entrevistas com cada uma das enfermeiras, em data e horário previamente estipulado, de acordo com a disponibilidade individual das mesmas e no próprio local de trabalho. Todas as entrevistas foram gravadas, com permissão das entrevistadas, sendo posteriormente transcritas.

Para a análise, foram tomados os passos descritos por MINAYO (1994a), sendo redefinidos de acordo com os contornos próprios deste estudo, configurando-se nas seguintes etapas:

a - Transcrição das entrevistas, constituindo-se estas nos depoimentos das enfermeiras.

b - Leitura e releitura exaustiva dos depoimentos e classificação inicial, buscando traçar um mapa horizontal das descobertas no campo.

c - Organização e integração das informações obtidas nos questionários e nos depoimentos, de acordo com a seguinte ordem:

- 1 - Significado/concepção de criança;
- 2 - Diferenças/semelhanças entre criança e adulto;
- 3 - Especificidades da criança e do adulto;
- 4 - Considerações da enfermeira sobre o sexo da criança;
- 5 - Considerações da enfermeira sobre a idade da criança;
- 6 - Considerações da enfermeira sobre a classe social da criança;
- 7 - O olhar da enfermeira sobre sua relação com a criança;
- 8 - O olhar da enfermeira sobre o espaço ocupado pela criança na sociedade;
- 9 - A formação profissional na construção da concepção de criança;
- 10 - A prática profissional na construção da concepção de criança.

d - Leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecendo com eles uma relação interrogativa e buscando apreender na fala das enfermeiras, as idéias centrais sobre a criança. Posteriormente buscou-se confrontar as representações produzidas pelas enfermeiras e as representações teóricas descritas na literatura.

Sobre a análise qualitativa, LUDKE e ANDRÉ (1986) lembram que é necessário não se restringir ao que está explícito no material. Deve-se procurar um aprofundamento capaz de desvendar mensagens implícitas, contradições e temas “silenciados”. Assim, a análise deste estudo buscou interpretar as concepções das enfermeiras acerca da criança, a partir do que as falas explicitam, mas também do desvelamento de mensagens implícitas.

Sem a intenção de conseguir esgotar todos os aspectos possíveis de análise nestas representações, busca-se revelar nelas a especificidade do ideário das enfermeiras e, ao mesmo tempo, a presença de concepções dominantes neste ideário.

A apresentação do estudo está organizada em cinco capítulos. O primeiro - **Representações sociais como forma de conhecimento** - aborda como são compreendidas as representações no positivismo (Durkheim), no materialismo dialético (Marx) e na psicologia social (Moscovici), procurando explicitar as diferenças destas abordagens.

O segundo capítulo - **Representações e discursos sobre a criança** - descreve o surgimento e a emergência da criança como um ser portador de especificidades, e as repercussões dos interesses sociais na construção de determinadas imagens e representações da criança.

No terceiro capítulo - **A enfermagem e a criança** - resgata-se a enfermagem a partir de sua profissionalização, identificando-se elementos indicadores das formas como tem representado a criança em seu interior.

O quarto capítulo - **As representações das enfermeiras sobre a criança** - é uma incursão através das informações obtidas e das falas das enfermeiras, fazendo vir à tona expressões que possibilitem recortar, destas falas, as representações que a enfermeira produz acerca da criança.

No último capítulo - **Representações: pontos de partida para uma aproximação da criança concreta** - apresentam-se algumas reflexões acerca das representações encontradas, buscando indicar formas de objetivar, na graduação em enfermagem, bem como na prática profissional, o desenvolvimento de um saber crítico, desconstrutivo, capaz de contribuir para a transformação de saberes ideológicos e distanciados da verdadeira realidade infantil.

CAPÍTULO I - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO FORMA DE CONHECIMENTO

Neste final de século em que se manifesta uma tendência geral em repensar o ser humano em sua singularidade, considerando-se entretanto a especificidade da condição social que sobre ele pesa, os estudos que tomam como objeto as representações⁹ tornam-se importantes para auxiliar aqueles que se preocupam em explorar o terreno da subjetividade.

Compreende-se que o estudo das representações sociais apresenta-se fecundo, na medida em que pode fornecer, entre outros, elementos para se discutir e explorar a subjetividade enquanto uma problemática central da sociedade no contexto de hoje. Constitui-se uma via que possibilita produzir conhecimentos, levando em consideração os diversos fatores individuais e coletivos, especialmente no campo da subjetividade, perspectiva esta que, longe de ser esgotada, representa um veio muito rico e fértil no qual ainda há muito o que se construir. É neste sentido que empreendemos o presente estudo.

⁹ Na língua portuguesa o termo representação é descrito por FERREIRA (1986) com variadas significações. Entre as que interessam ao sentido das representações aqui abordado encontram-se as seguintes: coisa que se representa; reprodução daquilo que se pensa; (Filosof.) conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória o pelo pensamento (FERREIRA, 1986:1489).

MINAYO (1994b) afirma que na área da saúde há poucos estudos que partem dos sujeitos e de suas representações, procurando explicitar e analisar o sistema de saúde, os serviços e as práticas desenvolvidas por estes sujeitos. Esta autora, comparando e diferenciando as contribuições das diversas correntes acerca das representações sociais, destaca a importância de três autores: Durkheim, Marx e Weber. Para o presente estudo, entretanto, serão destacados Durkheim, Marx e Moscovici.

As representações sociais no positivismo

O positivismo é uma corrente que se faz presente de modo marcante na produção de conhecimento. Durkheim é considerado um grande clássico da Sociologia, cabendo-lhe o pioneirismo em fazer com que a perspectiva teórico-metodológica do positivismo adquirisse consistência. A partir das bases fundamentais do positivismo, Durkheim lançou o método que lhe conferiu credibilidade enquanto ciência que se ocupa dos fenômenos sociais. Além disso, foi ele quem pela primeira vez utilizou o termo representações, acrescentando-lhe o adjetivo “coletivas”. Foi no âmbito da Escola Sociológica Francesa, cujo fundador foi Durkheim, que as representações coletivas tornaram-se objeto sociológico e passaram a ocupar *status* teórico privilegiado (SENA, s/d).

Ao polemizar com o modo como a sociologia vinha trabalhando os fatos sociais, Durkheim afirma que a mesma não os tratava cientificamente. No afã de conferir aos fatos sociais um tratamento científico, afastando a sociologia da acusação de render-se ao senso comum e de ser acientífica, propõe um método que reivindica a consideração dos fatos sociais como coisas, julgando que este método permitiria à sociologia atingir objetividade e suficiente maturidade científica. O método por ele sistematizado, embora expresso em diversas de suas obras, mereceu o espaço de uma obra especial cujo título é “As regras do

método sociológico”. Tal método exige do sociólogo uma postura que, segundo Durkheim, permite, a partir do modelo das ciências naturais, garantir a cientificidade da sociologia. **O que reclama do sociólogo é que se coloque num estado de espírito semelhante ao dos físicos, químicos e fisiologistas, quando se aventuram numa região ainda inexplorada de seu domínio científico (...). Ora, estamos longe de ver a sociologia chegar a tal grau de maturidade intelectual (DURKHEIM, 1978: XXIII).**

Para desenvolver a noção de representação, Durkheim recorre à gênese das categorias que os filósofos, desde Aristóteles, denominam de categorias de entendimento: noções de espaço, tempo, gênero, número, causa, substância, personalidade etc. Para Durkheim, estas são essenciais à vida intelectual, pois elas é que embasam os julgamentos feitos pelos homens, uma vez que são portadoras de universalidade. Além disso, possuem as propriedades de objetividade e externalidade, promovendo coerção sobre o pensamento e impondo-se imperativamente sobre ele. Assim, afirma que na base dos julgamentos existe certo número de noções essenciais que dominam toda a vida intelectual.

Elas correspondem às propriedades mais universais das coisas. Elas são como quadros rígidos que encerram o pensamento; este parece não poder libertar-se delas sem se destruir, pois não parece que possamos pensar objetos que não estejam no tempo ou no espaço, que não sejam numeráveis, etc. (...) (DURKHEIM, 1973:513).

Estas categorias, para o exercício de suas propriedades, requerem outras noções expressas no paradigma de Durkheim, as noções de homem e de sociedade. Para ele, o homem é um ser duplo, individual e social. O individual constitui o limite do homem e só pode ser ultrapassado quando age em sociedade.

Compreende-se desde então como a razão tem o poder de ultrapassar a capacidade dos conhecimentos empíricos. Ela não o deve a não sei qual virtude misteriosa, mas simplesmente ao fato de que, segundo uma fórmula conhecida, o homem é duplo. Nele existem dois seres: um ser individual, que tem sua base no organismo, cujo círculo de ação se encontra, por isso mesmo, estreitamente limitado; e um ser social que representa em nós a mais alta realidade na ordem intelectual e moral que possamos conhecer pela observação, isto é, a sociedade. Esta dualidade de nossa natureza tem por consequência, na ordem prática, a irredutibilidade do ideal moral ao móvel utilitário e, na ordem do pensamento, a irredutibilidade da razão à experiência individual. Na medida em que participa da sociedade, o indivíduo ultrapassa naturalmente a si mesmo, tanto quando pensa como quando age (DURKHEIM, 1973: 518-19).

Os fatos sociais são constituídos por modos de agir, pensar e sentir, crenças, tendências e práticas tomadas coletivamente. Têm a propriedade de serem exteriores ao indivíduo e possuidores de capacidade de coerção e de imposição, das quais o indivíduo não consegue fugir. Durkheim considera que estas formas de pensar, agir e sentir existem fora das consciências individuais, não sendo simplesmente exteriores ao indivíduo, mas coercitivas, imperativas e impositivas a ele, independentemente de sua vontade.

Para fazer a diferenciação entre o que é individual e o que é coletivo, Durkheim analisa a maneira como se forma um e outro. O que o indivíduo vivencia em grupo, em coletividade, não se assemelha ao que ocorre quando a experiência é solitária. Portanto, é em sociedade que se dão as experiências do ser humano. Definindo a sociedade como uma realidade *sui generis*, com caracteres próprios, ele afirma que ela é expressa por representações produzidas através de grande cooperação:

(...) uma multidão de diversos espíritos se associaram, misturaram, combinaram suas idéias e sentimentos; longas séries de gerações acumularam aqui sua experiência e seu saber. Uma intelectualidade muito particular, infinitamente mais rica e mais complexa do que a do indivíduo, está, aqui, portanto, como que concentrada (DURKHEIM, 1973: 518).

Nesta combinação encontram-se as categorias como expressão das relações e noções mais gerais que não podem ser, segundo Durkheim, presa do livre arbítrio particular. O individual sucumbe diante destas categorias e quando

no nosso foro interior tentamos libertar-nos destas noções fundamentais, sentimos que não somos completamente livres, que algo nos opõe resistência, em nós e fora de nós. Fora de nós existe a opinião que nos julga, mas além disto, como a sociedade está também representada em nós, ela se opõe de dentro de nós mesmos, a estas veleidades revolucionárias; temos a impressão de que não podemos abandonar-nos verdadeiramente a isto sem que nosso pensamento cesse de ser um pensamento e verdadeiramente humano (DURKHEIM, 1973:519).

Deste modo Durkheim apresenta o que denominou de “teoria renovada do conhecimento” (as representações coletivas), na qual vê o homem como ser naturalmente duplo, individual e social; a sociedade como uma entidade que se impõe ao indivíduo e à qual ele não pode se opor e as categorias, descritas como engenhosos instrumentos do

pensamento que o homem forjou através dos séculos, acumulando aí o seu capital intelectual.

Para o autor, o potencial humano para idealizar, individualmente ou em grupo, é interpretado como condição de sua existência. Assim, o saber das representações coletivas ultrapassa o saber individual, expressando as categorias e as classes de pensamentos. Nesse aspecto reside a valorização que Durkheim dispensa ao pensamento conceitual. Para ele, este tipo de pensamento, que é sobretudo representação coletiva, possibilita apreender o conhecimento acumulado pela humanidade através dos tempos.

Descrevendo como a sociedade participa na gênese do pensamento lógico, demonstra entender que pensamento lógico é pensamento impessoal. A impessoalidade constitui critério de objetividade e de verdade do conceito. Para Durkheim,

(...) o conceito que, primitivamente, é tido por verdadeiro porque é coletivo, tende a não vir a ser coletivo senão sob a condição de ser tido por verdadeiro; nós lhe pedimos seus títulos antes de lhe atribuir nosso crédito (...). Uma representação coletiva, porque coletiva já apresenta garantias de objetividade, pois não é sem razão que ela pode se generalizar e se manter como uma suficiente persistência (DURKHEIM, 1973:540).

A autoridade e a objetividade do conceito residem em ser representado coletivamente. Não basta que seja verdadeiro para receber crédito. É imprescindível que esteja em harmonia com outras crenças, opiniões e com todo o conjunto da sociedade, sob risco de ser negado ou rejeitado.

Essa é a justificativa da afirmação durkheimiana das origens sociais do pensamento lógico. Para ele, **a consciência coletiva é a mais alta forma de vida psíquica, porque é uma consciência de consciências.** E o impessoal só existe porque existe o social e **como a vida social compreende simultaneamente representações e práticas, esta impessoalidade estende-se naturalmente tanto às idéias quanto aos atos (DURKHEIM, 1973:546).**

A investigação de Durkheim é guiada pelo intuito de localizar elementos que evidenciam a objetividade e, conseqüentemente, o caráter do pensamento coletivo. Conclui que a ordenação lógica da sociedade está acima do indivíduo, ultrapassando-o, exigindo dele que abdique de seu ponto de vista individual em favor das noções produzidas pelo coletivo. As representações coletivas são o todo, a síntese, a combinação dos sentimentos privados que resulta da ação de forças *sui generis* decorrentes da própria associação, fazendo com que se tornem sociais. Esta elaboração do resultado comum só existe no conjunto e por causa do conjunto. Demonstra a exterioridade e, por conseguinte, a coerção e a objetividade das representações coletivas:

Para saber o que é na realidade deve-se considerar o agregado na sua totalidade. É este que pensa, que sente, que quer, ainda que não possa querer, sentir ou agir, senão por intermédio de consciências particulares. Eis aí também como o fenômeno social não depende da natureza pessoal dos indivíduos. É que na fusão da qual resulta, todas as características individuais, sendo divergentes por definição, neutralizam-se e apagam-se mutuamente. Apenas as propriedades mais gerais da natureza humana sobrenadam (DURKHEIM, 1973:34-35).

As representações coletivas de Durkheim assentam-se na noção de sociedade como um conjunto de idéias. As idéias produzidas pelos indivíduos e os sentimentos particulares tornam-se sociais ao se combinarem e se associarem, alterando-se mutuamente e transformando-se em “outra coisa”, diferente do que lhe originou, que são as representações coletivas.

As representações sociais no materialismo dialético

Segundo BERTRAND (1989), o fato de que entre diversos sistemas de representações oriundos de uma mesma época, assentados numa mesma estrutura social, alguns se sobressaem e outros não, pode ser explicado pela via da subjetividade.

Afirmando que esta é uma questão primordial para o marxismo na atualidade, o autor considera que ela está longe de ser resolvida, tanto dentro como fora do marxismo.

A respeito da consideração da subjetividade no marxismo, RESENDE (1992) acentua que não há na proposta de Marx nada que demonstre uma separação radical entre a vida subjetiva e o objeto social. Diante dessa constatação, a autora afirma que não cabe o questionamento, mas sim a afirmatividade da subjetividade no pensamento de Marx.

A questão das representações sociais faz-se presente no pensamento marxiano, ao considerar as relações entre a consciência e a base material, entre real e irreal, entre a aparência e a essencialidade dos fenômenos. Na totalidade de sua obra Marx aborda a relação entre idéias e base material. Entretanto “A Ideologia Alemã” é considerada como a que faz uma explanação clássica do tema das representações (MINAYO, 1994; GOULART, 1992). Esta obra, escrita por Marx e Engels em 1845 e 1846 e publicada somente em 1932, permite conhecer não só a concepção de representação, como também seu papel dentro do pensamento marxiano.

Em “A Ideologia Alemã” Marx critica os filósofos, seus conterrâneos, com a finalidade de evidenciar que a filosofia que desenvolvem não dá conta da expressão da realidade. Denomina-os de neo-hegelianos e afirma que sua luta é travada não com a realidade verdadeira, mas com as “sombras da realidade”, uma vez que consideram como princípios determinantes da realidade as idéias e conceitos.

Marx aponta como falha dos filósofos alemães a discussão isolada de categorias e o distanciamento da crítica à totalidade. Propunham a transformação ao nível da consciência, desprezando a base material na qual esta consciência era produzida. Ao contrário daqueles filósofos, postula que as representações, a consciência, as idéias, têm sua origem diretamente ligada à atividade humana material.

Os homens são os produtores de suas representações, de suas idéias, etc. mas os homens reais e ativos, tal como se acham condicionados por um determinado desenvolvimento de suas forças produtivas e pelo intercâmbio que a ele corresponde até chegar às suas formações mais amplas. A consciência jamais pode ser outra coisa do que o ser consciente, e o ser dos homens é o seu processo de vida real (MARX, 1977:36-37).

Desse modo Marx deixa evidente que a consciência é determinada pela vida, e não o contrário. O ponto de partida não é a consciência e sim os próprios indivíduos, vivos e reais, que produzem a consciência. As idéias e representações, portanto, são produtos cuja origem é diretamente ligada à atividade material e ao intercâmbio material entre os homens. Os pensamentos e representações sofrem a repercussão direta do mundo material uma vez que **desde o início pesa sobre ‘o espírito’ a maldição de estar ‘contaminado’ pela matéria, que se apresenta sob a forma de camadas de ar em movimento, de sons, em suma de linguagem (MARX e ENGELS, 1977:42-43).**

A consciência se desenvolve no devir histórico. Há uma estreita relação entre as maneiras de pensar e a estrutura da sociedade. Nesta relação entre modos de pensamento e estrutura da sociedade situa-se a explicação das idéias, sistemas de pensamento e de representações. **Para explicar a manifestação das idéias, sistemas de pensamento e de representações em determinada época da história, o marxismo postula uma relação entre estruturas da sociedade e os modos de pensamento (BERTRAND, 1989:15).**

As idéias, os conceitos, as representações são originados a partir da *práxis* humana, ou seja, da atividade material concreta do homem ao agir sobre a natureza transformando-a e transformando-se a si mesmo, na base de uma determinada condição sócio-histórica e de sua própria subjetividade. Desta forma, não são as idéias que determinam a atividade humana, mas sim a atividade humana concreta e contextualizada no limite histórico-social é que estão na origem do pensamento e das idéias produzidas pelos homens. A consciência não é de modo algum “pura”, mas um produto social, condicionado pela forma da sociedade e vice-versa.

No pensamento marxiano a relação entre subjetivo e objetivo não é colocada de modo radicalmente separado, entretanto, não se estabelece também uma identidade completa entre estes dois planos. **Para Marx, a identidade entre sujeito e objeto, entre objetividade e subjetividade, entre pensamento e ser, consiste em que são qualidades de momentos de um mesmo processo dialético, histórico e real (RESENDE, 1992:176).**

As representações sociais nesta perspectiva são geradas na dinâmica do processo histórico, a partir da organização da sociedade, assumindo configurações que expressam a realidade social em que são geradas. O conhecimento das representações constitui um desafio importante, na medida em que possibilita desvendar e revelar a concreticidade do fenômeno em estudo.

As representações sociais na psicologia social

Na década de 60, na França, surge a teoria das representações sociais, elaborada por Serge Moscovici. No âmbito da psicologia social, nascia o enfoque da construção social da realidade, como consequência do embate entre uma corrente que valorizava mais os aspectos cognitivos e outra que buscava acentuar a dimensão social como a mais importante. Buscando distanciar-se destas, tanto da tradição hermenêutica como do cognitivismo social, Moscovici passou a defender o enfoque da construção social da realidade (GRACIA, 1988).

Moscovici apresenta o estudo “Representações Sociais da Psicanálise” como a inauguração de um novo domínio de pesquisa, elaborado a partir do conceito de representações coletivas de Durkheim.

Na interlocução com Durkheim, Moscovici concorda que a vida social é condição de todo pensamento. Faz objeções a Durkheim, entretanto, por não abordar e nem explicar a pluralidade de modos como o pensamento social se organiza, uma vez que não busca

singularizá-lo, destacá-lo do meio da cadeia de termos semelhantes (MOSCOVICI, 1978: 42).

Outro ponto que Moscovici polemiza com Durkheim diz respeito à coerção da sociedade sobre o indivíduo. Para ele, o homem remodela as representações que lhe chegam através da vida social, enquanto que para Durkheim o homem não possui autonomia para interferir naquilo que foi socialmente elaborado.

Não reconhecer o poder criador de objetos, de eventos, de nossa atividade representativa, equivale a acreditar na inexistência de relações entre o nosso “reservatório” de imagens e a nossa capacidade de combiná-las, de engendrar novas e surpreendentes combinações. Ora, os autores que vêm nesse reservatório apenas cópias fiéis do real parecem negar ao gênero humano essa capacidade, no entanto bem evidente, e da qual a arte, o folclore e o senso comum são testemunhos cotidianos. Mas o sujeito constitui-se ao mesmo tempo. Pois, segundo a organização que ele se dê ou aceite do real, o sujeito situa-se no universo social e material. Há uma cumplicidade entre a sua própria definição e a definição do que não é ele — logo, do que é não-sujeito ou um outro sujeito (MOSCOVICI, 1978:48).

Ao falar sobre o conceito de representações sociais, este autor afirma a dificuldade em fazê-lo, pelo fato destas se encontrarem na encruzilhada entre conceitos sociológicos e psicológicos. Define as representações sociais como sistemas que têm uma lógica e uma linguagem particulares, uma estrutura de implicações que assenta em valores e conceitos. Não as considera como “opiniões sobre” ou “imagens de”, mas como “teorias”, “ciências coletivas” *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real (MOSCOVICI, 1978).

Descreve a construção das representações sociais através dos processos de objetivação e ancoragem. A objetivação consiste em materializar em imagens concretas fenômenos que são puramente conceituais, consistindo em uma tendência do pensamento social para transformar conceitos e percepções em elementos concretos. A ancoragem consiste em integrar as novas idéias ao sistema de pensamento e às idéias já existentes. A partir de categorias já conhecidas, interpreta-se e confere-se sentido a novos objetos que surgem no campo social:

De certa forma sempre vemos o novo através de lentes antigas, e o deformamos o suficiente para fazê-lo entrar nos esquemas que nos são familiares. Embora nossos esquemas preestabelecidos deformem as inovações, também é verdade que, mesmo deformada, a integração da novidade modifica nossos esquemas, para fazê-los compatíveis com suas características (GRACIA, 1988:50).

De acordo com GRACIA (1988), as representações sociais possuem três funções: compartilhamento de um mesmo “pano de fundo” pelos diversos significados, códigos linguísticos e mensagens; integração de novidades ao pensamento social e conformação de identidades pessoais e sociais na configuração de grupos e na consciência de pertencimento social. Esta última, muito importante e pouco discutida, é a que leva as pessoas a aceitarem a realidade social instituída e os indivíduos a se integrarem satisfatoriamente à condição correspondente à sua posição social. Desse modo, as representações sociais legitimam a ordem social.

Após a exposição destes três entendimentos ou conceitos acerca das representações sociais, faz-se necessário explicitar qual o mais pertinente para o presente trabalho. O exame das três abordagens permite verificar que tanto em Durkheim quanto em Marx a abordagem das representações dá-se a partir do pressuposto básico da anterioridade da sociedade, porém com perspectivas radicalmente diferentes. Para o primeiro, a sociedade é um conjunto *sui generis* de idéias e sentimentos coletivos, exteriores e superiores ao indivíduo, exercendo sobre ele coerção e uma imposição, da qual ele não pode escapar. Para o segundo, a sociedade é uma totalidade concreta, onde a vida material e as idéias relacionam-se dialeticamente, num processo constante em que o homem tanto exerce como sofre sua determinação. Moscovici, assim como Durkheim, confere supremacia às idéias, mas nega a coerção da sociedade sobre o indivíduo.

Em Durkheim as representações constituem a síntese das consciências individuais, que, ao se combinarem alteram-se e originam uma outra consciência que se impõe a todos e assim deve ser acatada. A consequência imediata deste ponto de vista é a manutenção de

um todo coeso e harmônico. Em Marx, ao contrário, a contradição social está sempre presente, e há uma dialética entre indivíduo e sociedade, entre subjetivo e objetivo num processo que abriga forças contraditórias, sendo que o elemento chave é a consciência, não a consciência abstrata, mas aquela forjada na *praxis* humana e que detém um papel transformador fundamental. Moscovici considera as representações sociais como “ciências coletivas”, que possibilitam incorporação de novos conceitos de forma a manifestar a singularidade de pensamentos dos diversos grupos sociais, na tradução de conceitos em elementos concretos. Serve à conformação de identidades e aceitação da realidade.

Para o objeto deste estudo, consideramos que a consciência, gerada na relação dialética entre indivíduo e base material, é um elemento fundamental, pois aí se encontram as representações do real. Representações estas que, se compreendidas, evidenciam a concretude dos fenômenos presentes no contexto onde foram geradas. Ao buscar conhecer as representações das enfermeiras acerca da criança, entendemos que as determinações históricas que pesam sobre esta profissão repercutem no modo como representa a criança. Por outro lado, a criança também carrega o peso das determinações e transfigurações vividas na diversidade dos momentos históricos, o que se evidencia nas diversas representações que a sociedade elabora a seu respeito, como está exposto no próximo capítulo.

CAPÍTULO II - REPRESENTAÇÕES E DISCURSOS SOBRE A CRIANÇA

Pelo exame do desenvolvimento da idéia de infância e da imagem da criança, pode-se observar que estas são engendradas a partir dos desdobramentos histórico-sociais, culturais e econômicos. A idéia de infância não é um conceito de base, mas sim um conceito derivado, como afirma CHARLOT (1986).

Na análise da imagem da criança presente no pensamento pedagógico, este autor mostra a teoria da educação como essencialmente da cultura e de suas relações com a natureza humana, e não como uma teoria da infância, como poderia se pensar. A imagem de infância, a idéia de criança, são construídas a partir dos fundamentos do pensamento pedagógico, o qual tem sua direção determinada pela dinâmica da sociedade. Nesse sentido, o autor considera que a idéia de infância em si mesma guarda significações ideológicas.

Por outro lado, se a imagem da criança é derivada, dela também derivam imagens para representar outras categorias. A representação da criança está ligada a outras idéias que não são propriamente sobre infância, entretanto, muitas outras representações são assentadas na noção de criança.

SNYDERS (1984:25), em seu estudo acerca do amor pais-filhos, fornece elementos indicadores de como a noção de criança está recoberta pelas relações sociais mais amplas: **...não só as crianças são crianças ou foram consideradas como crianças: os escravos na Antigüidade, os negros colonizados, os criados, o povo e as mulheres têm sido chamados crianças, e foram freqüentemente tratados como crianças.**

Nestas assimilações, a idéia de criança é negativa, inferior, utilizada para menosprezar as categorias às quais é assimilada. Este estudo do autor é especialmente importante por sua virtude de levar à compreensão de que o conhecimento da criança não deve ser restrito apenas a algumas áreas como a pediatria, a psicologia, a pedagogia escolar. Promove um deslocamento do saber acerca da criança, no sentido de contemplar a criança (ou a sua representação) em seu papel através da história. É pertinente expor, aqui, como o autor as descreve, pois elas contribuem para a compreensão das diversas formas pelas quais a criança foi, ou ainda é representada.

Assimilação escravo-criança

As provas da existência dessa assimilação na Antigüidade situam-se, por exemplo, no costume secular de punir com castigos corporais tanto escravos como crianças. Havia uma certa reciprocidade entre a criança e o escravo, sendo este último considerado criança também. A irresponsabilidade era um atributo das crianças e dos escravos. A diferença entre criança e escravo situava-se na condição de liberdade que o escravo não possuía e no fato de que se considerava o escravo sem alma, enquanto que na criança, acreditava-se na existência da alma, embora em formação. A imaturidade da criança era utilizada para a negação do escravo. Por outro lado, a assimilação ao escravo limitou as possibilidades e o interesse pelo conhecimento a respeito da criança.

Assimilação negro-criança

No século XIX e princípio do século XX, considerava-se que o negro possuía uma “disposição infantil”. Havia teorias científicas que se destinavam a provar que a inteligência do Negro não atingia o mesmo patamar da inteligência do Branco. Era especialmente do ponto de vista da inteligência que se infantilizava o Negro. Inteligência débil, pobreza intelectual, inferioridade, incapacidade, tais eram atributos considerados infantis e que se destinavam a desqualificar o Negro.

Assimilação criado-criança

No século XIX, tanto os costumes como as leis comparavam os criados às crianças. Um decreto de 1810 proibia comerciantes de venderem mercadorias a criados e crianças sem permissão escrita do senhor ou pai. O criado, assim como as crianças e as mulheres, não podia votar. Era constantemente controlado e servia ao senhor como a um pai. Mais uma vez, a representação da criança é depreciada, desta feita remetendo-se ao significado de submissão como característica que lhe é inegavelmente peculiar.

Assimilação povo-operário-criança

O povo assemelha-se às crianças. Pessoas do povo são dependentes e sujeitam-se facilmente, assim como as crianças. Os operários são crianças por causa de sua impossibilidade de atingirem idéias abstratas, complexas. Apresentam características infantis, por não saberem ser providentes, cederem com facilidade ao prazer, serem impulsivos e emocionados. As desordens, as revoltas também são decorrentes de sua infantilidade. Como os operários são crianças, o patrão representa um pai, que guia, que não precisa levar muito a sério suas reivindicações, uma vez que não se costuma dar crédito a crianças. O povo, os operários, as crianças são todos cheios de ilusões, são

simples, puros, mais passíveis de cometerem erros. O povo é inferiorizado sendo comparado à criança, uma vez que se considera que ela não tem iniciativa própria. Novamente a criança representa conceitos negativos como a incapacidade e a dependência.

Assimilação mulher-criança

A mulher seria o homem-criança, criança grande em estado intermediário entre o homem e a criança. Fisicamente lembra a criança, delicada, frágil e por que não dizer fraca? Mas sua fraqueza não é só física, é também intelectual e emocional, principalmente quando comparada ao homem. Volúvel como uma criança, a mulher usa os mesmos argumentos que aquela: manha, dissimulação, mentiras, ciúme, vaidade, vingança, crueldade. Com todos esses “defeitos” infantis, a mulher necessita ser guiada e protegida, subordinada e obediente. Assim como a criança, a mulher é amada por sua fraqueza, que, ao mesmo tempo em que a desqualifica, torna-se um atrativo. Suas imperfeições só ajudam a enaltecer ainda mais o homem. Esta é, como assinala o autor, a assimilação mais complexa e ambígua, pois há uma contraditória valorização misturada à depreciação dos atributos infantis.

Nessas assimilações observa-se que a criança é comparada às categorias depreciadas existentes na sociedade. Sua imagem está repleta de desprestígio. Quando alguém intenciona criticar ou desqualificar outra pessoa, acusa-a de estar comportando-se como criança, ou de ser criança. Há um processo de desvalorização da criança e das categorias a ela assimiladas:

...os desvalorizados são, ao mesmo tempo, quem luta contra sua própria desvalorização; são eles que introduzem na história simultaneamente a inquietação e a esperança; a criança tem portanto interesses comuns com os que trabalham para a transformação de sua sorte (...). É por isso que a imagem da criança pura e genial está unida à da criança desvalorizada (SNYDERS, 1984: 70).

Mesmo que vários estudiosos, entre eles VIGOTSKY (1991), tenham se esforçado para demonstrar que a criança não é portadora de inferioridade e sim de especificidade, esta imagem permanece ainda forte na sociedade e a **massa de estereótipos sobre a criança perpassa as conversas, a produção intelectual, a produção cultural, resultando numa representação da criança sob desprestígio — algo que tem a ver com a imaturidade, a insensatez, o capricho, enfim coisas de criança** (OLIVEIRA, 1989:37).

Ainda dentro da demonstração dos modos de representação da criança, é válido introduzir aqui as descrições de CHARLOT (1986). Elas fornecem variadas imagens pelas quais a criança se encontra representada na Pedagogia, que, como já foi assinalado anteriormente, sem dúvida são facilmente identificáveis em toda a sociedade, e não apenas no interior do pensamento pedagógico. A criança é representada como um ser que detém características que se opõem umas às outras, como um ser em si mesmo contraditório, como se fosse da sua natureza ser assim. Esta contradição está expressa principalmente em quatro eixos: inocência/maldade; perfeição/imperfeição; dependência/independência; continuidade/inação.

Inocência/maldade

A criança é espontânea, franca, sincera, não dissimula suas opiniões e desejos como o faz o adulto. Por outro lado, sabe utilizar-se da malícia e parecer ingênua. É fraca, submissa, flexível e ao mesmo tempo teimosa e contestadora. É terna e piedosa, mas ao mesmo tempo agressiva e cruel. É instável, impetuosa, desordenada, entretanto necessita de estabilidade, calma e ordem. É indisciplinada, transgride, mas não aceita a indisciplina e a transgressão por parte de outras pessoas. É digna de ser amada, inocente, mas é também perversa e necessita correção. Sua ternura provoca no adulto os sentimentos mais

ambíguos de ternura e desprezo, admiração e condescendência. Ela não possui meios de causar o mal, mas também não tem instrumentos para se defender. É má e inocente ao mesmo tempo, devido à sua fraqueza.

Perfeição/imperfeição

A criança é curiosa, aberta para a vida, possui um rico potencial, qualidades que o adulto já não possui. Estas qualidades a tornam, de certa forma, superior ao adulto, pois ele já não é possuidor de tão rico potencial, já não tem tanta perspectiva de transformação. Apesar disso, o sonho da criança é tornar-se adulta e assim como ela, o adulto também sonha um dia vê-la transformada em um ser humano adulto. Ninguém deseja que a criança permaneça criança por toda a vida, pois o estado infantil é um estado de incompletude, de ausência de autonomia, de incapacidade, de menoridade. As próprias crianças buscam atingir o estado adulto, inspiram-se no modelo adulto, reproduzem constantemente o adulto, como se a especificidade infantil fosse imperfeita e a única possibilidade de perfeição residisse na condição adulta.

Dependência/independência

A criança é submissa ao adulto, depende dele, mas sempre que pode age com tirania, sujeitando-o a seus caprichos. É vítima e carrasco ao mesmo tempo. O desejo do adulto é que a criança atinja a independência o quanto antes. Ele a prepara constantemente para isto, mas quando a criança pode tornar-se independente, o adulto quer prolongar ao máximo sua dependência, uma vez que esta o valoriza perante a criança, fazendo-o sentir-se indispensável a ela.

Continuidade/inação

Sendo o prolongamento do adulto, a criança, de certo modo, garante sua perpetuação. Mas, ao substituí-lo, ao transformar seus feitos em outros mais recentes, ela o remete para o nada: **ter filhos é, como diz Platão, responder a um desejo de imortalidade; mas cumpre acrescentar, com Hegel, que o crescimento dos filhos é a morte dos pais (CHARLOT, 1986:104).**

A criança coloca o adulto no passado porque ela é a imagem do futuro; seu futuro é ilimitado, enquanto o do adulto possui o limite do tempo. Ela representa o que o adulto “poderia ser”, mas “não pode mais”. Perpetua a sociedade e simultaneamente é seu agente de renovação. É criadora e destruidora. É o “sendo” e o “vir a ser”.

Essas fórmulas permitem observar representações da criança, nesse caso sempre referidas a idéias que não se relacionam à sua especificidade, mas às idéias de tempo e a natureza. Há uma ambigüidade, uma duplicidade essencial nos modos de representação da criança, o que dificulta a identificação de sua especificidade e recobre a realidade da relação adulto/criança e da problemática da infância no todo. A definição de criança não passa pelas relações com o adulto e com a sociedade, mas pelo desencontro entre suas capacidades e suas necessidades. Há uma dimensão instrumental ocultando a dimensão afetiva: **o adulto é para a criança um tipo de prótese que atenua provisoriamente a imaturidade infantil sem modificar, de fato, a condição infantil (CHARLOT, 1986:108).**

Mas o autor refuta essas representações e imagens da criança, afirmando que a criança não é apenas fraqueza, impotência e dependência. Ela também exige, solicita. A sociedade responde a seus apelos em consonância com os modos de produção, a organização, a estrutura etc. As relações do adulto e da sociedade interferem no grau de

importância da criança e nas suas exigências: **as características específicas da infância devem, portanto, ser encaradas com referência à relação recíproca que se estabelece entre a criança e o adulto e não numa problemática das relações entre criança e natureza** (CHARLOT, 1986: 107).

Para ele, as contradições presentes no comportamento infantil não são originadas de sua natureza e sim expressam as relações entre a sociedade adulta e a criança, num determinado limite histórico-social. A imagem da criança reflete o pensamento do adulto e da sociedade sobre si mesmos. A imagem da criança projeta a imagem do adulto que, por sua vez, está determinada pelas circunstâncias histórico-sociais em que vive.

Nas diversas formas de pensar da sociedade sobre a criança e a infância identificam-se desde a completa indiferença até a referência à criança como sinônimo de inferioridade, desprestígio e outros aspectos desqualificadores. Sua permanência durante longo tempo em completo anonimato social e histórico é citada pelos que se propuseram a abordar historicamente a infância, pelas dificuldades em reunir informações, principalmente devido à inexistência de registros (OKUDA, 1985).

ARIÈS (1981), em estudo sobre as modificações do lugar ocupado pela criança na sociedade, afirma que no século XIII já surgem alguns sinais da atribuição de certas especificidades à criança, mas foi só no século XVII que esta manifestação tornou-se mais significativa. BADINTER (1985) analisa que nas sociedades anteriores, determinadas características e práticas eram restritas exclusivamente à criança, revelando determinações próprias do momento histórico. Entre os povos primitivos, por exemplo, o aborto e o infanticídio eram comuns com o objetivo de controle da natalidade. A busca de equilíbrio entre o número de indivíduos e a quantidade de recursos disponíveis levava à adoção destas práticas, sendo mais comum o infanticídio de meninas (FRANCO JÚNIOR, 1992).

Há relatos, também, de que estas práticas eram comuns na Grécia antiga, principalmente em Esparta, onde as regras da eugenia pregavam a extinção dos mais fracos (FARINATTI et al, 1993). SNYDERS (1984) lembra que até 318 d. C. o pai podia matar o filho sem que isso caracterizasse crime. Somente em 378 d. C. o assassinato de crianças passou a ser considerado homicídio.

Nas sociedades anteriores ao século XII, na Europa Ocidental, um dos fatores que determinou a direção das atitudes da sociedade em relação à criança foi a predominância, por muitos séculos, da forma “naturalista” de entendimento da vida e do tempo. Nessa perspectiva, o ciclo vital era entendido como uma estrutura circular que assegurava a continuidade da família. A família possuía o sentido de linhagem, de sucessão de gerações. A sobrevivência e a garantia da continuidade da linhagem é que norteavam o modo de vida e as relações humanas em sociedade, sendo a saúde dos indivíduos uma preocupação fundamental. Dentro desse ideário, a criança representava uma semente da “grande família”, a família comunitária. Era vista como criança “pública”, uma vez que guardava em si a possibilidade de reproduzir novas gerações.

Como a mortalidade infantil era muito alta, as crianças eram vistas como criaturas frágeis, que freqüentemente morriam mas eram facilmente substituídas por outras. Em meio à agressividade do ambiente natural e das forças da natureza, era fundamental garantir a continuidade da linhagem e para isso, diante de uma taxa de mortalidade elevadíssima, também a taxa de natalidade era alta. Ao perder-se um filho o único recurso era ter outro (GÉLIS, 1991). O olhar da sociedade sobre a criança concentrava-se em sua capacidade de contribuir com a continuidade das gerações e **o sentimento de que se faziam várias crianças para se conservar apenas algumas era e durante muito tempo permaneceu muito forte** (ARIÈS, 1981: 56).

Até por volta do século XIII não se identificavam as características que passaram a definir a criança nas sociedades posteriores. Os limites entre a participação da criança e do adulto na vida social eram muito estreitos. A criança ingressava no mundo dos adultos tão logo adquirisse certo grau de independência da mãe ou ama, por volta da época do desmame. Daí em diante participava, na mesma medida que o adulto, tanto nas atividades cotidianas como nos eventos sociais especiais, como os festejos, por exemplo.

A partir do século XIV surgem indícios de uma nova forma de entendimento e relacionamento com a criança. Sob a influência do Renascimento, a sociedade expressa uma preocupação cada vez mais crescente em proteger e salvar a criança da doença e da morte prematura. O espírito de linhagem, que antes repercutia na representação da criança como uma “semente” capaz de garantir a continuidade da espécie, foi perdendo seu significado e o grande corpo coletivo cedeu lugar ao corpo individual. Instituiu-se um novo modelo, um novo imaginário da vida, no qual são alteradas as relações no plano coletivo rumo à supremacia do individual.

Vista de outra forma, a grande família não seria a única instância de cultivo desta nova criança. Outras estruturas da sociedade também participariam de sua preservação e formação, principalmente as estruturas educativas. Configura-se um duplo deslocamento: um que vai da família-tronco para a família nuclear; outro, da educação coletiva, comunitária, aberta, com finalidade de preservação da linhagem, para uma educação pública do tipo escolar, com o fim de suscitar o desenvolvimento de aptidões, o uso da razão e o crescimento do ponto de vista individual (GÉLIS, 1991). As estruturas educativas tinham o objetivo de sobrepor a razão ao irracional, adequando as mentes às crescentes exigências do culto à individualidade.

No século XVII, em meio às alterações descritas por ARIÈS (1981) como o novo sentimento que surgia em relação à infância, e que se fortaleceu no século XVIII, identifica-se também a presença de outro elemento diretamente ligado ao modo de produção, que é a necessidade de higiene e saúde física. A transição do Estado feudal para o Estado capitalista favorece o aparecimento do conceito de “política nacional de saúde”, como um canal, entre outros, para garantir o aumento da riqueza e do poder nacionais. Para a fixação sólida da atividade econômica produtiva torna-se indispensável um quantitativo populacional suficiente. Iniciam-se os cálculos populacionais, das forças ativas, das condições de crescimento e das medidas que possam favorecer este crescimento. Intensifica-se a preocupação em manter a saúde e prevenir doenças, através da imposição de certas condutas. Desenvolvem-se, então, certas medidas impositivas no âmbito da saúde, com uma sustentação expressamente político-filosófica, como manifesta uma descrição do quadro da mortalidade infantil da época:

A mortalidade , sobretudo em crianças, era aterradora (...). As primeiras estatísticas vitais foram compiladas no século XVII e apesar de muito imperfeitas, chamam a atenção pública para as aterrorizantes taxas de mortalidade. Estes progressos não foram devidas tanto aos médicos quanto às condições políticas e à filosofia da época. Em um governo absolutista, o monarca sente-se responsável por seus súditos, (...) ordena o que se deve fazer para permanecer sadio e proíbe o que é danoso. A saúde é cuidada ou imposta por meio da política (Sigerist, apud DONNANGELO E PEREIRA, 1979: 24).

A preocupação em garantir ou elevar o contingente demográfico, enquanto um passo importante para a instalação do capitalismo, foi fundamental, repercutindo nas práticas relativas à saúde da criança para além da doença. Vislumbrando o cultivo e a manutenção da saúde, diante das doenças e epidemias que ameaçavam reduzir a mão-de-obra, tornando-a insuficiente, o interesse na capacidade produtiva dos indivíduos balizou a mudança de atitudes no que diz respeito à saúde. As questões de saúde tornaram-se questões de “polícia médica”, sendo o Estado o responsável pela manutenção de níveis satisfatórios de saúde. Os médicos passaram a ser responsáveis tanto pelo tratamento das

doenças como pelo controle da população, em todos os aspectos da vida individual (Thomas Rau apud DONNANGELO E PEREIRA, 1979:50).

As mudanças ocorridas nas classes ascendentes européias, no século XVIII, engendram novas formas de lidar com a criança, traduzindo-se na busca e valorização da privacidade do universo familiar, no novo sentimento em relação à criança, elaborando-se novas maneiras de cuidar da infância, e na presença de publicações, visando ensinar essas novas maneiras. A valorização e culto da especificidade infantil expressam, mais do que apenas a exaltação da criança, o que ela representa na reordenação da sociedade em função da nova organização social capitalista (BADINTER, 1985).

OLIVEIRA (1989) afirma que a especificidade da criança e da infância é sem dúvida uma síntese da modernidade, ou seja, a compreensão que se detém hoje da criança, como um ser com características próprias, diferenciadas do adulto, foi uma construção que acompanhou os desdobramentos sociais da era moderna, principalmente sob a direção dada pelo capitalismo.

No transcurso destes desdobramentos, em momentos históricos distintos, podem ser identificadas formas de pensar específicas, as quais repercutiam na edificação ou no reforço das representações existentes sobre a criança. Estas formas de pensar manifestam-se ora no plano filosófico, ora no político, ora no teológico, ou no imbricamento de todos eles.

DESCARTES (1991), cujos postulados foram de grande expressão no século XVII, tinha a ambição de construir uma doutrina que possibilitasse ao homem atingir o pleno uso da razão. Fundando seu método na elevação da dúvida até às últimas consequências, este filósofo afirmava que o homem deveria lutar contra todos os seus “prejuízos” para alcançar plenamente a verdade, situada além das imagens e aparências. Um desses prejuízos seria a

infância. Para Descartes a infância era a idade do erro, da ilusão, da perversão da razão. Sendo a alma infantil desprovida de capacidade crítica e discernimento, a criança sempre incorreria no erro, nas falsas imagens e impressões, nas ilusões. A infância era considerada um estado errante a ser superado em prol da constituição do homem adulto, competente no uso da racionalidade, capaz de encontrar a verdade.

Outras idéias que marcaram fortemente o pensar sobre a criança foram elaboradas por Rousseau. Para ele, a criança ao nascer é um ser potencialmente bom e livre, cabendo aos pais providenciar para que ela desenvolva estas características.

Em “Emílio”, ROUSSEAU (1992) exalta o amor e a ternura entre pais e filhos, designando a criança para ocupar o lugar central no círculo familiar e na sociedade de modo geral. Ao exaltar a natureza, a liberdade e a ternura, imprime um sentido social à família, fazendo com que deixe de ser vista apenas como um agrupamento natural e passe a representar uma célula política da sociedade, fundada em convenções, regras, normas, modelos. Defende que a criança é um ser que nasce livre, bom, ingênuo e puro, cabendo aos pais a função de estimular, cultivar e direcionar estas características naturais, evitando que sejam degradadas pelos desvios existentes na sociedade. As prescrições rousseauianas sustentam-se no modelo da Natureza, condenando tudo que possa contrariar a tendência natural da criança.

Tanto o discurso de Rousseau como de outros intelectuais da época restringiam-se aos limites da classe dominante. Nas outras classes veiculavam-se outras concepções. A criança era vista mais como um estorvo ou como uma desgraça do que como ser naturalmente bom e possuidor de um potencial racional a ser cultivado. Representava um fardo que os pais não podiam, ou não queriam carregar, sendo que muitos lançavam mão de variados recursos para a solução deste “problema”. Mas, as práticas desenvolvidas para

se “livrar” de uma criança não eram característica exclusiva das classes baixas. Variavam desde o abandono moral e a indiferença até o infanticídio. A recusa materna em amamentar, entregando o filho aos cuidados das amas-de-leite, representa um dos primeiros sinais de descaso pela criança, especialmente porque esta prática iniciou-se num período em que o leite materno significava maior chance de sobrevivência para a criança.

Nesse sentido BADINTER (1985) é categórica em afirmar que o amor materno não existia nas classes abastadas do século XVIII. Se as crianças eram suportadas era pelo senso do dever em assumir esse fardos enviados pela providência divina. Tudo isso estava em perfeita consonância com os valores dominantes e com os valores peculiares a essas famílias. Entregar a criança à ama constituía um “infanticídio disfarçado”, principalmente porque era notória a alta probabilidade de óbito no primeiro ano de vida, sobretudo no primeiro mês. Portanto, o quadro catastrófico da vida infantil não podia ser explicado nem pela miséria, nem pela ignorância, uma vez que era comum em todas as classes sociais. Só o desinteresse e a indiferença poderiam ser a razão dessas atitudes, aliados à ausência de qualquer ideologia moral, social ou política que defendesse a criança.

Uma das consequências da representação da criança como ser inferior foi a inexistência, por muito tempo, de uma medicina infantil. A Pediatria, com o caráter de ser uma parte da medicina que trata de modo especial da criança, só apareceu em 1782, embora já houvesse, desde a segunda metade do século XVII, demonstrações de interesse por parte de alguns médicos em reconhecer a especificidade infantil, como é o caso do médico inglês G. Buchan, que afirmava: **os médicos não foram suficientemente atentos à maneira de governar as crianças. Em geral, essa ocupação foi considerada como sendo da competência das mulheres, e os médicos recusaram-se freqüentemente a ver crianças doentes** (G. Buchan apud BADINTER, 1985:80).

Tais palavras evidenciam que havia desinteresse pela criança e também que sua assistência foi, desde o início, atribuída às mulheres ou por ser considerada uma tarefa indigna para os homens ou porque as crianças, como seres inexpressivos que representavam, não mereciam assistência profissional especializada, podendo ser assistidas a contento pelas mulheres, que geralmente desempenhavam esta tarefa com caráter doméstico.

A partir da segunda metade do século XVIII a Igreja e o Estado comungam idéias na elaboração de dispositivos legais que contemplavam tanto as preocupações de ordem religiosa como as de instauração da ordem pública. Entretanto, foi na propagação de modelos ideológicos que a Igreja e o Estado atuaram de forma mais importante, difundindo modelos fortalecedores da criança enquanto indivíduo, dentro da sociedade ocidental. Nesta perspectiva, a Igreja difundiu dois modelos: o da criança-Cristo e o da criança mística (GÉLIS, 1991).

Pelo modelo da criança mística difundia-se a exaltação da fé e da capacidade humana em superar os piores tormentos, enaltecendo a possibilidade do indivíduo suportar o sofrimento. Os problemas de ordem material eram localizados no indivíduo, excluindo-se o papel do contexto social no aparecimento dos mesmos. A criança servia de exemplo de santidade e de capacidade de superação das dificuldades da vida terrena. A criança mística dava a idéia da perpetuação da vida, num plano invisível, superior, espiritual e individual. Já o modelo da criança-Cristo buscava inspirar novas formas de devoção interior e fé. Exaltava-se a imagem do Deus-menino, cuja doçura, inocência, simplicidade e humildade seriam desejáveis a todos os indivíduos, os quais deveriam inspirar-se neste símbolo de criança para o alcance daquelas qualidades.

No plano laico também surgem e se difundem algumas imagens. A mais importante era a da criança prodígio, cuja capacidade extrema possibilita sua realização plena enquanto ser humano. Diferentemente das imagens religiosas, essa imagem laica inspira uma realização material, no plano da vida terrena. O modelo da criança prodígio, baseado na noção de natureza, desenvolvimento e crescimento naturais, enaltecia a espontaneidade, a criatividade, a plasticidade e a adaptabilidade infantil como tendência e impulso natural. Neste modelo, a idéia de natureza é um tipo de laicização da idéia de Deus (CHARLOT, 1986).

Ao final do século XVIII, como consequência das altas taxas de mortalidade infantil, origina-se a preocupação em garantir a sobrevivência das crianças. Tal preocupação era motivada, principalmente, pela ameaça da perda do potencial econômico, pois aquelas crianças representavam os futuros braços trabalhadores e sua morte precoce constituía-se num desperdício. Daí a necessidade de conservá-las:

O homem é o princípio de toda riqueza (...) uma matéria própria para trabalhar todas as outras e que, amalgamada com elas, lhes dá um valor, e delas o recebe. Estima-se que um marinheiro vale tantos agricultores, e que alguns artistas valem tantos marinheiros. Não se trata de observar (...) se a ocupação que rende mais escudos é realmente a mais útil ao Estado, mas observamos que nesse modo de avaliação vemos o homem, segundo o emprego de sua força ou de seu engenho, ser o princípio da Riqueza Nacional (BADINTER, 1985: 154).

MARX descreve a incorporação das crianças e mulheres ao trabalho industrial como uma das diversas consequências da produção mecanizada. Com a evolução do instrumental de trabalho para uma forma mais desenvolvida, constituindo-se em maquinários que faziam da força muscular uma força supérflua, o trabalho das crianças passou a ser utilizado juntamente com o trabalho das mulheres. As brincadeiras e jogos infantis são substituídos pelo trabalho obrigatório, onde as crianças eram empregadas para executar tarefas que exigiam a delicadeza das mãos e dispensavam desenvolvimento físico completo. A partir daí a exploração do trabalho infantil foi assumindo proporções cada vez

maiores chegando ao ponto de crianças serem vendidas pelos próprios pais para o capitalista que se interessasse por seu trabalho: **emprega-se o trabalho infantil até para as crianças obterem o próprio pão de cada dia. Sem força para agüentarem o trabalho tão desproporcional, sem instrução para orientá-las mais tarde, foram lançadas a uma situação física e moralmente abjeta** (MARX, 1994: 451).

No combate à mortalidade infantil objetivando preservar a força de trabalho, seria necessário um discurso que atingisse aquelas das quais dependeria o sucesso do empreendimento: as mulheres. Através desse discurso as mulheres passaram a ser acusadas de negligência e, ao mesmo tempo, exaltadas em suas funções maternas.

Como é das mulheres que depende todo o êxito da operação, elas se tornam, pela primeira vez, as interlocutoras privilegiadas dos homens. São portanto elevadas ao nível de 'responsáveis' pela nação, porque, de um lado, a sociedade precisa delas e lhes diz isso e, de outro quer-se reconduzí-las às suas responsabilidades maternas (BADINTER, 1985: 181).

Como a ausência do aleitamento materno antes era sinal de indiferença da mãe pela criança, o seu cultivo torna-se indício de amor e carinho. Além disso, as críticas sobre vestuário, alimentação e higiene provocam o abandono progressivo dos costumes tidos como nocivos e desnecessários à saúde e bem-estar da criança. A criança ganha liberdade de movimentos, carícias e mais facilidade de contato físico com o ambiente e a mãe. A higiene e alimentação recebem atenção especial.

O amor pela criança logo passou a ser algo natural e instintivo, sendo inadmissível cogitar-se sua inexistência. O amor pelos filhos transforma-se, como afirma SNYDERS, num tabu:

Pode-se bem declarar que não se gosta do cônjuge, que se está mais ou menos, ou completamente, separado dele e com outro, ou mesmo com outros, mas atrevei-vos a dizer que não gostais dos vossos filhos: que escândalo! O termo 'desnaturados', bastante estranho quando se pensa bem, aplica-se essencialmente aos pais, e ainda mais às mães, que não dão provas, em relação à sua progenitura, de uma afeição doce e constante (SNYDERS, 1984:13).

Difunde-se uma ideologia do amor pelas crianças, amor este que deveria ser visível nas atitudes da sociedade para com elas e não apenas restringir-se às expressões de carinho e afeto dos pais, mesmo porque era grande o número de crianças abandonadas ou órfãs.

No desenvolvimento desse modelo ideológico, a saúde da criança tornou-se objeto de estudos e publicações a partir de meados do século XVIII. O higienismo, uma corrente que pretendia difundir a higiene na sociedade através da contestação das práticas e costumes vigentes e sua substituição por hábitos considerados saudáveis e corretos, interferiu diretamente nas questões da saúde da criança e na modificação da forma de se cuidar dela.

A puericultura, surgida na França em 1750, sofre as repercussões da corrente higienista e alia-se a outros estudos que começavam a se destacar, como a Bacteriologia e a Epidemiologia. A puericultura despontava com o papel especial de “domesticar” as mães para que aprendessem a cuidar convenientemente da higiene da criança e do lar, através de regras que visavam colocar as famílias dentro da ordem e das normas da sociedade capitalista (MELO, 1984). Dentro dessa lógica, a criança, como elemento integrante da família, constituía o alvo principal e veículo para se atingir a célula familiar e toda a sociedade.

O que a higiene precisava desenvolver, como de fato o fez, era a idéia de que os pais erravam por ignorância. Apesar de irresponsáveis, no fundo eles desejavam para os filhos aquilo que a higiene previa como correto e bom (...). Essa mesma posição de intérprete da ignorância e aliado da lucidez é adotada face ao Estado, quando os médicos afirmam que, através da higiene, o poder estatal vai conseguir dos indivíduos completa servidão (Locke apud GÉLIS, 1991: 316).

Através da literatura, o discurso médico moralizador passa a refutar as práticas vigentes de educação e de cuidado com as crianças. Dentro das críticas, dois temas eram freqüentes: alimentação e vestuário infantil.

Instituiu-se um novo modelo de família que destacava o lar como espaço privilegiado de privacidade e intimidade. Pairava sobre ele uma harmoniosa convivência, da qual participavam apenas pais e filhos respeitando, entretanto, uma hierarquia em que o pai detinha o domínio, seguido da mãe e depois dos filhos. Dentro de novos parâmetros para o atendimento do modelo econômico capitalista, a família passa a ser, muito mais que mera unidade social básica da sociedade burguesa, a unidade básica do sistema de propriedade privada e de comércio. Esta nova família não admitia influências externas e nem qualquer situação que colocasse em risco sua unidade. **Sua unidade básica, a casa de uma única família, era uma autocracia patriarcal e um microcosmo da espécie de sociedade que a burguesia como classe (ou seus porta-vozes teóricos) denunciava e destruía: uma hierarquia da dependência pessoal (HOBBSBAWN, 1988: 248).**

No século XVIII, o perfil da família é circunscrito pelo isolamento. Voltando-se para dentro de si mesma, num refúgio que procurava a garantia do conforto e bem-estar, revelava preocupação com a higiene, alimentação, saúde e educação da criança. Na privacidade deste refúgio edificava-se e reforçava-se o sentimento de infância, a descoberta da criança, dispensando-se a ela variados tipos de cuidados especiais. A criança é fortemente marcada como um ser do privado.

Contrastando com esta determinação burguesa sobre a criança, nas classes subalternas a família não se configurou como *locus* essencial da infância. Lançada precocemente ao trabalho para a sobrevivência, a criança pobre logo era atraída para o espaço externo da família, sofrendo uma determinação contrária àquela exercida sobre a criança da classe privilegiada (OLIVEIRA, 1989).

Com o surgimento da indústria, o trabalho feminino tornou-se significativo para o capitalismo, pois representava mão-de-obra dócil e barata para o trabalho nas novas

maquinarias. No contexto do processo de industrialização, configurou-se um novo tipo de mães que trabalhavam fora de casa de 12 a 14 horas diárias, retornando ao lar extenuadas e sem a mínima possibilidade de desempenhar as tarefas domésticas e maternais mínimas. Sob essa condição, muitas delas, sem outra alternativa, entregavam seus bebês a nutrizes, o que provocava o aumento da mortalidade infantil.

A estratégia de difusão da medicina doméstica instalada no século XVIII, com doutrinas educativas, tinha por alvo a burguesia. Essa estratégia procurava instituir uma aliança entre mãe e médico, na defesa da saúde da criança. O binômio mãe-filho converteu-se num importante filão, através do qual, tanto o Estado quanto a medicina higienista buscaram ver realizados seus interesses. O discurso médico elegeu a mulher como personagem ideal para contribuir com a difusão e prática dos novos métodos de higiene e preservação da saúde. Sendo vista como portadora dos atributos de doação e sacerdócio, era a figura perfeita para o bom desempenho desse papel. Isto pode ser percebido no modo como um higienista da época dirige-se às mulheres:

Proponho-me unicamente a ensinar-lhes a dirigir sua saúde em meio aos perigos que a ameaçam, a não se ocuparem da saúde de outrem, a preservarem dos danos mortais da rotina e dos preconceitos, a compreenderem o que pode a medicina e o que ela não pode, a estabelecer suas relações com o médico de maneira razoável e proveitosa para todos. Por outro lado, proponho-me a ensinar às mulheres a arte da enfermagem doméstica (...). Tenho a ambição de fazer da mulher guardiã completa para o doente, capaz de compreender tudo, e, sobretudo que é este o seu papel e que ele é elevado e caridoso. Os papéis de mãe e de médico são e devem permanecer nitidamente distintos. Um prepara e facilita o outro, eles se complementam, ou melhor deveriam se complementar no interesse do doente. O médico prescreve, a mãe executa. (Fonsagrives apud DONZELOT: 1986: 23).

Todos esses novos preceitos só eram aplicáveis à classe burguesa. Nas classes populares a estratégia utilizada foi a que Donzelot denominou de “economia social”. Tal estratégia consistia em medidas de intervenção do Estado, com o fim de resguardar da morte as crianças pobres, órfãs ou abandonadas, para futuramente serem absorvidas e adaptadas a serviço das “tarefas nacionais”, uma vez que não tinham nem famílias, nem parentes (1986, p. 22).

Posteriormente, esta estratégia foi alterando-se no sentido de diminuir ou retirar do Estado a responsabilidade por crianças abandonadas, coibindo as “uniões livres”, que originavam estas crianças. Esperava-se impedir o surgimento de “vagabundos”, principalmente menores. Ainda dentro deste canal da “economia social”, estendeu-se às famílias populares o controle médico sobre a forma de criar os filhos, acentuadamente no século XIX.

Tendo surgido no século XVII uma modificação significativa nas atitudes sociais para com a criança, o que Ariès denominou de sentimento da infância, no século XVIII ocorre o seu amadurecimento. Diversos discursos utilizam a criança para a instauração e fortalecimento de condutas. Por outro lado servem ao reforço das novas atitudes a serem solidificadas na sociedade, no que se refere à criança. A solidificação da especificidade infantil coincidiu com a constituição das classes sociais no capitalismo e implicou em uma forte separação **entre a criança e o adulto, entre a família e a multidão, entre burguesia e povo, entre o “saber científico” e a “superstição”, estabelecia-se um mesmo tipo de separação, que traduzia as novas relações sociais próprias do modo de produção capitalista (...) que persistiria pelos próximos duzentos anos (MARQUES, s/d: 86).**

Com a separação entre mundo infantil e mundo adulto, a partir do século XIX emerge o interesse pela proteção da criança e elaboração de políticas públicas voltadas para ela. Segundo DONZELOT (1986), embora a literatura do século XIX traga os mesmos conteúdos já existentes no século XVIII, referindo-se aos cuidados centrados principalmente na alimentação e vestuário infantil, já abre pequenos espaços para questões como jogos infantis educativos, críticas sobre condutas que causam traumas à criança, necessidade de espaços específicos reservados à criança e importância da presença contínua e vigilante da mãe.

Segundo o autor, estes pequenos espaços organizavam-se com o único fim de defender o máximo de liberdade para a criança, mas protegendo-a de toda espécie de perigo físico e moral. Naturalmente que estes novos saberes se aplicavam às crianças das classes burguesas, mas havia a preocupação de que o preceito da conservação e defesa das crianças também atingisse as classes pobres, porém através de outras estratégias.

Em 1865 surgem na Europa as primeiras sociedades protetoras da infância, com o objetivo de garantir a inspeção médico-sanitária e educacional de crianças das classes pobres. A partir do final do século XIX surgem diversas associações filantrópicas e religiosas com o objetivo de ajudar na moralização, educação e restauração das famílias pobres, como forma de evitar a degradação de suas crianças (DONZELOT, 1986).

Este mesmo autor descreve ainda que, desde a década de 1840 até o final do século XIX, multiplicaram-se as leis sobre a proteção infantil, incluindo o trabalho de menores, o contrato de aprendizagem, a insalubridade das moradias, a vigilância das nutrizas, a utilização de crianças por mercadores e feirantes, a obrigatoriedade escolar etc. Nessas medidas, o discurso era de corrigir a situação de abandono das crianças das classes trabalhadoras, mas na verdade possuíam um caráter sócio-político. Buscavam cercear as práticas consideradas “frouxas” e “agitadas” que se desenvolviam nas relações adulto-criança nas camadas populares.

No final do século XIX, emergia a visão da infância sob dois prismas: a infância em perigo (aquilo que pode ameaçá-la) e a infância perigosa (aquilo que a torna ameaçadora). A partir dessa visão estabelece-se um processo de tutelarização que combina objetivos sanitários e educativos com métodos de vigilância econômica e moral, originando ações onde se imbricaram a assistência pública, a justiça de menores, a medicina e a psiquiatria. Nesse imbricamento, as concepções teóricas desenvolvidas no campo da pedagogia e da

psicologia passam a ser utilizadas na definição de condutas, aplicadas diferentemente às crianças das diferentes classes sociais.

Relacionando à visão da criança pobre sob os prismas “infância em perigo” e “infância perigosa”, altera-se o discurso jurídico sobre o *menor*. Até o final do século XIX, a palavra *menor* era empregada como sinônimo de criança, adolescente ou jovem, situados dentro dos limites etários que os impediam de ter direito à emancipação paterna e assumir responsabilidades civis ou canônicas. A partir do fim do século XIX e começo do século XX, a palavra *menor* aparece frequentemente no vocabulário jurídico indicando criança em situação de abandono e marginalidade, além de definir sua condição civil e jurídica e os direitos que lhe correspondem (LONDOÑO, 1991). Entretanto, o discurso sobre o menor torna-se marcado pelo traço da criminalidade e delinquência.

São originárias dos Estados Unidos as primeiras instituições criadas especificamente para atender aos chamados menores criminosos. Estas surgiram por volta de 1825 e se estenderam por todo o século XIX. O traço fundamental destas instituições era o princípio de regenerar, a partir de uma disciplina rigorosa, além de adotar o trabalho físico e manual como elemento reabilitador, educador, disciplinador e formador das crianças infratoras e abandonadas (LONDOÑO, 1991).

Ao final do século XIX, estabeleceram-se as “children courts” e “juvenils courts” que serviram de inspiração para as leis européias, como o “children act” inglês, de 1908. Com um discurso revestido de humanitarismo para com as crianças pobres que, tanto na Europa como nos Estados Unidos tinham sido, juntamente com as mulheres, as principais vítimas do sistema fabril, as leis em nome da proteção da criança e da sociedade concederam aos juízes o poder de intervir nas famílias, particularmente nas famílias pobres

e nos chamados lares desfeitos, quando se julgava que, sob sua influência, as crianças poderiam ser encaminhadas aos crime (LONDOÑO, 1991).

Embora relacionassem a origem do abandono com as condições econômicas e sociais que a modernização trouxe, os juristas apontam a decomposição da família e a dissolução do poder paterno como os principais causadores de tal situação. A importância das condições de vida da modernidade no abandono das crianças são aceitas e encaradas como inevitáveis, mas as responsabilidades sociais por essa situação tornam-se esvaziadas diante do peso atribuído à responsabilidade dos indivíduos, pois há um discurso que afirma serem os pais de família que, cedendo aos vícios, jogo e vadiagem, não exercem sua autoridade e acabam corrompendo os filhos.

No discurso dos juristas e dos novos especialistas em “crianças abandonadas” o “menor abandonado” foi definido como um perigo para a futura sociedade, ao mesmo tempo em que foi crescendo a convicção de que este era uma vítima. A criança passa a ser vista também no campo jurídico, como o futuro e a garantia de capital humano que o capital industrial precisaria para se reproduzir. Esta interpretação ganha força na medida em que aparece cada vez mais como a grande legitimadora das ações disciplinares que se desenvolvem em relação à criança, cuja condição de vida permite que lhe seja aplicado o termo *menor*. A assistência a essa criança passa a ser proposta como serviço especializado, diferenciado, com objetivos específicos, envolvendo a participação de saberes como o dos higienistas, que deviam cuidar de sua saúde, nutrição e higiene; do educador que devia cuidar de disciplinar, instruir e tornar o menor apto para se reintegrar à sociedade e o do jurista, que devia conseguir que lhe fosse garantida a proteção e a assistência.

Na passagem do século, portanto, desloca-se o discurso jurídico acerca do termo *menor*, o qual deixou de ser uma palavra associada à idade, utilizada para definir a

responsabilidade de um indivíduo perante a lei, passando a designar principalmente as crianças pobres e abandonadas ou que incorriam em delitos e crimes, diferenciadas das demais, principalmente pela condição de desamparo material e moral em que viviam (LONDOÑO, 1991).

Se por um lado o discurso jurídico tratou de definir a criança pobre abandonada, infratora, criminosa, estabelecendo para ela tanto medidas punitivas legais como instâncias de correção e recuperação, por outro, o modelo burguês de especificidade infantil passa a ganhar cada vez mais força no início e durante todo o século XX. Em decorrência dessa especificidade, a ciência trata de desenvolver conhecimentos também cada vez mais específicos sobre a criança, bem como a arte e, principalmente, o mercado de consumo passam a preocupar-se em atender de forma específica às necessidades da infância. A sociedade demonstra novas preocupações com a higiene infantil, com a mortalidade nos primeiros anos de vida e com uma urbanização que assegure espaços reservados ao lazer infantil. As teorias pedagógicas e psicológicas buscam fornecer subsídios para que, cada vez mais, sejam atendidas as especificidades da criança para a construção e o desenvolvimento da sociedade adulta.

Nesse sentido, (MONTESSORI, 1985:183) defende que as leis de desenvolvimento da criança devem ser atentamente observadas e tomadas como ponto de partida da educação, pois é na educação baseada no respeito à especificidade da criança que se constrói uma sociedade verdadeiramente humana. Para ela, o homem é construído na infância e a criança é a progenitora do homem adulto, portanto a perfeição do adulto depende da criança e é aí que reside o destino da humanidade.

O discurso sobre a criança no século XX é enormemente influenciado pelas idéias de Piaget e Freud, as quais repercutem na maneira como se compreende a infância.

Enquanto para Freud a criança é um alienígena emocional em relação aos adultos, para Piaget ela é um alienígena cognitivo. Freud vê a criança como similar ao adulto em seus pensamentos, mas entende que difere dele em seus sentimentos. Já para Piaget a criança possui sentimentos similares aos do adulto, mas difere dele em seus pensamentos (Elkind apud OKUDA, 1985).

MONTESSORI (1985) chama a atenção para o fato de que na visão psicanalítica a infância passou a ser considerada o período de formação das neuroses e psicoses, ou seja, a psicanálise limita-se a ver a criança sob o conceito da medicina curativa. Segundo a autora, a problemática da vida psíquica infantil não pode ser reduzida apenas sob o ponto de vista da origem de distúrbios, mas principalmente sob o ponto de vista da profilaxia dos mesmos.

OLIVEIRA (1989) salienta que do livro ao remédio, do saber à política, do trabalho ao brinquedo, da religião aos costumes, enfim, por todo o tecido social, é transparente a força da especificidade infantil na sociedade atual. Em 1924 a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou a Declaração dos Direitos da Criança, onde afirma que toda criança merece uma infância feliz e que possa gozar de direitos e liberdades. Porém nestas últimas décadas do século XX, desenvolve-se um discurso mais forte que acentua, não apenas a liberdade da criança, como também o seu exercício de cidadania.

Se a criança antes do século XVII não possuía sequer especificidade, adquirindo mais tarde uma especificidade biológica, relacionada à espécie e à maturação, neste final de século possui o direito de cidadania, de iniciativa própria, de liberdade de questionamento e de escolha. Essa liberdade naturalmente continua possível apenas para as crianças de classes favorecidas, nas quais o capital enxerga um forte consumidor e oferece

inúmeras opções entre alimentos, produtos de higiene, vestuário, lazer, arte, literatura, cinema etc.

Entende-se pois que a infância ganhou um estatuto que extrapola o dado da maturação e alcança uma expressão social com natureza de “cidadania”, isto é, a infância é percebida não só pelo estágio biológico mas pela participação efetiva da criança na cultura socialmente posta para a criança. A especificidade da criança forjou-se como uma ampla visão, fez-se uma ideologia orgânica e hegemônica. No bojo dessa ideologia que a sociedade burguesa construiu e realizou essencialmente para as crianças da classe dominantes, desde o seu nascedouro, uma concepção de vida infantil se construiu e se fez aceita (OLIVEIRA, 1989:118).

Excluída a pretensão de esgotar o tema das representações e discursos acerca da criança, demonstrou-se que estes processos desencadearam-se às custas da participação de diversos protagonistas, à luz de concepções filosóficas, políticas, econômicas, pedagógicas, jurídicas etc. tendo como direção os interesses dominantes e, como pano de fundo, os diversos tempos histórico-sociais. A imagem e a representação da criança foram diferenciando-se através dos séculos, no seio de eventos sociais mais amplos, sofrendo as repercussões da ideologia dominante em cada sociedade.

CAPÍTULO III - A ENFERMAGEM E A CRIANÇA

Existem atualmente pelo menos duas posições expressas no interior da enfermagem sobre o entendimento acerca da mesma. Uma, que entende a enfermagem **como uma prática inserida na sociedade e como tal, historicamente estruturada, estabelecendo relações sociais com todas os outros tipos de trabalho e guardando sua especificidade dentro de uma autonomia relativa.** E outra, que considera a enfermagem como **uma ciência formal ou positiva, acumulando um corpo de conhecimentos e técnicas e que hoje desenvolve teorias relacionadas entre si, procurando explicar e predizer os fatos** (ROCHA et al., 1993: 79-80).

Enquanto prática social, a enfermagem não pode ser reduzida a um corpo de técnicas e conhecimentos objetivos e neutros. **Ela é, e sempre será, uma prática política, e como tal, profundamente carregada de valores** (REZENDE, 1989:11). Seu objeto de trabalho e seus instrumentos configuram-se num corpo específico, o do saber de enfermagem, guardando, entretanto, certa interdisciplinaridade com outros saberes.

A transfiguração histórica da enfermagem articula-se com as transformações gerais no processo de estruturação da sociedade, tendo sua prática orientada por diversos recortes intelectuais, políticos, econômicos, culturais etc. Dentro destes recortes situa-se a criança

enquanto um de seus objetos de trabalho. Apreendida de diversas formas pela enfermagem, a criança é representada sob enfoques, a partir dos quais se constitui seu cuidado e sua assistência. Mas as maneiras pelas quais a enfermagem apreende e representa a criança não estão desvinculadas da representação da criança na sociedade de um modo geral. Como lembra FREITAS (1990), o desenvolvimento das práticas de assistência à criança, inclusive à sua saúde, orienta-se pela representação social e histórica da própria criança, em determinado contexto. Neste capítulo pretendemos resgatar a constituição da enfermagem a partir de sua profissionalização, identificando como apreendeu a criança e sob que recorte desenvolveu sua assistência.

A profissionalização da enfermagem

Antes de sua organização e sistematização profissional, a enfermagem era constituída por uma prática social vinculada às atividades domésticas, desenvolvida exclusivamente por mães de família, monjas e escravos. Esta prática detinha um saber de senso comum, sem nenhuma característica especializada e era disseminada no meio social (SILVA, 1986).

Na Idade Média as atividades de enfermagem eram praticadas por pessoas ligadas à Igreja, através de ordens religiosas, com sentido religioso e caritativo. Não se caracterizava como profissão, mas como atividade fundamentada em conceitos filantrópicos e religiosos. Esta mediação religiosa da prática da enfermagem, desde o início do Cristianismo, permaneceu até o início do feudalismo, na Idade Média. Estes cuidados consistiam em procedimentos corriqueiros restritos ao espaço domiciliar, cuja finalidade era aliviar a alma do doente através de técnicas simples, como cuidados com a higiene, tratamento das feridas, preparo de chás e alimentos, higiene das roupas e do ambiente (ALMEIDA &

ROCHA, 1986). Desse modo, uma característica básica da enfermagem era ser uma atividade independente da prática médica. Eram dois trabalhos com objetos e objetivos diferentes, um ocupava-se de cuidar e outro de tratar as pessoas.

A partir da segunda metade do século XVIII, com o crescimento do desinteresse pela vida monástica e a conseqüente diminuição do contingente de religiosos, ao lado do movimento da reforma pela supressão dos mosteiros, entra em decadência o principal sistema organizado de assistência social e à saúde das populações pobres. Assim, **após ter permanecido durante séculos sob a responsabilidade da Igreja, gratuita, voluntária e com cunho caritativo, a assistência à saúde torna-se laica e paga. Consequentemente, seus agentes tornam-se remunerados, embora com salários miseráveis (SILVA, 1986:47).**

Dentro desse novo modelo de assistência o hospital emerge como um local de abrigo para pobres e indigentes doentes, afastando-os do convívio social e do risco de contaminar o restante da população. FOUCAULT (1980) descreve o hospital neste período, afirmando que, até o final do século XVIII, caracterizava-se como um local de abrigo dos doentes pobres e idosos indigentes. Ali, as doenças disseminavam-se com facilidade, sem nenhuma espécie de controle, organização, ou qualquer disciplina. Não era um espaço de cura, mas de confinamento dos indivíduos doentes, com a finalidade de resguardar o restante da sociedade do risco de adquirir estas doenças. Não fazia parte da prática médica, portanto, a utilização do hospital como instrumento de cura. A assistência médica era predominantemente domiciliar, privada e individual.

SILVA et al. (1993) salientam que, com a sociedade industrial, as necessidades de corpos humanos sadios para o trabalho, conjugadas ao princípio de igualdade da Revolução Francesa e ao direito de consumo como parte dos direitos do cidadão, foram os

principais fatores da nova organização do trabalho em saúde na sociedade capitalista, o qual passa a ocorrer predominantemente sob o modelo hospitalar.

No interior deste modelo hospitalar, os serviços prestados aos doentes não exigiam a mínima organização e os hospitais eram espaços completamente desestruturados. Diante da baixa remuneração, as práticas destinadas ao cuidado do doente vão assumindo o caráter de tarefa indigna e inferior, passando a ser executadas por pessoas consideradas desqualificadas.

O período mais obscuro da história da enfermagem foi aquele referente à última parte do século XVII até a metade do século XIX. Durante este período, a condição da arte de enfermagem, o bem-estar do paciente, e o *status* de todas as enfermeiras caíram em um indescritível nível de degradação (Nutting & Dock apud ALMEIDA e ROCHA, 1986: 37).

Muitas vezes estas tarefas serviam como instrumento de punição para condutas socialmente inadequadas, como era o caso das prostitutas. O trabalho era de péssima qualidade e a causa desta qualidade tão ruim era atribuída aos seus agentes que, naquele momento, desempenhavam as atividades de enfermagem, em sua maioria mulheres sem qualificação, de péssima conduta moral, analfabetas e bêbadas. Era tido como imoral, sujo, caracterizado eminentemente como trabalho manual.

No início do século XIX, com a solidificação do capitalismo e o fortalecimento da burguesia, ocorreu uma expansão rápida e desordenada das cidades, favorecendo a acumulação de multidões de proletários. Devido à ausência de infra-estrutura e às precárias condições de vida desta população, houve a disseminação, em massa, de doenças infecto-contagiosas como cólera, febre amarela, tifo e varíola. Na segunda metade do século XIX, a nova estrutura econômica capitalista impõe a geração de riqueza e o uso de métodos produtivos mais eficientes. Consequentemente, surgiam modificações nas classes sociais, nos modos de vida, nas concepções políticas e nos valores da sociedade de um modo geral. Do ponto de vista social, ocorria um agravamento dramático das condições de existência da maior parte da povo.

Os primeiros investimentos em busca de modificações no exercício da enfermagem iniciam-se na Inglaterra, em meio à instalação do capitalismo, tendo à sua frente Florence Nightingale (1820-1910), fundadora da enfermagem moderna, ao mesmo tempo em que se desenvolvia a tentativa de reverter o modelo hospitalar de segregação. Tanto o ambiente físico do hospital como os agentes de enfermagem passam a ser objeto de disciplinamento. Na Inglaterra de meados do século XIX, em franca industrialização, com intenso crescimento demográfico urbano, aumento da classe pobre e péssimas condições sociais, surge a necessidade de treinamento formal de pessoal hospitalar para desenvolver a assistência de enfermagem e, principalmente, para disciplinar a conduta, dentro do hospital, daqueles que desempenhavam esta função.

Nightingale foi, não só uma representante de sua época, como também de sua classe social, sendo descrita como participante e colaboradora da manutenção e difusão dos valores da classe dominante, da qual fazia parte. No desenvolvimento de sua proposta de profissionalização e institucionalização da enfermagem, **ela legitimou a hierarquia e disciplina trazidas de sua alta classe social, da organização religiosa e militar, materializando as relações de dominação-subordinação, reproduzindo na enfermagem as relações de classe social** (ROCHA, 1990: 43). Ela colaborou não só com a subordinação da enfermeira ao médico, como também com a subordinação, no interior da própria enfermagem, dos vários agentes entre si.

Situada no contexto da Inglaterra vitoriana, Nightingale expressa, em sua busca pela cientifização da enfermagem, os limites históricos colocados pelo contexto social da época. Em sua preocupação com as péssimas condições de assistência aos doentes, Nightingale buscou desenvolver conhecimentos que pudessem contribuir para modificá-las. Seu papel na organização das bases teóricas da enfermagem foi fundamental. Empenhou-se em fundar uma escola com o objetivo de formar pessoas para a prática de

enfermagem de maneira redimensionada às necessidades da profissão recém-instituída. Nascida junto ao hospital St. Thomas em Londres, esta escola tornou-se modelo para outras criadas posteriormente na Inglaterra e em outros países.

Este momento, em que começa a ocorrer a sistematização e organização, constitui-se num divisor de águas entre o período pré-profissional e a enfermagem moderna (SILVA, 1986:52). A influência dos princípios formulados por Nightingale¹⁰ foi marcante na Inglaterra e em toda a Europa, disseminando-se por diversos países e chegando até os Estados Unidos.

Com o advento do capitalismo, tanto o corpo individual como o coletivo passam a representar força de trabalho e, nesse sentido, sua preservação torna-se essencial ao novo sistema econômico. A medicina assume a tarefa de manter e restaurar a saúde dos corpos.

Sob o capitalismo, a área da saúde desprende-se institucionalmente da assistência social genérica (característica da sociedade feudal), passando formalmente para a responsabilidade do Estado, cujas formas de assumi-la estão intimamente vinculadas às necessidades materiais do sistema produtivo bem como ao jogo das forças políticas envolvidas no problema. Nesse modo de produção, a medicina perde o seu caráter religioso para articular-se direta ou indiretamente com a esfera produtiva. Não é mais a salvação das almas (dos doentes e de quem os trata) o objetivo principal (explícito) das atividades médicas e de enfermagem, mas a conservação e adaptação da força de trabalho às exigências de uma reprodução ampliada, a salvação dos corpos necessários ao setor produtivo (...). Nos séculos XVII, XVIII e parte do XIX, a enfermidade é vista como provocada pelo desequilíbrio humoral, devido à redescoberta da medicina Hipocrática. Esta visão se altera radicalmente desde fins do séc. passado, com o desenvolvimento da teoria bacteriológica ... (SILVA, 1986:49).

A enfermagem moderna, profissional, constitui-se então tendo como finalidade de trabalho a recuperação dos corpos individuais, no interior da organização do hospital como espaço do doente. Nasce com a característica de trabalho manual, que no contexto do capitalismo goza de baixo prestígio, submetendo-se à regulamentação e controle no interior de uma relação dominação/subordinação (ROCHA, 1990:13).

¹⁰ Os princípios nightingaleanos de formação de enfermeiras são os seguintes- Ênfase na conduta pessoal (moral), postura física, trajes e comportamento; 2- Restrição à direção das escolas apenas às enfermeiras; 3- Autonomia financeira e pedagógica; 4- Ensino teórico e prático sistematizado, baseado em princípios de hierarquia e noções epidemiológicas, voltado para ações de manutenção/recuperação da saúde e conforto do paciente.

Na organização do hospital instala-se uma hierarquia, na qual o saber médico é valorizado em primeiro plano, conferindo ao médico a direção de todas as práticas hospitalares. A prática de enfermagem, antes independente da prática médica, subordina-se agora a ela. Sua profissionalização e institucionalização significam, por um lado, o ganho de um corpo próprio de conhecimentos e práticas, com fundamentação teórica, mas, por outro, a subordinação a uma hierarquia institucional e a perda do caráter autônomo que antes possuía.

No ponto de vista de Nightingale, cabia às mulheres a tarefa da higiene ambiental e da prevenção de doenças, bem como do cuidado aos enfermos. Enfatizava a necessidade de oportunizar às mulheres a aquisição de conhecimentos básicos para o desempenho desta tarefa. Almejava transformar as mulheres em verdadeiras discípulas das doutrinas e regras relativas à higiene e saúde. Nesse sentido, seu discurso era consonante com o discurso higienista que pretendia, através da imposição de normas e condutas, higienizar a sociedade utilizando como instrumentos a educação e a doutrinação, e como veículos destas informações, as mulheres, especialmente as mães.

Em 1859 Nightingale escreveu “Notas sobre Enfermagem”, um texto clássico que representa o primeiro trabalho impresso da enfermagem moderna, onde apresenta seus fundamentos. Sob estes fundamentos, o desenvolvimento da assistência passa pela exigência da apropriação de determinados conhecimentos que conferem cientificidade ao que era praticado sob a denominação de enfermagem, palavra que, segundo a própria Nightingale, foi usada “por falta de uma melhor”. Na tentativa de configurar e delimitar a enfermagem enquanto uma profissão com suas próprias características, esforçou-se para evidenciar “o que é e o que não é enfermagem”, enfatizando não só a necessidade, mas principalmente a possibilidade de preparo e formação sistemática para o exercício desta profissão.

Sua compreensão de doença como um esforço natural do organismo para a restauração da saúde, embasou toda a sistematização por ela proposta. Sob este paradigma, estabeleceu como base da assistência de enfermagem o favorecimento do processo de recuperação e reparação que o próprio organismo desenvolve, como uma capacidade latente que é acionada nas situações de agravo à saúde. Para a enfermagem estava dada a tarefa de instalar e manter todas as condições necessárias à boa evolução desse processo, através de ações para recuperar o organismo de doenças e mantê-lo em condições de não adoecer. Fica desse modo configurado como objeto da enfermagem o “cuidar do doente”.

Em relação à criança, as recomendações de Nightingale contidas nesta obra demonstram que detinha uma concepção preventiva, uma vez que não se refere aos cuidados com a criança doente, mas sim à criança sadia, em ambiente doméstico. Os fundamentos que propõe para o “cuidar da criança” assentam-se na noção de puericultura.

Embora no momento da elaboração e publicação de “Notas sobre Enfermagem” a profissão estivesse em seu marco inicial de sistematização profissional e constituição de um corpo específico de conhecimentos, já se faziam presentes na França, Alemanha e Inglaterra, desde o século XVIII, a idéia de uma política nacional de saúde adequada ao desenvolvimento crescente do comércio e à urbanização acelerada. A preocupação básica era controlar as doenças infecto-contagiosas e prevenir a mortalidade infantil com vistas a garantir um contingente populacional suficiente, tanto em quantidade como em vigor físico, para integrar a força de trabalho e proporcionar produtividade e prosperidade ao país. Desse modo, a perspectiva de Nightingale não estava desvinculada do contexto sócio-econômico e político-cultural em que se inseriam as ações de saúde.

A assistência à criança é apreendida por ela como prescrição de normas e regras de higiene e alimentação. Nightingale desenvolve como fundamentos da enfermagem, para a

assistência à criança, a noção de salubridade e de higiene. Um conhecimento portanto centrado mais no ambiente do que na própria criança

Destinado ao público em geral, mas especialmente às mulheres, mães de família, professoras e enfermeiras empregadas em residências ou hospitais, o conteúdo de “Notas sobre Enfermagem” indica que Florence detinha respeitável visão epidemiológica sobre a saúde e a doença, levando-se em conta que viveu num período em que a maioria das mulheres não participavam e não tinham acesso a esse tipo de saber.

Mães de família! as que assim falam por acaso sabem que nesta civilizada Inglaterra uma dentre cada sete crianças morrem antes de completar um ano de idade? Que em Londres duas em cinco morrem antes dos cinco anos de vida? Que nas outras grandes cidades da Inglaterra quase uma, dentre duas ? (NIGHTINGALE, 1989:16).

Nightingale concebia a saúde das crianças como o mais sensível indicador das condições sanitárias. Fez uma crítica à busca de solução para a elevada taxa de mortalidade infantil através da construção de hospitais infantis, apontando como causas de mortalidade a falta de higiene e limpeza, de ar puro, de técnicas de desinfecção e manutenção de higiene no ambiente doméstico.

Enfatizava a fragilidade do organismo infantil e a necessidade de disciplina em seus cuidados, sintetizando os fundamentos que a enfermeira deveria observar ao cuidar da criança,¹¹ que são basicamente os mesmos aplicados à saúde do adulto: **tudo quanto já se disse sobre assistência de enfermagem ao adulto aplica-se muito mais aos cuidados com a criança** (NIGHTINGALE, 1989:168). Suas recomendações portadoras de um tom rousseauiano, enfatizavam a alimentação, liberdade, proteção, utilização dos recursos

¹¹ Recomendava às enfermeiras que tivessem para com as crianças os seguintes cuidados: 1. Alimentar a criança desmamada várias vezes em pequenas quantidades e não em grandes volumes de cada vez; 2. Deixar a criança livre para movimentar-se e para brincar na medida de seu interesse, tomando precauções para afastá-la de perigos; 3. Não deixar a criança entediada, mas evitar excessos de preocupação com o entretenimento; 4. Conservar o ambiente sempre cheio de claridade natural e ventilação constante para renovação do ar, entretanto sem expor a criança a correntes de ar, especialmente se ela estiver doente; 5. Ter muita responsabilidade, uma vez que a saúde da criança depende da qualidade de sua assistência; 6. Manter a criança limpa, lavar todo o seu corpo, e não apenas os pés ou as mãos e o rosto, banhá-la de uma a duas vezes por dia e lavá-la sempre que urinar.

naturais, como ar, luz etc. Sua própria concepção de saúde e doença inspirava-se na natureza.

Segundo ROCHA (1990), no século XIX, quando Nightingale começa a organizar e institucionalizar a enfermagem, estavam presentes três movimentos importantes das práticas em saúde, os quais já vinham se constituindo anteriormente: a *medicina social*, principalmente relacionada à questão do espaço, do ambiente; a transformação do hospital em instrumento da *prática médica* e a *puericultura*, incorporada à prática médica, socializando a assistência preventiva à criança.

A enfermagem pediátrica nasce inserida nestes três movimentos, como uma prática não institucionalizada, voltada para a prevenção e promoção da saúde embora não caracterizada como especialidade, e em contradição com a enfermagem moderna, que tendia a institucionalizar-se. A criança, enquanto objeto de trabalho da enfermagem, foi apreendida do ponto de vista biológico e epidemiológico, como um ser frágil a ser protegido dos prejuízos advindos do ambiente. Entretanto, as ações recomendadas para sua assistência foram as mesmas recomendadas para as demais faixas etárias. Isto evidencia que naquele momento, dentro da preocupação em garantir sua saúde, a criança não era vista pela enfermagem em sua especificidade.

Por outro lado, era muito comum a prática de entregar a criança aos cuidados de outra criança, do sexo feminino. A descrição de Nightingale sobre o número de enfermeiras em atividade na Grã-Bretanha, com base no censo de 1851, evidencia que o cuidado cotidiano da criança sadia, no ambiente doméstico, era atribuído apenas a pessoas do sexo feminino, inclusive a crianças. Naquele ano, entre as 39.139 pessoas que classificaram-se como enfermeiras nos serviços domésticos, 508 eram menores de cinco anos de idade, 7.259 tinham dez anos e 10.355, quinze anos de idade, ou seja, cerca de 46% era menor de quinze anos de idade. Esta descrição leva a crer que esse contingente de

meninas em trabalho no círculo doméstico estava desempenhando a tarefa de cuidar de crianças, a qual era considerada também enfermagem:

(...) a palavra *enfermeira* é usada indiscriminadamente para enfermeiras amadoras e para as profissionais. Porque além das enfermeiras que cuidam de doentes e de crianças, cujos números são aqui apresentados, há amigos e parentes que temporariamente se encarregam de uma pessoa doente, assim como as mães de famílias (NIGHTINGALE, 1989:150).

Embora os relatos históricos indiquem que no século XVII a criança começa a emergir como ser socialmente importante, na segunda metade do século XIX cuidar dela e assisti-la era considerada tarefa menos importante, sendo feita por mulheres e outras crianças, caracterizando-se como atividade de enfermagem.¹²

A enfermagem moderna caracterizou-se pela diferenciação dos níveis de atividades e pelo predomínio do trabalho da mulher. A existência histórica da designação das atividades como masculinas ou femininas está relacionada à diferença de prestígio entre elas. A divisão (sexual) de funções fundamenta-se em fatores biológicos, os quais determinam diferentes capacidades no homem e na mulher. Diante disso às mulheres são atribuídas tarefas que exigem pouco dispêndio muscular e força física, ao mesmo tempo consideradas inferiores, dotadas de desprestígio e socialmente insignificantes.

Embora as mulheres nunca estivessem ausentes do mundo do trabalho, as tarefas que através dos tempos sucessivamente realizaram, sempre tiveram menor prestígio que as destinadas ao sexo masculino (...). Sobrecarregadas por atividades como o cuidado com as crianças e com a casa (pouco valorizadas socialmente), não sobrou a elas (e não sobra de modo geral) tempo para *criarem cultura*. (SILVA, 1986: 56-7).

Carregando em sua profissionalização esta contradição e definida historicamente como profissão feminina, a enfermagem ocupa *status* inferior ao de profissões consideradas masculinas na sociedade ocidental. Diante disso, o trabalho da enfermeira

¹² Ainda na atualidade é muito comum, nas classes média e alta, a contratação de pessoas do gênero feminino, sob a denominação de “enfermeiras” para o trabalho de cuidar de bebês e crianças pequenas. Também a figura da “babá” é muito mais associada a meninas e adolescentes das classes baixas que cuidam de criança do que a pessoas de outras faixas etárias ou do gênero masculino. Por outro lado, em todas as classes sociais, no âmbito doméstico é muito comum que o cuidado de crianças menores seja atribuído a crianças maiores.

não é desprestigiado por ser feminino, mas é feminino por ser desprestigiado (SILVA, 1986:57).

Do mesmo modo, o cuidado da criança foi designado às mulheres por ser socialmente desprestigiado. Reforça-se, então, o duplo desprestígio da tarefa de cuidar da criança: porque é majoritariamente desempenhada por mulheres e, porque sendo atividade do âmbito doméstico, quando exercida fora deste âmbito é associada à enfermagem, profissão socialmente desprestigiada. Além disso, no âmbito das tarefas femininas, é atribuída em maior escala às meninas do que às mulheres adultas.

Com as transformações que modificaram a noção da sociedade sobre a criança, conferindo-lhe importância e destinando-lhe um espaço privilegiado, surge um novo comportamento em relação a ela, expresso pelas novas maneiras que se adotavam para sua proteção, como já foi descrito no capítulo anterior.

Embora a pediatria tenha surgido como especialidade em 1782, num contexto em que a medicina, estava sendo institucionalizada e o hospital tornava-se um espaço de cura, só em 1802, em Paris, é que surge o primeiro hospital infantil. A seguir surge o primeiro hospital infantil da Inglaterra e, em 1855, o primeiro dos Estados Unidos. Simultaneamente, criam-se nos hospitais gerais alas especialmente destinadas às crianças (WAECHTER & BLAKE, 1979).

A criação destes hospitais origina a necessidade de enfermeiras com conhecimentos especiais para a assistência à criança, principalmente depois que as escolas de medicina, por volta de 1888, instituíram e firmaram em seus cursos o departamento de pediatria, caracterizando-se esta como uma especialidade. Tal fato repercutiu diretamente na formação das enfermeiras, tornando-se compulsório em seus currículos o ensino de enfermagem pediátrica. Assim, a origem oficial da enfermagem pediátrica, dentro da

enfermagem moderna e profissional, ocorre simultaneamente à da pediatria, nos moldes da assistência hospitalar institucionalizada, com caráter complementar dessa assistência.

Os registros sobre o conhecimento de enfermagem pediátrica até as primeiras décadas do século XX são escassos. Os relatos históricos posteriores indicam a ausência de preocupações no que se refere à especificidade infantil, sendo que o norte das ações de enfermagem era dado pelo referencial da bacteriologia, principalmente na relação causa efeito entre microrganismos e infecção. As atenções se voltavam para as doenças transmissíveis e a hospitalização servia como meio de promover o isolamento da criança (ROCHA, 1990: 39). A partir da criação dos hospitais pediátricos até a década de 30, no século XX, diferentemente da proposta inicial de Nightingale que enfatizava as ações preventivas para a saúde da criança, a enfermagem pediátrica tomou outro rumo, restringindo-se predominantemente ao âmbito hospitalar, assentando-se em condutas rígidas, baseadas na natureza da doença, geralmente incluindo isolamento e repouso no leito (WAECHTER & BLAKE, 1979).

O capitalismo industrial estimulou o desenvolvimento científico de um modo geral, inclusive no setor da saúde. Em curtos espaços de tempo foram alcançados progressos significativos como, por exemplo, as teorias bacteriológicas de Pasteur e Koch (1870-1880). Neste período, denominado de “era bacteriológica”, as ações e políticas de saúde eram pautadas pelo entendimento da doença como um processo coletivo mas de tratamento individual, através de técnicas de isolamento e sob olhares vigilantes. Quando ocorre a descoberta por Snow, em 1854, da transmissão viral de cólera por águas pluviais contaminadas com fezes, abrem-se as portas para a epidemiologia, o saneamento e a prevenção. Os serviços de saúde, então, voltam-se para o controle epidemiológico da população, prescrevendo e ditando normas para garantir e fortalecer o sistema de produção vigente.

Sob este recorte, a enfermeira enxergava a criança do mesmo modo que via o adulto, ou seja, do ponto de vista biológico, epidemiológico. Este modelo não lhe permitia perceber a criança para além de mais um elemento da cadeia epidemiológica. A preocupação centralizava-se na fragilidade da criança frente às infecções e na necessidade de protegê-la e tratá-la diante do difícil quadro nosológico. Outras vezes era apreendida como a própria “doença”, sendo mantida afastada para não causar contaminação. Esta compreensão refletia a política de saúde vigente, centrada no combate à elevada morbidade e mortalidade por doenças transmissíveis, diarreia, infecções respiratórias e outras, onde o primordial era salvar vidas, não havendo espaço nem interesse para um “olhar” mais atento à criança.

Na década de 40 a enfermagem busca reorientar sua prática com relação à criança, através da utilização de outro referencial que possibilitasse ver a criança de modo um pouco mais ampliado, incluindo, por exemplo as questões psico-pedagógicas, especialmente no que se refere à criança hospitalizada. O estudo do crescimento e desenvolvimento, da formação da personalidade e especificidades das faixas etárias passa a fazer parte da formação da enfermeira, com um recorte intelectual assentado na psicologia, do ponto de vista do comportamento e das relações entre criança, família e equipe de saúde, notadamente com referências a Freud, Jung e Adler (ROCHA, 1990: 46- 60).

ROCHA (1990) demonstra que do final do século XIX até o final da década de 40, no século XX, ocorre uma modificação do recorte intelectual utilizado pela enfermagem em seu processo de trabalho para apreender a criança. A princípio, o contexto colocava a necessidade de controle das doenças transmissíveis em escala social e, para o atendimento desta necessidade, desenvolvia-se um trabalho assentado na concepção de doença como um fenômeno coletivo. Neste enfoque, os instrumentos utilizados objetivavam a higiene do corpo, do meio ambiente e da alimentação. Com o surgimento da microbiologia alteram-se

o recorte intelectual e os instrumentos de trabalho, passando a buscar-se o controle de doenças coletivas nos corpos individuais, através da hospitalização e do isolamento.

Nas primeiras décadas do século XX, com o crescimento da hospitalização como parte da prática terapêutica e o aumento da demanda por este tipo de assistência, a enfermagem tende a assentar-se nos princípios da racionalidade científica do trabalho. As propostas básicas de Taylor para o aumento da produção e da eficiência operacional, juntamente aos princípios de organização e funcionamento de Fayol, são aplicados ao setor produtivo de um modo geral, a fim de aumentar a produtividade com economia de tempo, esforço e recursos materiais (KURCGANT, 1991: 5-13). Estes princípios são incorporados pelo setor saúde, o qual passa a ter como diretrizes básicas a racionalidade do serviço, a redução dos gastos e o aumento da eficiência. Nesse modelo administrativo e organizacional, a enfermagem é amplamente absorvida como mão-de-obra, desenvolvendo uma prática profissional voltada para os princípios de Taylor e Fayol.

Torna-se então evidente que nem a enfermagem tradicional nem a moderna elaboraram instrumentos próprios para a apreensão de seu objeto, uma vez que na transição de uma para outra **não se observam condições históricas de possibilidades teóricas, mas sim de institucionalização e disciplinamento. Na moderna não há produção de conhecimentos teóricos, mas produção de princípios de organização que foram buscados também em Fayol** (ALMEIDA & ROCHA, 1986: 56).

A partir deste modelo, produzem-se as técnicas de enfermagem como um corpo de conhecimentos específicos da profissão e como instrumentos de trabalho. O saber representado pelas técnicas de enfermagem, produzidas em função da disciplina do tempo e da execução das ações, responde à estrutura hospitalar instituída na persecução da racionalidade econômica, ou seja, maior produção e menos gastos (Tragtenberg apud ALMEIDA & ROCHA, 1986:57).

A assistência à saúde da criança torna-se cada vez mais especializada e diferenciada. A perspectiva organizacional de Fayol, também denominada de anatomista e fisiologista em função da divisão estrutural e funcional que propõe, é cada vez mais acentuada na área da saúde. A medicalização e industrialização da medicina interferem diretamente na prática pediátrica e na forma de assistência oferecida, que torna-se predominantemente hospitalar. Constroem-se grandes hospitais, o parto passa a ser predominantemente hospitalar, instalam-se berçários, lactários, clínicas pediátricas especializadas, aumentando a necessidade de recursos humanos de enfermagem para integrar e complementar este modelo de assistência. A prática de enfermagem pediátrica volta-se para a área hospitalar e a enfermeira torna-se elemento de administração e liderança nesse processo, afastando-se da assistência direta à criança, a qual é desenvolvida predominantemente pelos ocupacionais de enfermagem (FREITAS, 1990: 17).

Desse modo, a apreensão da criança enquanto objeto de trabalho da enfermeira dá-se pela via técnico-administrativa, sofrendo o recorte da acentuada especialização da prática pediátrica, tornando-se fragmentada em função do nível cada vez mais crescente desta especialização. O desenvolvimento e domínio das técnicas de enfermagem visa atender às exigências colocadas por este contexto. Os conhecimentos de enfermagem pediátrica que progridem são, entre outros, os relacionados às técnicas de medicação parenteral, hemoterapia e hidratação endovenosa. Estes conhecimentos são desenvolvidos dentro do referencial da epidemiologia e da patologia anátomo-fisiológica, refletindo o instrumental teórico da área de saúde como um todo, especialmente da prática médica (ROCHA, 1990: 47-64).

Outro elemento importante que influenciou na elaboração e desenvolvimento das técnicas enquanto um corpo específico de conhecimentos de enfermagem, foi a busca da cientificização da profissão. Antes da década de 50 a enfermagem era vista como

acientífica. No início desta década começa a surgir a preocupação em estabelecer certos princípios científicos os quais deveriam embasar a prática de enfermagem, no sentido de conferir-lhe um cunho científico e eliminar sua caracterização como um conjunto de ações baseadas na intuição (ALMEIDA e ROCHA, 1986).

Surge em 1959, na Escola de Enfermagem da Universidade de Washington, o estudo e a elaboração dos princípios científicos de enfermagem, expressos na obra *Princípios científicos aplicados à enfermagem*. Os princípios, baseados principalmente nas ciências naturais, anatomia, fisiologia, microbiologia, patologia, física e química tornaram-se a base da normatização das ações de enfermagem, ocupando o *status* de leis, doutrinas e verdades. Este saber sobressaiu-se principalmente na década 60.

Ao final dos anos 60 e por toda a década de 70, elabora-se a crítica do saber embasado nos princípios científicos, sendo este considerado dependente de outras áreas do conhecimento, desprovido de natureza específica e, portanto, incapaz de conferir à enfermagem um corpo próprio de conhecimentos e um instrumental que lhe permita definir-se como um saber autônomo no campo da saúde (ALMEIDA, 1984). Desta crítica origina-se o instrumental teórico denominado de *teorias de enfermagem*, o qual atravessa os anos 70 e 80, chegando ao final dos anos 90 como a expressão mais recente e dominante no campo teórico da enfermagem ocidental.

As teorias de enfermagem originam-se nos Estados Unidos e difundem-se, principalmente, através das escolas de enfermagem. No Brasil, a principal referência em teorias de enfermagem é Wanda de Aguiar Horta, idealizadora da *Teoria das necessidades humanas básicas*. A referida autora desenvolveu uma metodologia de assistência denominada *Processo de enfermagem*, tendo também editado, pela primeira vez em 1979, a obra com esta mesma denominação, onde apresenta e descreve sua proposta teórica e o método que nela se embasa. Por ter sido elaborada por uma brasileira, embora também

sejam abordadas as demais, esta teoria ainda hoje tem recebido especial destaque na graduação em enfermagem nas escolas de todo o país.

Mesmo sendo considerado como o mais recente e mais elaborado corpo de conhecimentos próprios da enfermagem, as teorias de enfermagem têm sido objeto de críticas. Analisando estas teorias, ALMEIDA (1984) conclui que muitas delas ocupam-se mais em formalizar a organização das ações de enfermagem para a prestação do cuidado do que propriamente em teorizar sobre o cuidado. Outra crítica que a autora faz é a de que tratam do ser humano de forma generalizada, abstrata e a-histórica e, mesmo quando fundamentam-se no ponto de vista social, adotam uma visão funcionalista, que dificulta a compreensão do processo saúde/doença e da enfermagem na totalidade social.

Ainda, segundo a autora, no intuito de compreender o homem em sua integralidade, as teorias buscam afastar-se do saber fundamentado predominantemente nos conhecimentos da biologia, fisiologia, anatomia, química e medicina, mas o máximo que conseguem é substituí-los pelos fundamentos da psicologia e sociologia. Por outro lado guardam uma contradição, já que destinam-se a ser desenvolvidas pelo profissional com graduação em enfermagem, sendo que, na realidade, as ações são desenvolvidas em sua maior parte pelo pessoal de enfermagem de nível médio.

Assim sendo, este saber está voltado mais para um projeto ideológico de cientificismo e autonomia da enfermagem (ALMEIDA, 1984: 155).

A enfermagem no Brasil e a criança como seu objeto de assistência

O desenvolvimento da enfermagem no Brasil pode ser periodizado, segundo GEOVANINI (1995), em três momentos: organização da enfermagem na sociedade brasileira; desenvolvimento da educação em enfermagem; enfermagem moderna no Brasil.

A enfermagem organiza-se na sociedade brasileira no período colonial, assentado na economia de exportação de gêneros tropicais para o comércio europeu e na mão-de-obra dos escravos. Tanto na Colônia como no Império predominavam práticas de enfermagem rudimentares que não constituíam atribuição de um profissional em particular, sendo exercidas por escravos, mães de família, jesuítas e irmãs de caridade. A influência da Igreja Católica era marcante e imprimia forte determinação religiosa na enfermagem tradicional, ou pré-profissional, que existia então.

A modificação do quadro nosológico, a partir das doenças infecto-contagiosas introduzidas pelos colonizadores, originou epidemias responsáveis pela dizimação de grande quantidade da população nativa. Esse quadro, associado à escassez de profissionais, colaborou para a proliferação do curandeirismo e da arte de curar praticada por leigos, configurando-se numa mistura de tirocínio, ciência e credice (GEOVANINI, 1995).

Posteriormente, sob a influência dos jesuítas, a assistência aos doentes era prestada de forma precária por religiosos, voluntários e escravos, em instituições geralmente filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, fundadas a partir de 1543 e também nos hospitais militares, posteriormente. Estas práticas atravessam o século XVIII sem grandes alterações permanecendo presentes inclusive no transcurso do século XIX.

A primeira escola de formação de pessoal de enfermagem no Brasil, foi criada pelo governo, junto ao Hospital Nacional de Alienados, do Ministério dos Negócios do Interior em 1890, com a finalidade de atender hospitais civis e militares. Foi denominada de Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, passando depois a constituir a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencente hoje à Universidade do Rio de Janeiro. Apesar de já existir o sistema Nightingale, esta escola contrariava seus princípios, pois o curso era ministrado por médicos e para a admissão exigia-se apenas que o candidato fosse alfabetizado e tivesse noções de aritmética (DI ARAÚJO et al., 1975). Nestes mesmos

moldes surgem, ainda no século XIX, a Escola das Forças Armadas e a Escola da Cruz Vermelha Brasileira.

No início do século XX ocorreu uma sensível prosperidade industrial no Brasil, com expressivo aumento populacional e de unidades fabris. No setor saúde, embora tenham sido incrementados os conhecimentos científicos, com a criação de centros e institutos de pesquisa na área de doenças infecto-contagiosas, isto não foi suficiente para dar respostas satisfatórias aos graves problemas, uma vez que as condições de vida eram muito ruins e as doenças de massa assumiam proporções cada vez mais crescentes. Neste período, a enfermagem passa a caracterizar-se pela coexistência tanto de práticas empíricas dominadas pela religião, como por uma enfermagem laica em busca de cientificidade (SILVA, 1986).

Com o Movimento Revolucionário de 30, consuma-se a falência da República oligárquica, que já vinha se enfraquecendo desde a década anterior. Com a propagação rápida das doenças infecto-contagiosas introduzidas no país pelos europeus e escravos africanos, a questão da saúde passa a representar um problema econômico-social. O serviço de Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro era deficiente e não tinha controle daquelas doenças, sendo este porto sua principal porta de entrada.

O agravamento das condições sanitárias, inclusive nos principais centros urbanos do país, ameaçava os interesses econômicos de expansão comercial, principalmente do ponto de vista do intercâmbio comercial. As pressões externas levam o Governo brasileiro a assumir a assistência à saúde, sendo criados então serviços de vigilância e controle mais rigoroso dos portos. Em 1920, com a finalidade de reorganizar os serviços de saúde, criou-se, através da Reforma Carlos Chagas, o Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP.

A incipiência do processo de secularização e medicalização da assistência à saúde na América Latina, desperta o interesse dos Estados Unidos em fomentar a expansão de programas de ensino de enfermagem neste continente. O Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller patrocina, então, o projeto de organização do serviço de Enfermagem em Saúde Pública no Brasil. Através de acordo com o governo brasileiro, na pessoa do diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, Carlos Chagas, o governo americano manda para cá enfermeiras norte-americanas, com a tarefa de organizar a primeira escola de Enfermagem dentro do modelo americano, o qual havia feito uma adaptação do modelo nightingaleano. Organiza-se então, em 1923, a Escola de Enfermagem Anna Nery, hoje pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro (SILVA, 1986; GEOVANINI, 1995). As demais escolas de enfermagem criadas no Brasil passaram a seguir o padrão da escola Anna Nery.

O propósito desta escola era oferecer uma formação profissional capaz de interferir no difícil quadro sanitário da época. A princípio estes profissionais participaram de programas de combate a endemias, mas com o avanço do capitalismo e o crescimento da assistência curativa hospitalar, passam a compor os quadros do setor privado.

Os conhecimentos de enfermagem produzidos nos Estados Unidos tornam-se, assim, matéria para a formação das enfermeiras nas Escolas de Enfermagem no Brasil, repercutindo também na enfermagem pediátrica, com uma formação enviesada, embasada em conhecimentos que não possibilitam captar e compreender a especificidade da criança brasileira.

Nos anos 40 há um evidente processo de concentração das enfermeiras em instituições hospitalares, o qual persiste e amplia-se nas décadas subsequentes como reflexo do privilégio da atenção médica e o recuo da política sanitária. As décadas de 40 e 50 marcam a consolidação da enfermagem enquanto profissão, com a expansão de sua

formação profissional, visando atender à demanda criada pela urbanização acelerada e pelo processo de modernização crescente dos hospitais. (SILVA, 1986:80-7). Em 1942 é criada a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Em 1947 aconteceu o I Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn) e em 1949 foi promulgada a Lei 775/49 que dispõe sobre o ensino de enfermagem no país, regulamentando os cursos existentes.

Na década de 50 o modelo econômico que privilegiava de modo crescente o capital estrangeiro, inaugurando uma nova etapa no capitalismo brasileiro. Com o golpe de Estado de 1964, o país mergulha num regime autoritário, repressivo, centralizador, controlador e concentrador de renda, consolidado-se uma nova fase no capitalismo brasileiro.

O vertiginoso crescimento industrial, a instalação de grandes complexos econômicos multinacionais e o desenvolvimento tecnológico em nada beneficiaram as condições de vida e saúde da população. Pelo contrário, estas se agravaram pelas mesmas razões de antes, ou seja, contínuo e desordenado crescimento urbano combinado com a ausência de infra-estrutura.

Especialmente após 1967, as questões sociais passam a ser encaradas pelo governo do ponto de vista da ordem e da segurança nacional. Com a ampliação do poder de intervenção estatal e a grande centralização política e financeira, o atendimento à saúde da população passou a ser prestado pelo setor privado, instalando-se uma mercantilização e empresariamento sem precedentes dos serviços de saúde. A educação sanitária perde espaço. O Sistema Nacional de Saúde comanda todas as ações buscando uma racionalidade na qual a educação e a saúde são vistas como bens de consumo. A saúde é tomada pela doença, transformando-se em mercadoria (FREITAG, 1977). Implanta-se uma série de reformas administrativas, econômicas e financeiras simultaneamente ao investimento maciço em telecomunicações, redes viárias, energia elétrica e nuclear, exploração de petróleo, construção naval, aeronáutica e indústria bélica. Como ressalta GEOVANINI

(1995) estas modificações repercutem na formação do profissional de enfermagem e os currículos, que até a década de 60 enfatizavam a saúde pública, passaram a privilegiar o ensino especializado e a assistência curativa.

Após a implantação do Estado burocrático-autoritário (1964-1968), ocorre a fase do “milagre brasileiro” (1968-1973), quando instala-se no país um clima de euforia e otimismo. Neste período, a enfermagem brasileira é marcada por fatos importantes como a passagem para o nível de ensino superior, no início da década de 60, o surgimento, em 1972, do novo currículo mínimo e, em 1979, do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEEn), criado pela Associação Brasileira de Enfermagem a fim de promover e incentivar a produção de pesquisas. Em atendimento às exigências da Reforma Universitária de 1968, são criados os cursos de pós-graduação em enfermagem no Brasil, o que contribui para colocar a profissão na trilha da cientificização, abrindo caminho para o advento de especialistas e o fortalecimento de determinadas áreas de atuação, principalmente a médico-cirúrgica e a administração de serviços em unidades de saúde. A pós-graduação se acelera, mas é nas categorias auxiliares que se concentra o desempenho de atividades de atenção primária, enquanto os profissionais com curso superior assumem funções relacionadas à capacitação, coordenação e supervisão dos profissionais de nível médio (SILVA, 1986).

A crescente sofisticação e individualização da assistência médica, acompanhada da utilização de equipamentos que exigem pessoal qualificado para seu manejo, ao lado da ampliação das especialidades médicas, colaboram para a prática da enfermagem pediátrica firmar-se predominantemente no hospital, com a aplicação prática de técnicas cada vez mais sofisticadas, atendendo ao novo modelo de saúde e de prática médica (ROCHA, 1990). A sofisticação do ato médico exigiu cada vez habilidades mais diferenciadas dos demais trabalhadores do setor saúde, particularmente os de enfermagem, fortalecendo o

enfoque na assistência curativa, tanto dos cursos de graduação, como de pós-graduação (GEOVANINI, 1995).

Desde o surgimento da enfermagem moderna há uma divisão técnica e também social de seu trabalho, que se manifesta através da presença de categorias bem delimitadas: as *enfermeiras* e os *ocupacionais de enfermagem*. Esta divisão acentua-se à medida que avança o capitalismo monopolista, culminando na diversificação e surgimento, no interior da categoria, de especialidades como a enfermagem de saúde pública, médico-cirúrgica, obstétrica e pediátrica. A consequência destas transformações, na prática da enfermagem, dá continuidade ao processo histórico da constituição de seu objeto de trabalho, o cuidado direto ao doente, que deixa de ser o núcleo de ação da enfermeira a partir de sua fragmentação entre as diversas categorias surgidas na passagem da enfermagem tradicional para a enfermagem moderna. Se antes constituía-se do cuidado direto ao paciente, agora passa a ser tanto o cuidado direto como o indireto (controle e supervisão dentro do modelo gerencial taylorista), com a predominância deste último. Às demais categorias (técnicos e auxiliares de enfermagem) fica a incumbência de lidar diretamente com o paciente (SILVA, 1986; ROCHA, 1990).

A partir de 1973, o país é marcado pela elevação da dívida externa, acompanhada da crescente exploração da força de trabalho, pelo desemprego e pela retração dos setores produtivos. Ocorre no setor saúde o fenômeno que foi denominado de “crise da saúde”. Em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social cujo eixo primordial é a racionalização dos serviços e a diminuição dos gastos com atenção à saúde da população (SILVA, 1986). Esta iniciativa vem favorecer o setor privado, através do sistema de convênios e credenciamentos, o que promove o crescimento da produção de serviços privados e uma onda incontrolável de corrupção e desmandos no setor da saúde. Na segunda metade dos anos 70, com o agravamento da crise econômica e de poder político,

as condições de vida da população tornam-se extremamente deterioradas, os índices de mortalidade e morbidade elevados, ocorrendo epidemias em todo o país.

No final dos anos 70 inicia-se no país um período de redemocratização. A partir de 1978 surgem propostas para a substituição do modelo de assistência médico-hospitalar vigente, que já se mostrava insustentável. Na área da saúde busca-se estabelecer uma efetiva reforma sanitária que realmente pudesse oferecer melhores serviços. Na área da criança é lançado, através do Ministério da Saúde, o Programa de Saúde Materno-Infantil. Sua origem foi justificada pela elevada taxa de morbidade e mortalidade de crianças, especialmente as menores de um ano de idade. A criação do referido programa veio como uma alternativa para a solução do caótico quadro existente, contribuindo para a racionalização dos serviços de atendimento à criança e diminuição dos gastos com internações por causas evitáveis e doenças imunopreveníveis. O alvo do programa foi a população materna e as crianças menores de cinco anos de idade.¹³

Nos anos 80, as iniciativas que surgem têm a finalidade de dar continuidade ao processo de racionalização das ações de saúde e contenção das despesas, visando expandir a cobertura proporcionada pelos serviços à maior parcela da população. Nesse sentido, surgem duas instâncias importantes, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária - CONASP, em 1982, e as Ações Integradas de Saúde - AIS, em 1984. Ambos tinham como tarefa fundamental corrigir distorções básicas do sistema de saúde objetivando, principalmente, reduzir os gastos com este setor. Para isto, propõe-se a estratégia de integração dos programas nos níveis federal, estadual e municipal, sob os princípios da universalização, descentralização e hierarquização dos serviços.

¹³ As principais linhas de ação eram: estímulo ao aleitamento materno, suplementação alimentar para o aleitamento materno não efetivo, acompanhamento e controle do crescimento e desenvolvimento, imunização, prevenção de doenças infecto-contagiosas e parasitárias e assistência odontológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1974).

O modelo das AIS apresentava características favoráveis à atuação do pessoal de enfermagem tais como o cuidado integral à saúde; o uso de tecnologias simplificadas e apropriadas ao auto-cuidado; a orientação da clientela baseada na análise global da situações e o trabalho integrado entre profissionais de saúde, clientes e grupos da comunidade local. Todos estes aspectos são altamente positivos para o desenvolvimento das ações de enfermagem, mas, na prática, não se efetivaram devido à exclusão do pessoal de enfermagem e inclusão do “agente de saúde” para desempenhar as suas funções (CASTRO, 1988).

Em 1984, o Ministério da Saúde apresenta, dentro da proposta de expansão e consolidação dos serviços básicos de saúde, as Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Criança¹⁴, voltadas para a população com menos de cinco anos de idade. Estas ações foram desenvolvidas através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). A diferença entre o Programa de Saúde Materno-Infantil (que existia antes) e o PAISC é a definição e direcionamento de ações de assistência à criança e ações de assistência à mãe. Já não há mais um único objeto denominado de materno-infantil, mas ações específicas direcionadas à saúde da criança e à saúde da mulher, desenvolvidas em dois programas separados, o PAISC, para a criança e o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) para a mulher. Estes dois programas, contendo bases programáticas e ações diferenciadas, foram gestados com a proposta de implementação de forma integrada, embora na prática isto nem sempre tenha acontecido.

Esta diferenciação resulta do crescente ingresso da mulher no mercado de trabalho e de sua participação em movimentos organizados, na luta pelo atendimento de suas necessidades específicas, enquanto mulher trabalhadora. A importância crescente da

¹⁴ Este programa compunha-se de cinco eixos principais: aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; imunização; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; assistência e controle das infecções respiratórias agudas; controle das doenças diarreicas, este posteriormente ampliado pela introdução

mulher, enquanto força produtiva disponível e atuante, originou a necessidade de prevenção e preservação de sua saúde, de modo particularizado.

Segundo MARQUES (s/d) o destaque dado pelas instituições governamentais ao segmento materno-infantil não se limita ao Brasil, mas configura-se como um projeto existente a nível internacional, que se caracteriza como uma doutrina correspondente às formações sociais capitalistas, podendo ser denominada de movimento de Proteção Materno-Infantil. Este movimento diferencia-se em variados programas, nos diversos países do terceiro mundo, cuja proposta assenta-se no enfoque epidemiológico da multicausalidade não chegando a atingir as questões sociais mais graves, que são a verdadeira causa dos problemas que atingem o segmento materno-infantil. Na verdade, o que este movimento objetivou foi a racionalização das ações e a normatização das condutas de seus agentes para a promoção de uma “consciência sanitária”, visando modificar e disciplinar seus hábitos e condutas no que se refere às questões de saúde e doença.

A implantação do PAISC e do PAISM ocorreu em diversos municípios do país, sendo que a equipe de saúde que desenvolveria o trabalho recebia antes um treinamento específico, no sentido de viabilizar a implantação efetiva do programa. Em outros, no entanto, onde as condições de vida e saúde, tanto da mulher como da criança, são muitíssimo precárias, estes programas nunca chegaram.

Em março de 1986, ano que ficou marcado pela ocorrência de novas formas de enfrentamento dos problemas nacionais, inclusive os de saúde, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, que mobilizou mais de 4 mil pessoas em todo o país e passou a representar um marco importante na história do setor saúde no Brasil. Esta

conferência abrigou um amplo processo de discussão sobre os principais problemas da saúde brasileira, envolvendo diversos setores organizados da sociedade civil.

A partir do conceito de saúde coletiva e alicerçado na estratégia de promover a consciência sanitária, não só entre os profissionais de saúde, mas também entre usuários do sistema, visto que ambos estavam sujeitos às mesmas causas que afetavam, de um lado, o processo de trabalho e, de outro, o binômio saúde/doença, o movimento da Reforma Sanitária debateu-se em torno da proposta de um sistema único de saúde, público, socializado, universal, integrado e planejado de acordo com as demandas existentes, utilizando de forma hierarquizada e regionalizada os recursos disponíveis. Os pressupostos do movimento reformista, em prol da universalização e da igualdade do direito à saúde, foram discutidos e consubstanciados no mais amplo e democrático fórum de representação política e social ocorrido no país, a VIII Conferência Nacional de saúde (março/86) (GEOVANINI, 1995:29).

Em setembro de 1986 ocorreu outro evento marcante para o setor saúde — a instalação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Esta foi formada por 24 membros, sendo metade representantes do governo e metade representantes da sociedade civil. Também em setembro daquele ano, realizou-se o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, onde os profissionais da área reafirmaram sua unidade em torno da defesa das propostas geradas na VIII CNS (CASTRO, 1988).

Da VIII CNS nasceram diretrizes orientadoras da elaboração do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), instituído em 1987. O SUDS trouxe, como pressupostos básicos, a universalização, equalização, hierarquização e descentralização dos serviços públicos de saúde, nos níveis federal, estadual e municipal, além de outras conquistas referendadas na Constituição Brasileira, como por exemplo o direito do cidadão de participar do processo de controle dos serviços e dos Conselhos de Saúde, através de representação.

Em 1988 o SUDS é transformado em Sistema Único de Saúde (SUS). Criam-se os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde objetivando garantir um canal de participação

dos setores organizados da sociedade civil na definição, acompanhamento, planejamento, fiscalização e implementação da política de saúde do país.

O novo modelo procura reforçar as ações preventivas, expandindo todos os programas já existentes, principalmente o PAISC. No interior do PAISC são reforçadas as ações educativas, absorvendo a enfermeira como pedra angular neste processo. As reformulações colocadas pelo novo modelo implicam na redefinição, tanto da prática de enfermagem nos serviços como da sua formação profissional, em todos os níveis. As ações desenvolvidas pela enfermeira, entretanto, reduzem-se à aplicação e implementação dos novos métodos de trabalho, adequando sua prática profissional às necessidades colocadas pelo novo modelo de assistência à criança. DUPAS (1991), em estudo sobre a adequação do ensino de enfermagem à prática profissional do enfermeiro, no que se refere à assistência à criança, afirma que **os programas de ensino têm seguido as políticas de saúde implementadas pelo Estado e a demanda do mercado de trabalho, que a cada dia prezam mais o capitalismo, ficando a reflexão sobre os reais objetivos dessa programação, no caso as necessidades gritantes da população, em segundo plano** (p. 11).

A implantação e implementação do PAISC oportunizou à enfermagem ampla área de atuação, ampliando-se o seu espaço em conformidade com o novo modelo de assistência à saúde, no qual uma das estratégias para racionalizar os custos

... é a utilização de vários agentes constituindo o trabalhador coletivo, complementando e às vezes substituindo o médico, preservando o ato médico individual naquilo que ele é indispensável. O serviço da enfermeira é amplamente utilizado na imunização, na educação em saúde, em tarefas complementares ao ato médico como mensurações antropométricas e de sinais vitais, acompanhamento de casos de desnutrição, terapia de reidratação oral e doenças respiratórias em crianças (ROCHA, 1990:89).

Desta forma, o crescimento da atuação da enfermeira na assistência à saúde da criança não se faz acompanhar da modificação no modo como apreende a criança, enquanto seu objeto de trabalho. Sua prática junto à criança intensifica-se através do

PAISC, entretanto, não passa pela constatação da historicidade e concretude da criança, mas pela consolidação de uma nova política de saúde, que tenta ir aos poucos substituindo o modelo de assistência e diminuindo a complexidade não só dos serviços, como também do quadro profissional que neles atua.

O processo de trabalho em saúde coletiva, nos programas de proteção e assistência à criança, oferece uma maior oportunidade para a enfermagem atuar. Entretanto, a enfermagem limita-se a reproduzir a normatização e a padronização de características do desenvolvimento, perdendo a oportunidade de visualizar seu objeto de trabalho com determinações mais concretas como as relacionadas às condições de existência da criança. (ROCHA, 1990:98).

Observa-se que na década de 80, às custas de constantes lutas, ocorreram ganhos significativos para o setor saúde, bem como para outros setores da sociedade. Esta pode ser configurada como uma etapa transitória, tanto do ponto de vista político como econômico, no qual a sociedade regida pelo regime militar nas décadas de 60 e 70 e por um modelo de desenvolvimento acelerado, vai conhecendo aos poucos a democracia e o privilegiamento do modelo neo-liberal. Com o modelo neo-liberal instalam-se diversas medidas recessivas e o país conhece uma das piores crises de sua história. Na década de 90 expressam-se os resultados do novo modelo em todos os setores da sociedade, quando o Estado vai se desobrigando da manutenção da assistência pública nos diversos setores, e a iniciativa privada ganha terreno de forma assustadora. GEOVANINI (1995:30) descreve bem a repercussão desta política no campo da saúde:

O sucateamento da rede pública de saúde chegou ao auge, e a iniciativa privada passou a responder por mais de 80% da prestação de serviços de saúde no país, num antagonismo total aos preceitos constitucionais que prevêm a complementaridade do setor público pelo setor privado. Nesta contenda, certificamo-nos de que quem atua de forma complementar é o setor público, já que este responde por menos de 20% do oferecimento de serviços de saúde no Brasil, numa relação desigual com a rede privada de serviços, a qual, cada vez mais, através da prática da medicina de grupo, gradativa e ostensivamente, vem dominando todo o sistema de saúde brasileiro (...).

Em agosto de 1992, durante o governo Collor, num clima de crise política e ética e após vários adiamentos, acontece a IX Conferência Nacional de Saúde. O tema principal

girou em torno da questão da municipalização da saúde, desdobrando-se em seus diversos aspectos¹⁵.

Analisando as alternativas colocadas para a enfermagem neste contexto da década de 90, GEOVANINI (1995) afirma que identificam-se na enfermagem duas tendências. Por um lado, um grande contingente de profissionais busca especializar-se cada vez mais, no sentido de corresponder às expectativas do setor médico-hospitalar. Por outro, um número reduzido caminha na direção de um resgate da Saúde Pública no país, esforçando-se de forma quase individual para o alcance deste objetivo.

Dentro desta última perspectiva, a enfermagem tenta desenvolver uma postura multidisciplinar, enxergando o homem como ser integral e buscando a superação da abordagem exclusivamente biologicista e tecnicista. É nesse sentido que se busca conhecer e analisar as representações que as enfermeiras pediátricas elaboram acerca da criança, em busca de uma releitura que possibilite o resgate da criança concreta e o redimensionamento das práticas desenvolvidas pela enfermagem pediátrica.

¹⁵ Alguns dos indicadores analisados durante a IX Conferência Nacional de Saúde em agosto de 1992: mortalidade infantil: 54/1000 nascidos vivos, com o índice de 100/1000 nascidos vivos no Nordeste; desnutrição grave em menores de cinco anos de idade: 30/1000 nascidos vivos; dos 4500 municípios brasileiros, apenas 655 possuem abastecimento de água e só 155 possuem tratamento de esgoto; em 1991 o gasto com o tratamento da diarreia chegou a US\$ 97 milhões; a queda de recursos para a saúde de 1989 para 1991 foi de 34%.

CAPÍTULO IV - AS REPRESENTAÇÕES DAS ENFERMEIRAS SOBRE A CRIANÇA

1. Caracterização dos sujeitos

Com o objetivo de estudar as representações sobre a criança contou-se, como sujeitos deste estudo, com 15 enfermeiras que atuam em pediatria, sendo cinco da rede privada; duas da rede pública estadual; quatro do hospital-escola; quatro docentes, sendo duas da UCG e duas da UFG. O material obtido através dos questionários e entrevistas, forneceu elementos de caracterização pessoal, familiar e profissional.

A faixa etária das enfermeiras é bastante variável, indo de 24 a 59 anos de idade: 47% possui entre 24 e 34 anos; 27% entre 35 e 44 anos; 6% entre 45 e 54 anos e 20% encontra-se acima de 55 anos. A descrição do estado civil revelou que 40% são solteiras, 40% casadas, 14% separadas e 6% viúvas.

A maioria (66%) têm filhos, com faixa etária variando de um ano meio até 38 anos. A distribuição da faixa etária dos filhos é a seguinte: 1 com filho lactente; 3 com filhos em idade pré-escolar; 3 com filhos em idade escolar; 5 com filhos adolescentes e 2 com filhos adultos. Algumas possuem filhos em mais de uma dessas faixas, simultaneamente. Quanto ao sexo dos filhos a distribuição encontrada foi a seguinte: 4 têm apenas meninos; 4 apenas meninas e 3 possuem meninos e meninas.

Quanto à remuneração, as enfermeiras da rede privada, independentemente do tempo de serviço, e as do hospital-escola, em início de carreira, recebem os menores salários, seguidas pelas do hospital público estadual; as docentes recebem maior remuneração. Embora os salários das enfermeiras das instituições hospitalares privadas sejam muito baixos, estão dentro do acordo vigente no momento, firmado entre o Sindicato dos Enfermeiros de Goiás e o Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado de Goiás (CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO, 1996).

O fato das enfermeiras da rede privada apresentarem menor tempo de serviço nestas instituições, pode estar relacionado à rotatividade de empregos já que a rede privada tradicionalmente exige muito trabalho da enfermeira, oferece baixos salários e não proporciona perspectivas de crescimento profissional, motivando a busca constante de melhores colocações no mercado de trabalho. Encontrou-se apenas uma enfermeira com longo tempo de serviço na rede privada (30 anos). Já no hospital público estadual, hospital-escola e universidades, onde há alguma possibilidade de crescimento profissional, planos de cargos e salários e outras vantagens, as enfermeiras tendem a construir carreira, permanecendo longo tempo na mesma instituição. A remuneração mensal em cada instituição e o tempo de serviço estão descritos na tabela a seguir:

Tabela 1 - Caracterização das enfermeiras quanto à remuneração em salários mínimos mensais (SMM) e tempo de serviço, por tipo de instituição. Goiânia - ago./set. 1996.

Tempo SMM Instituição	Menos de 5 anos			5 a 9 anos			10 a 14 anos			mais de 15 anos		
	5-9	10-14	15 ou mais	5-9	10-14	15 ou mais	5-9	10-14	15 ou mais	5-9	10-14	15 ou mais
H. privados	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
H. públ.estad.	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
H.-escola		1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1
UFG			-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
UCG			-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Subtotal	3	1	-	1	2	1	-	1	1	-	1	4
Total	4			4			2			5		

A renda familiar varia de 5 até mais de 20 SMM, sendo: 27% entre 5 e 9 SMM; 13% de 10 a 14 SMM; 20% entre 15 e 20 SMM e 40% acima de 20 SMM. A maioria das que referem menor renda familiar é da rede privada e do hospital público estadual, enquanto as que referem maior renda familiar estão entre as docentes.

Quanto à classe social mais da metade (53%) considera ser da classe média, sendo a maioria docentes e enfermeiras da rede privada; 33% da classe média-baixa, sendo a maioria do hospital público estadual e do hospital-escola. Nas classes média-alta e alta aparece uma enfermeira em cada, sendo uma docente e uma da rede privada.

Não se pode estabelecer correlação direta entre renda familiar, inserção na classe social e remuneração mensal, pois nem sempre as enfermeiras incluem-se nas classes mais baixas e nas faixas inferiores de renda familiar e remuneração simultaneamente. O mesmo ocorre com as classes mais elevadas e os níveis superiores de renda familiar e remuneração. Algumas das que recebem os maiores salários incluem-se na classe média, enquanto outras incluem-se nas classes média-alta e alta. Por outro lado, algumas que recebem os menores salários e referem renda familiar mais baixa, também incluem-se na classe média.

O tempo de serviço na instituição é variável, mas é na rede privada e no hospital-escola que estão sendo absorvidas as recém-formadas, pois a maioria das que possuem menor tempo de serviço encontra-se nestas instituições, com tempo variável entre 1 e 3 anos. Há casos isolados em ambos os grupos, com tempo superior a 20 anos. No grupo do hospital público estadual o tempo varia entre 11 e 14 anos de serviço. Excluindo-se um caso isolado da rede privada, as que apresentam os maiores tempos estão entre as docentes e, entre estas, as da UFG.

Os dados obtidos sobre a carga horária semanal de trabalho e o montante de vínculos empregatícios estão expressos na Tabela 2.

Tabela 2 - Carga horária semanal e vínculos empregatícios das enfermeiras, por tipo de instituição. Goiânia - ago./set. 1996.

Carga Horária Vínculos Instituição	até 30		31-40		41-50		Mais de 50		Total
	1	2 ou mais	1	2 ou mais	1	2 ou mais	1	2 ou mais	
H. privado	2	-	-	-	-	1	-	2	5
H. públ. Estad.	-	-	-	-	-	1	-	1	2
H. escola	-	-	1	-	-	-	-	3	4
UFG	-	-	2	-	-	-	-	-	2
UCG	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Total	2		3		2		8		15

A distribuição da carga horária entre os grupos é heterogênea, mas os dados indicam que mais da metade trabalha além de 50 horas semanais, fato verificado em todas as instituições, com exceção da UFG. Também a maioria, possui mais de um vínculo empregatício (67%). Esta carga horária elevada pode ser explicada pela necessidade de manter mais de um vínculo de trabalho, a fim de compensar os baixos salários.

Sobre a leitura de periódicos, foram considerados para a investigação jornais e/ou revistas (circulação nacional) e periódicos científicos da área da saúde de um modo geral, específicos de enfermagem, específicos de pediatria e outros. Apenas uma respondeu que não lê nenhum deles, por falta de hábito. Quase metade (47%) afirma ler todos os itens mencionados, sendo que destas, a maioria é docente. As que lêem justificam que a finalidade é atualizar conhecimentos, informações e distrair-se. Embora 47% represente um percentual significativo, não se pode afirmar que o consumo de informações pelas enfermeiras através da leitura de periódicos é satisfatório, principalmente os científicos, visto que há uma concentração deste consumo entre as docentes, enquanto que nos demais grupos não se mostrou significativo.

Buscou-se conhecer a participação das enfermeiras nos Congressos Brasileiros de Enfermagem (CBEn), particularmente o 47º CBEn realizado em Goiânia, em 1995. O índice referido de participação nos CBEns situa-se em torno de 50%, o qual é

relativamente bom. Entretanto, as que referem esta participação são apenas as docentes e as enfermeiras da rede privada. Quanto ao 47^o CBEn, 47% participaram, sendo a maioria docentes e enfermeiras da rede privada. As do hospital público estadual nunca participaram e apontam como justificativa a desmotivação, o acúmulo de atividades, a falta de oportunidade e questões pessoais. Como os dados indicam, a participação nos CBEn é boa, no entanto restrita às docentes e às da rede particular.

A quase totalidade das enfermeiras (97%) afirma ter participado de eventos com temas ligados à criança nos últimos dois anos como seminários, simpósios, debates, cursos de atualização. Entre estas, 47% incluiu-se na opção “cursos de atualização e especialização”, mencionando principalmente o curso de especialização em Enfermagem Pediátrica. O segundo maior índice de participação referido foi em seminários, simpósios e debates (33%). Das que referem participação em todos os tipos de evento, a maioria é de docentes.

Cerca de 40% afirma estar desenvolvendo algum tipo de estudo ou pesquisa. Este índice pode parecer elevado, uma vez que em nossa região há poucos pesquisadores na área da enfermagem. Entretanto, quando se aprofunda na identificação das atividades referidas como estudos e/ou pesquisas, observa-se que, na realidade, entre as 40% que mencionam desenvolvê-las, metade está cursando enfermagem pediátrica e considera como estudos e/ou pesquisas suas atividades neste curso; a outra metade é composta de docentes, exceto uma enfermeira do hospital-escola. Portanto, são poucas as que realmente desenvolvem pesquisa e de uma forma ou de outra, estão ligadas ao ensino de enfermagem. Os temas dos estudos e/ou pesquisas mencionados foram: assistência de enfermagem à criança portadora de infecções urinárias; atuação da pedagogia com crianças internadas em clínica pediátrica; consulta de enfermagem à criança; aleitamento materno, alimentação infantil e acidentes na infância.

A maioria (80%) afirma ser associada a entidades de classe de enfermagem, colocando como justificativa o fortalecimento da categoria, o aprimoramento cultural e a possibilidade de participar de eventos científico-culturais da categoria pagando taxas menores. Sabe-se que, embora 80% seja um índice elevado, no âmbito da enfermagem tradicionalmente sempre houve baixa participação dos associados, o que dificulta seu papel no fortalecimento da entidade e, conseqüentemente da própria classe profissional.

No que se refere a filiação a partidos políticos, grande parte (87%) não se encontra filiada a nenhum, referindo as seguintes justificativas: discordância com os meios utilizados pelos partidos políticos; falta de credibilidade nos partidos; intolerância a grandes lutas de interesses; desinteresse, não fazer questão, não gostar de política; o interesse é pela pessoa, pelo cidadão e não pelo partido político; não é importante participar de partido político. As 13% filiadas são da rede pública e consideram que a filiação é um dever e que a participação, através da organização político-social, é necessária a todo cidadão. Observa-se que as enfermeiras valorizam a participação em suas entidades de classe, entretanto não dão o mesmo valor à participação político-partidária, demonstrando desinteresse, desgosto e descrédito nestes, enquanto uma via possível para as mudanças sociais.

No caso da religião, ocorre o oposto. Perguntadas se a religião é importante em sua vida pessoal, 80% respondeu afirmativamente, justificando que é um meio para crer num futuro menos sombrio; fornece a explicação para tudo; ajuda a compreender melhor as injustiças sociais, desigualdades e sofrimentos; dá sentido à vida e força para continuar a viver e lutar; é um meio de referenciar a Deus e de permanecer nos princípios divinos; é uma forma de se manter em comunhão com o próximo; o espírito é mais importante que o corpo e a religião encaminha para este entendimento. Das que não consideraram a religião

importante em sua vida pessoal, umas acham que, como instituição social, não é importante, mas sim como crença em Deus; outras não acreditam em nenhuma religião.

Percebe-se que as enfermeiras vêem na religião uma alternativa de conforto psicológico e espiritual e resignação perante as dificuldades cotidianas. Procuram encontrar aí a motivação para compreender e enfrentar os problemas de origem social.

2. Algumas características do trabalho com a criança

O trabalho da enfermeira em pediatria certamente constitui um contexto no qual vivencia com a criança relações profissionais que guardam uma especificidade, extrapolando o cotidiano do assistir/cuidar de outras faixas de idade.

Investigando-se os motivos que levaram as enfermeiras a trabalhar em pediatria constatou-se que na maior parte dos casos (75%) são circunstanciais, não ligados à escolha ou interesse próprio pelo trabalho com a população infantil. Uma minoria (25%) refere ter ingressado na área por opção própria, interesse ou afinidade, sendo estas todas docentes. Apesar de não ingressarem na pediatria por opção própria, de um modo geral todas expressam ter desenvolvido o gosto pelo trabalho com a criança após algum tempo, o que as leva a permanecer nesta área. Outras justificativas para a permanência, por ordem de citação, foram: adaptação; identificação com o trabalho; fé na possibilidade deste grupo para formar adultos saudáveis e capazes; carência de profissionais nessa área; o trabalho em pediatria é mais livre e afável; gosto pela instituição onde trabalha.

As enfermeiras aqui estudadas, na maioria das vezes, não fazem opção prévia e não direcionam por vontade própria a sua vida profissional para a pediatria, mas acabam inserindo-se aí, por uma ou outra circunstância. Geralmente o fator decisivo é a necessidade de trabalho, ficando em segundo plano a afinidade ou a formação específica na

área. As que permanecem são aquelas que, através da vivência profissional em pediatria, sentem interesse pelo trabalho com a criança.

As atividades mencionadas pelas enfermeiras no cotidiano do trabalho em hospital podem ser classificadas em três eixos:

- supervisão, coordenação e orientação do trabalho da equipe de enfermagem;
- execução dos procedimentos técnicos mais complexos;
- assistência direta às crianças em estado mais grave.

Diferentemente dos demais grupos, as enfermeiras da rede privada citam mais vezes as atividades burocráticas e administrativas, referindo que as mesmas absorvem grande parte de seu tempo. Segundo elas, isto prejudica a assistência direta à criança, a qual só acontece “quando dá tempo”, ou nos casos em que as crianças se encontram em estado mais grave. Referem assumir também a supervisão de outros serviços que não fazem parte do trabalho da equipe de enfermagem, como serviços de manutenção de equipamentos e área física e, em alguns casos, até de todo o hospital. A síntese de uma das descrições ilustra esta situação:

Há muito trabalho burocrático. Inicialmente recebe o serviço e identifica todas as crianças admitidas em sua ausência. Lê o relatório, a evolução de enfermagem e a evolução médica para conhecer a doença da criança, porque é isso que consta na papeleta. Se é criança maior estabelece diálogo com ela e procura conhecê-la um pouco mais. Isso só para as crianças da UTI, que são mais fragilizadas, sozinhas, porque não dá tempo de fazer o mesmo com todas. Quanto às crianças dos apartamentos e enfermarias, isso é feito só quando há tempo. Supervisiona requisição de antibióticos para não fazer estoque, porque é uma exigência do administrador do hospital que a enfermeira o faça. Faz supervisão geral da UTI, centro cirúrgico, de tudo. Supervisiona manutenção da área física e equipamentos. Faz escala de serviço e de férias dos funcionários. Encaminha exames a serem realizados fora (E3).

MACHADO (1995) assinala que no campo da saúde no Brasil, no setor privado, a hegemonia médica reina absoluta. Na maioria das vezes os médicos são empresários, descomprometidos com a qualidade da assistência prestada à clientela, excetuando-se casos particulares. Frequentemente exigem de quem lidera a equipe de enfermagem que desenvolva postura autoritária com a clientela e com os demais elementos da equipe, não demonstre sensibilidade e nem politização e que seja de fácil manipulação. Não há

preocupação com a qualidade profissional da equipe de enfermagem porque isso demanda aumento de gastos.

Ao que parece, as enfermeiras da rede privada incluídas neste estudo, vivenciam uma realidade profissional que não difere desta análise. Percebe-se que trabalham sob condições que não favorecem a qualidade do processo de assistir/cuidar da criança, exigindo-se delas o envolvimento com outras atividades, muitas vezes não ligadas ao trabalho de enfermagem, tornando-as distanciadas de uma prática que permita colocar sua competência e conhecimento a favor das reais necessidades de saúde da criança. Isto gera insatisfação e faz com que a enfermeira sinta-se depreciada em sua qualificação profissional, como ilustra a seguinte fala:

Eu fico é desempenhando uma função que eu não precisava estudar tanto durante cinco anos pra fazer o que eu faço aqui (E3).

As enfermeiras do hospital público estadual descrevem suas atividades cotidianas como se estivessem fazendo uma denúncia das péssimas condições de trabalho. Diferentemente das da rede privada, não acentuam as atividades burocráticas na descrição de seu cotidiano, mas as difíceis condições de trabalho e a insuficiência do quadro de pessoal, os quais inviabilizam um contato maior com a criança. Ficam sobrecarregadas e não dispõem de tempo suficiente para desempenhar satisfatoriamente sua função junto às crianças. Uma das enfermeiras não chega nem a descrever os passos de seu trabalho, prendendo-se ao relato das condições de trabalho:

A carga de trabalho é muito grande e a remuneração é ruim. Não há tempo para prestar a assistência que a mãe e criança necessitam e merecem. As condições de trabalho são muito ruins, os recursos humanos e materiais são insuficientes e, na maioria das vezes, a assistência fica a desejar. Há muita improvisação. Muitas vezes se traz de casa vidros vazios de conserva para usar como recipiente de soro reidratante oral. Guardam-se cabos de vassouras para colocar nas janelas e mantê-las abertas. Improvisa-se máscaras para oxigênio com fundo de frascos de soro (E6).

No nosso ambiente de trabalho é o seguinte, como a gente lida com uma dificuldade muito grande de pessoal, de recursos humanos, então o enfermeiro, ele é enfermeiro assistencial. Ele pega escala de serviço! (...) então não tem aquela coisa assim: eu sou enfermeiro, venho aqui, olho como está, passo uma visita, conheço os casos mais graves, mais simples, faço uma escala de serviço e fico alcançável. Você tem que prestar assistência mesmo. Vou te falar uma palavra assim, bem corriqueira mesmo, tapar buraco! (E6).

Observa-se que as condições de trabalho é que impõem a diferenciação de atividades entre as enfermeiras da rede privada e as do hospital público estadual. A rede de serviços públicos de saúde encontra-se sucateada sob todos os aspectos e, muitas vezes, o profissional realiza grande esforço pessoal em benefício da clientela, deparando-se com enormes barreiras institucionais. As enfermeiras do hospital público estadual têm presente, em seu cotidiano de trabalho, o impasse de estar frente a uma clientela com elevada demanda de cuidados à saúde e a impossibilidade de dar uma resposta profissional satisfatória a estas necessidades e, ao mesmo tempo, sentem-se desvalorizadas:

Eu gostaria que a gente fosse mais respeitado. Talvez nem tanto a gente como profissional, mas porque a gente está aqui, é este elo de ligação entre quem nos gerencia e as pessoas que necessitam da gente. Pra gente poder ter condição de fazer mais alguma coisa. Então a gente está simplesmente abandonado, enfeitado. Se você der uma voltinha por aí... Então dói na gente ver que a mãezinha chega, naquele momento de stres... nenê adoeceu, é me u filho, cadê? o que vai acontecer? vai morrer? vai sarar? Então tem hora que não tem tempo pra dispensar a atenção, o carinho que ela merece. Devido à carga de trabalho que é muito grande e às condições materiais e também humanas(...). É humanamente impossível! Vem por amor né, mas não é de ferro também. O humor vai se alterar uma hora.(...) Se você tiver oportunidade de fotografar as condições de trabalho nossas aqui, cê fica horrorizada (E7).

No grupo do hospital-escola observa-se que não há homogeneidade interna na descrição do cotidiano de trabalho. Algumas mencionam a utilização de uma metodologia de assistência de enfermagem e a adoção de uma sistemática no desenvolvimento das atividades. Já outras, mencionam que as condições de trabalho não permitem seguir completamente uma metodologia de assistência:

Algumas crianças, não todas, a gente faz uma anamnese, o exame físico, conversa bastante com a mãe, tenta planejar a assistência, sistematiza esse cuidado com prescrição, com evolução, com supervisão do auxiliar de enfermagem(E9).

A gente faz muito mais do que é da alçada do técnico de enfermagem do que do que é do enfermeiro. A gente não tem tempo pra fazer uma admissão do paciente correta, como tem que ser o exame físico. (...) Porque como a gente faz, ela chega ali no balcão, a gente fala assim: olha o seu quarto vai ser ali. Põe ela lá. Ai cê tá correndo, com o outro te chamando prá fazer não sei o que, telefone pra resolver isso... Então cê nem conversa com ela, nem se apresenta. Geralmente, no máximo, eu pergunto assim: é a primeira internação? A senhora já conhece? Já conhece, ah! então já sabe. Não conheço. Então pelo menos eu mostro onde é o banheiro dela, da criança e onde é o quatinho dela. Então a gente não tá fazendo o que seria pra gente fazer mesmo (E11).

Algumas referem a colaboração com o ensino, a pesquisa e a extensão, relacionados à formação profissional dos diversos cursos que utilizam o campo como espaço de aprendizado de pediatria. Quanto às atividades burocráticas, estas são mencionadas claramente na descrição do cotidiano dada pela enfermeira que assume cargo de liderança da equipe de enfermagem. As demais, embora não façam referência a estas atividades de modo explícito, fazem-na de forma velada ao descrever seu cotidiano de trabalho em pediatria, como por exemplo, providenciar medicamentos e materiais em falta.

De certa forma o trabalho das enfermeiras do hospital-escola, além de possuir uma heterogeneidade interna, ou seja, as enfermeiras descrevem de modo diferente o seu cotidiano, possui também uma heterogeneidade externa, ou seja, o cotidiano descrito por elas difere do descrito pelas dos demais grupos. Uma síntese dos depoimentos apresentada abaixo pode evidenciar estes pontos:

Em geral faz de tudo que for necessário; trabalha com medicamentos, faz punção venosa, faz arrumação de leito etc. principalmente nos dias em que a rotina comum é quebrada. Recebe serviço e procura inteirar-se de tudo. Providencia materiais e medicamentos em falta. Visita cada criança, procurando avaliar cada caso. Observa todas as enfermarias, procurando avaliar a organização. Faz altas, com orientações e instruções. Faz anotações nas papeletas. Faz um ou outro curativo mais complexo. Conversa com as crianças que solicitam mais. As que não solicitam, às vezes nem se desperta para elas (E8).

Ao chegar, procura saber como passaram a criança e a mãe nas últimas horas. Conversa com a mãe. Faz admissão, com histórico e exame físico. Faz procedimentos técnicos. Planeja e sistematiza a assistência de enfermagem através da prescrição, evolução e supervisão. Supervisiona as atividades dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Auxilia na coleta e encaminhamento de material para exames. Faz contatos com serviços paralelos como assistência social, psicologia, quando a criança necessita. Realiza atividades educativas com mães e crianças (E9).

Recebe o serviço, procurando informar-se sobre as crianças no seu todo e sobre a mãe ou acompanhante. Avalia as crianças quanto à dor, temperatura, peso, alimentação, eliminações, medicamentos, melhora ou piora de seu estado de saúde. Lida com a parte burocrática, quadro de funcionários, escalas, administração da assistência de enfermagem. Orienta tecnicamente e nas relações interpessoais, os alunos dos diversos cursos que freqüentam a enfermaria durante suas atividades acadêmicas (E10).

Dedica muito tempo em esclarecer as dúvidas, orientar e ajudar os técnicos e auxiliares de enfermagem; desempenha muitas atribuições do técnico e auxiliar de enfermagem, devido ao insuficiente quadro de recursos humanos. Muitas vezes não faz o que deveria fazer enquanto enfermeira. Recebe o serviço, faz escalas dos funcionários, passa visita em cada enfermaria, conversando com a mãe e observando a criança. Faz procedimentos técnicos como cateterismo vesical, curativos maiores, punções venosas mais difíceis. Muitas vezes não há tempo para fazer a admissão e o exame físico como devem ser feitos devido à ausência de estrutura física adequada e ao quadro insuficiente de recursos humanos (E11).

A heterogeneidade externa manifesta-se pela presença de características tanto do trabalho das enfermeiras da rede privada, como das enfermeiras do hospital público estadual. Ou seja, no hospital-escola as enfermeiras realizam atividades burocráticas, como as da rede privada, mas também realizam a assistência direta, entretanto, é muito mais com o objetivo de compensar a deficiência quantitativa do profissional de nível médio. Observa-se também que todas procuram informar-se sobre a mãe e a criança, valorizando o diálogo e colocando este como um dos primeiros passos na rotina diária de trabalho.

Internamente há diferenças de referenciais e modos de trabalhar, não se percebendo uma unidade de rotinas ou condutas de trabalho. Cada enfermeira parece desenvolver uma metodologia própria, de acordo com os pontos que considera mais importantes, ou de acordo com as prioridades que o momento exige.

Assim como as enfermeiras do hospital público estadual, as do hospital-escola também referem que as condições de trabalho são difíceis, embora em níveis diferentes. Tanto nos questionários como nos depoimentos é visível que as condições de trabalho das enfermeiras do hospital-escola são melhores do que as de suas colegas da rede privada e do hospital público estadual, entretanto, estão ainda longe de alcançar um nível que seria desejável em termos da assistência à criança.

As docentes de um modo geral não chegam a dar uma descrição detalhada do cotidiano de trabalho. Apenas uma levanta alguns elementos de sua prática em campo com os alunos, enquanto as outras enfatizam mais os princípios que norteiam suas atividades do que as atividades em si. Os elementos indicados nas falas parecem revelar que não há uma unidade de princípios, nem entre as docentes como um todo, nem entre as de uma mesma escola. Cada uma parece adotar um enfoque diferente em suas atividades de ensino. A síntese dos depoimentos evidencia que somente uma menciona explicitamente priorizar a

consulta de enfermagem como eixo das atividades. Quanto às outras, não foi possível perceber qual é o eixo das atividades

Faz atendimentos, tendo como ponto central a consulta de enfermagem à criança. Gradativamente passa a supervisionar, acompanhar e ajudar os alunos a fazerem a consulta de enfermagem à criança. Paralelamente, discute, pergunta, questiona e revê conceitos com os alunos (E12.)

Procura fazer, juntamente com os alunos, um diagnóstico da realidade do campo de prática e das crianças que atenderão, para que saibam como aprender enquanto atendem as crianças. Tenta conciliar a melhor forma de atender bem a criança e oferecer o melhor ensino (E13).

Procura valorizar a participação da criança no processo do atendimento, sem descartar a participação da mãe. Procura fazer um diagnóstico da saúde da criança e do motivo de estar utilizando o serviço de saúde (E14).

Sempre ensina o aluno a observar muito, detalhadamente e criticamente a criança. Estuda rapidamente com os alunos as papeletas das crianças. Faz escalas de trabalho individual para os alunos. Geralmente o aluno trabalha e a professora supervisiona, observa, corrige, refaz com o aluno (E15).

No conjunto das descrições fornecidas pelas enfermeiras, sobre as atividades que desenvolvem no cotidiano de trabalho em pediatria, observa-se que:

- Embora em níveis e aspectos diferenciados, a maioria menciona condições de trabalho desfavoráveis.
- Na maioria das vezes não prestam assistência direta à criança.
- O trabalho da enfermeira no hospital pediátrico é burocrático e em raras oportunidades ela estabelece contato, convivência, diálogo com a criança.
- A assistência direta à criança está concentrada na equipe de nível médio. A enfermeira é um elemento ausente da assistência, a não ser em certas circunstâncias.
- De modo geral, as enfermeiras não fazem referência à sistematização ou adoção de um referencial metodológico de assistência à criança.

A realidade empírica apreendida neste estudo acerca do trabalho da enfermeira em pediatria é semelhante à da profissão em seu conjunto, mostrando-se em consonância com a descrição fornecida em estudos acerca do processo de trabalho da enfermagem em outras regiões do país. DEIENNO (1993), estudando as atividades desenvolvidas por enfermeiras em um hospital governamental no interior de Minas Gerais, evidencia o predomínio de

atividades administrativas e, entre estas, as de caráter burocrático. PADREDI (1993), ao analisar as atividades diárias do profissional enfermeiro mostra que o cuidado direto de enfermagem é realizado pelos auxiliares de enfermagem. A autora descreve também que este profissional, na maioria das vezes, age com base no “bom senso” e na “improvisação” ao invés de utilizar um referencial teórico-metodológico. FERRAZ (1995) analisando a dimensão administrativa da prática profissional do enfermeiro no cotidiano do hospital-escola evidencia que a mesma é voltada para a tecnoburocracia, distanciada do cuidado de enfermagem.

Assim, as características apreendidas acerca do trabalho da enfermeira em pediatria evidenciam o predomínio de atividades de caráter administrativo-burocrático e a ausência do assistir/cuidar direto à criança. Estas características, longe de permitir à enfermeira uma prática voltada para a especificidade infantil, especialmente no que se refere à sua dimensão social, pelo contrário, equiparam-na ao trabalho desenvolvido em outras especialidades, revelando ausência de especificidade e, por consequência, a impossibilidade de apreensão da criança para além do modelo embasado nas necessidades biológicas.

3. O olhar das enfermeiras sobre a criança

3.1. Concepção/significação de criança

Ao identificar de que criança a enfermeira fala e como refere-se a ela, emergem expressões reveladoras de uma concepção que é comum nos quatro grupos. Extraído-se das falas as expressões mais presentes obteve-se: ser em desenvolvimento; ser em crescimento e desenvolvimento; ser dependente; o futuro; o homem do futuro.

Além destas, presentes em todos os grupos de modo homogêneo, algumas revelam heterogeneidade. No grupo da rede privada aparecem: pessoa pequena, ser muito sensível, desprotegido, ingênuo, puro. O grupo do hospital público estadual centra-se na expressão desenvolvimento. As enfermeiras do hospital-escola mencionaram pureza e limitações próprias da idade. Entre as docentes (apenas uma) foi utilizada a idade (0 a 12 anos) na definição de criança. Neste grupo aparecem também: fase da vida do ser humano; ser portador de carga genética e hereditariedade; ser suscetível ao ambiente.

Mesmo havendo algumas expressões restritas a certos grupos, de modo geral a questão do crescimento e desenvolvimento representa a ligação mais forte entre as diversas falas. A significação de criança encaminha-se para o enfoque biológico, onde o desenvolvimento, o crescimento e a necessidade de cuidados especiais para o seu alcance, são os mais mencionadas, revelando a determinação histórica que pesa sobre o concepção de criança presente na enfermagem.

Historicamente o enfoque biologicista tem sido utilizado na área de saúde, e particularmente na enfermagem, como modelo para a explicação e solução das questões de saúde/doença do ser humano. No período entre as últimas décadas do século XIX e o final dos anos 40, no século XX, as modificações da compreensão da saúde condicionam a mudança no recorte intelectual com que a enfermagem apreende a criança enquanto objeto de trabalho. O estudo do crescimento e desenvolvimento da criança passa a ser priorizado na formação das enfermeiras, tornando-se um referencial marcante no trabalho com a criança (ROCHA, 1990).

As enfermeiras incorporam acriticamente os conhecimentos colocados pela literatura e pelos programas do Ministério da Saúde para a criança. Há uma grande receptividade, inclusive por escolas de enfermagem, integrando-os à formação do enfermeiro através dos conteúdos programáticos. O crescimento e desenvolvimento

passam a ser amplamente utilizados para o conhecimento e o atendimento à criança, sem se reconhecer a limitação desse paradigma à esfera biológico-evolutiva e individual.

OLIVEIRA (1989) analisa que a maturação da espécie tem sido o elemento sobre o qual se define a infância. O ponto de vista biológico, natural, encontra-se na raiz, não só do entendimento da maturação como também das explicações que se dão à infância.

As falas revelam que a questão do crescimento e desenvolvimento marca a compreensão expressa pelas enfermeiras sobre a criança. Embora estes termos guardem uma dimensão biopsicossocial, nota-se a supervalorização do ponto de vista físico e biológico sobre os demais, o que repercute numa maneira fragmentada de perceber a criança.

3.2. Criança e adulto

3.2.1 Diferenças e semelhanças

Ao fazer a diferenciação entre criança e adulto, as enfermeiras expressam idéias de antagonismo entre o ser criança e o ser adulto, descrevendo atributos opostos ao referir-se a um e outro. Emergem de suas falas adjetivações que não chegam a constituir um único eixo em todos os depoimentos, mas que guardam entre si certa complementaridade. No confronto da síntese destas adjetivações, é possível evidenciar os pontos opostos:

Criança

Espera-se tudo dela; é o futuro
Muito sensível
Espontânea, imaginária
Personalidade em formação
Liberdade de ação; necessidades maiores
Dependente
Comportamento previsível
Limitações próprias da idade
Em formação, sem idéias próprias
Imaturidade para enfrentar seus problemas
As pessoas sabem que não precisam respeitar
Crescimento e desenvolvimento intensos
Não tem maturidade física, psicológica, afetiva
Não consolidado, podem ser feitas muitas mudanças
Falta o amadurecimento, a resistência, a experiência, sinceridade, ausência de preconceitos

Adulto

Pouco a esperar; é o passado
Tem mais resistência
Mais realista
Personalidade formada
Responsabilidades; menos necessidades
Independente
Comportamento imprevisível
A idade não é limitação
Formado, com idéias próprias
Consegue resolver seus problemas
As pessoas sabem que têm que respeitar
Adulto se transforma, mas não de modo intenso
Amadurecimento físico, psicológico, afetivo
Consolidação, mudanças são mais difíceis
Amadurecimento, resistência, experiência, reservas, compromissos ideológicos

Nestas oposições, percebe-se representações reveladoras da presença das fórmulas descritas por CHARLOT (1986), nas quais a imagem de infância é uma imagem essencialmente contraditória. As enfermeiras utilizam características opostas umas às outras ao expressarem os atributos da criança e do adulto, onde ambos estão representados num antagonismo excludente. Embora cada uma delas tome um ou outro aspecto, está sempre presente a colocação de atributos contrários na descrição das diferenças entre criança e adulto, sendo que isto ocorre nos quatro grupos estudados, não se percebendo diferenças nem entre as docentes, nem entre aquelas que cursaram ou se encontravam cursando especialização em Enfermagem Pediátrica.

Observa-se ainda, a presença do que SNYDERS (1984) descreve como excelência da criança ou positividade infantil. Desse ponto de vista, a criança é representada como depositária de uma autenticidade e plasticidade que os adultos perderam. Ao designar a criança como ser que é o “futuro”, “espontânea,” “imaginária”, “em formação”, “não consolidado”, “com liberdade de ação”, as enfermeiras sugerem a idéia do pequeno homem que veio ao mundo inacabado, sendo esta incompletude o seu próprio valor, porque lhe confere total abertura à vida.

No tocante à concepção de criança, as enfermeiras parecem não utilizar um estatuto teórico restrito à área de saúde, à própria enfermagem ou a outros campos do saber. Lançam mão de um ideário compartilhado com a sociedade de um modo geral, não detentor de uma preocupação profissional direcionada a uma compreensão mais profunda e crítica sobre a criança.

3.2.2. Especificidades da criança e do adulto

Ao falar sobre a especificidade da criança e a especificidade do adulto, as enfermeiras descrevem os atributos de um e outro, colocando-os em oposição, na maioria das vezes, como pode ser observado na síntese das falas apresentada a seguir:

Criança

Inocência; busca constante
 Instabilidade, choro; brinquedo, alegria
 Espontaneidade, inocência
 “Birrinhos”
 A busca, o romper, o novo
 Inocência, verdade
 Pode ser induzida
 Sinceridade
 Ingenuidade, espontaneidade
 Fantasia
 Brincar
 Curiosidade, alegria; dependência total do adulto; representa o futuro
 Pureza; dependência biológica e psicológica do adulto

 Não tem, não assume papel social definido, grande potencial para desenvolver e aprender, Sinceridade, verdade

Adulto

Inveja, malícia, egoísmo; acomodação
 Mais estabilidade, estrutura
 Mais racional, maturidade
 Preocupação
 Responsabilidade, compromisso
 Idéia formada, definição
 Difícil ser induzida
 Compreensão, colaboração
 Organização; complexidade do pensamento e ação
 Maturidade
 Trabalhar
 Responsabilidade econômica, social e política sobre si e sobre a criança
 Pronto para produzir, realizar, embora ninguém seja completamente pronto
 Responsabilidades; papel social, funções definidas, responsabilidade consigo, com a família e trabalho
 Idéias já comprometidas

Não se percebe grande diferenciação nas falas dos grupos, encontrando-se, também aí, a oposição entre adulto e criança. Ao atribuir à criança características com sentido oposto, as enfermeiras sugerem uma demarcação, um limite temporal, espacial, social enfim, entre criança e adulto. Portanto, novamente se fazem presentes as contradições descritas por CHARLOT (1986). Referem-se à criança como herdeira e ao mesmo tempo depositária do futuro, representante da ruptura, do novo. Descrevem-na como portadora, ao mesmo tempo de uma contradição interna, em relação a si mesma, e de uma contradição externa, quando confrontada ao adulto. É o ser imperfeito, incompleto, imaturo. Falta-lhe experiência, é limitado por sua própria condição de criança. Por outro lado essa mesma criança é símbolo da perfeição, como criatura inocente, boa, ingênua, sem preconceitos, alegre, com grande potencial de desenvolvimento, flexível, maleável, moldável. Outra fórmula presente é dependência/independência, sendo a dependência relacionada à criança e a independência relacionada ao adulto.

Outra contradição é evidenciada quando referem-se ao adulto como ser completo, maduro, capaz, estável, estruturado, organizado, racional, responsável, portador de experiência, mas também limitado por sua própria condição de adulto, a qual limita a possibilidade de transformação, de inovação, de flexibilidade. O adulto seria um ser que já foi “contaminado” pela sociedade, possuindo atributos de maldade, egoísmo, preconceito, compromisso ideológico, enquanto que a criança seria portadora de atributos positivos e contrários a estes. Nestas expressões evidencia-se idéia da positividade ou excelência infantil descrita por SNYDERS (1984). Entre todas as fórmulas, a única não perceptível nas falas das enfermeiras é a que levanta a contradição interna do ser criança enquanto portador de bondade, mas também de maldade. Em nenhum momento percebeu-se referência por parte das enfermeiras à maldade como um atributo também possível de ser encontrado na criança. Pelo contrário, sua visão aproxima-se mais da visão rousseauniana, que deposita na criança a bondade natural e no adulto o desvio desta qualidade natural:

...é uma criatura sincera, ainda sem preconceitos, então fala o que ela sente, o que ela pensa. E o adulto, ele já tem compromissos com as pessoas, com a sociedade, tem suas reservas (E15).

...com o adulto eu tenho muito pouco a esperar e com a criança eu tenho muito a investir e esperar tudo (E1).

Este tom se faz presente também quando se analisa o conjunto das expressões utilizadas para dar significação ao que é e ao que não é criança, emergindo de forma bem clara a representação da criança como um ser naturalmente bom e do adulto como um ser pervertido pela sociedade. Em síntese as falas forneceram a contraposição mostrada a seguir:

Criança

Amor, inocência, perspectiva de futuro, inconseqüência
 Brinquedo, alegria
 Sinceridade, espontaneidade, ingenuidade, imaginário, sonho
 Sensibilidade, ingenuidade, inocência, ternura, beleza
 Amor, carinho
 Carinho, afeto, ternura, liberdade
 Alegria, amor, paz, confiança
 Alegria, espontaneidade, sinceridade
 Sinceridade, brincadeira, amor, comportamento simples
 Amor, afeto, felicidade, sonho, fantasia, realização
 Brincar, descobrir, conhecer
 Pureza, alegria, imaginação fértil
 Amor, carinho, sinceridade, pureza, bondade, crescimento,
 descoberta
 Muito misturado com adulto; comportamento simples,
 espontaneidade, criatividade
 Muita atividade física e mental, verdade, sinceridade,
 mudança, observação

Não criança

Desamor, ódio, malícia, egoísmo, inveja
 Maldade, tristeza
 Mentira, maldade
 Estupidez, arrogância, mentira
 Ódio, arrogância, intolerância
 Violência, maldade, falsidade
 Ódio, tristeza, ódio, desarmonia

 Falsidade, orgulho, comportamento complexo
 Agressividade, discriminação
 Não brinca
 Morte, estresse, neurose
 Ódio, falsidade, maldade

 Comportamentos formados, cristalizados,
 maturidade
 Pouca atividade física,
 desilusão, preconceito

GAGNEBIN (1997) analisa que é historicamente muito significativo o corte introduzido por Rousseau em nossas representações de infância o qual configurou a infância como o paraíso perdido. A força deste corte ainda hoje se faz presente, pois somos profundamente rousseunianos, mesmo aqueles que nunca leram sequer uma linha de *Emílio*. Ao expressarem a sua definição de criança, as enfermeiras evidenciam esta presença rousseuniana.

Na contradição colocada pelas enfermeiras entre criança e adulto está presente uma oposição que na realidade mostra-se muito frágil, uma vez que não há exatamente um limite preciso capaz de restringir apenas à criança, ou apenas ao adulto as características e atributos mencionados. Nota-se na fala de uma única enfermeira, docente, a sinalização de que criança e adulto não estão separados numa cisão tão radical, quando expressa que “criança e adulto é muito misturado”. Nas demais falas aparece de modo marcante uma separação/contradição entre criança e adulto, como por exemplo, na caracterização da criança como aquele ser que “não dá conta de resolver seus problemas, chora, dá birra” e o adulto como aquele que “consegue resolver seus problemas”. Na descrição da criança como ser subjugado, que não recebe o merecido respeito, que não é sujeito de seus atos, e

do adulto como aquele que é respeitado, sujeito de seus próprios atos, evidencia-se uma concepção de criança que está presente na sociedade de um modo geral.

OLIVEIRA (1989) afirma que na era moderna circula uma imagem de criança frequentemente marcada pelo desprestígio, sendo que a imaturidade, sob todas as formas, é a principal forma de desprestígio. A imaturidade, entretanto, não é um atributo privativo da criança, mas nela soa como traço de incompletude, de criação inacabada, em contraposição ao adulto completo, pronto, acabado. Em sua análise sobre este tema assinala que **certamente a ideologia da imaturidade também recobre o universo infantil pelas articulações de sua imaturidade objetiva. Com isto, marca-se o maniqueísmo: crianças = imaturos, adultos = maduros** (OLIVEIRA, 1989: 42).

A respeito da imaturidade como traço fundamental da infância, SNYDERS (1984) indica a utilização do significado da imaturidade infantil como fundamento ideológico que sustenta a discriminação de determinadas minorias, em diversos tempos históricos. Ressalta-se aqui que esta assimilação faz-se presente na concepção de criança das enfermeiras, na medida em que a criança é descrita como ser incapaz, limitado, imaturo e incompleto.

MILLER (1991), analisando a determinação de certos atributos exclusivamente às crianças e aos considerados mais fracos, assinala que todos nós necessitamos de ajuda, nos diversos estágios da vida, entretanto somos convencidos de que apenas as crianças são realmente carentes de ajuda.

Mesmo tendo se referido quase o tempo todo à criança e ao adulto como seres contraditórios, opostos, quando se parte para buscar as semelhanças entre os mesmos, emerge uma contradição interna na fala das enfermeiras. Embora tenham, num primeiro momento, referenciado adulto e criança como seres opostos, ao falar de suas semelhanças as enfermeiras expressam idéias que indicam não haver diferenças, especialmente por se

tratar de seres humanos que apenas se encontram em fases diversas de amadurecimento, mas são portadores de aspectos biológicos, genéticos e de uma racionalidade e emoção comuns. Nos depoimentos dos vários grupos os elementos mencionados se repetiram. Em síntese foram apontadas as seguintes semelhanças:

- Ambos são seres humanos;
- A anatomia, a fisiologia. As características biológicas;
- As características próprias da infância que o adulto conserva, principalmente comportamentos instintivos;
- A genética
- A busca da maturidade, do conhecimento;
- A sensibilidade, os sentimentos de defesa da vida;
- A criança copia, imita o adulto. O adulto é infantil quando não dá conta de resolver seus problemas;
- Os costumes;
- Os aspectos bons, puros da criança que muitos adultos ainda conservam daquela criança que ainda não foi deformada pela sociedade.

Ainda percebe-se, na descrição da semelhança entre adulto e criança, a presença de uma representação ligada ao biológico, marcada pela consideração das características do dado da espécie. Aparecem elementos mais ligados à subjetividade que ambos possuem enquanto seres humanos, enquanto portadores de características próprias da espécie. A unidade fundamental entre criança e adulto é dada pelas características biológicas, pelo racional, pelo emocional, pelo instintivo, presentes na espécie humana, tanto nas crianças como nos adultos, revelando-se de forma homogênea em todos os grupos. Por outro lado, aparece a referência aos costumes de forma isolada, constituindo um elemento diferenciado entre as demais falas.

As enfermeiras utilizam um estatuto incapaz de vislumbrar a historicidade e a dialética do ser humano, tanto do ponto de vista biológico quanto do ponto de vista social. Criança e adulto vivem na mesma sociedade, estando sujeitos às mesmas repercussões decorrentes dos diversos tipos de formação social nos vários tempos históricos, portanto, a unidade e as diversidades da criança e do adulto não podem ser situadas apenas no plano biológico.

Através do modelo biológico, evolutivo, genético, as enfermeiras revelam a utilização de um referencial que, como ressalta WALKERDINE (1995), afasta a possibilidade de se analisar as contradições presentes no desenvolvimento dos diversos seres humanos, circunscritos nas diversas condições histórico-sociais.

3.3. Gênero

As enfermeiras informam que sua clientela possui uma proporção equilibrada de meninos e meninas. Questionadas se o sexo da criança interfere em seu trabalho, no sentido de colocar alguma espécie de dificuldade, apenas uma enfermeira, docente, afirmou positivamente. Para esta, o sexo traz diferenciações biológicas e psicossociais em cada faixa etária, exigindo conhecimento das variações e das estratégias de atendimento. As demais afirmam que se o profissional é capacitado, o sexo da criança deve ser considerado, mas não chega a constituir nenhuma dificuldade para o trabalho da enfermeira.

Buscou-se então explorar se diferenciam o atendimento à criança, quando esta é menino e quando é menina. Das quinze, sete consideram que não há necessidade de diferenciar o atendimento; quatro consideram que deve haver diferenciação apenas para as crianças maiores; três consideram que deve haver diferenciação do atendimento sem mencionar nenhuma faixa etária em especial. Uma enfermeira achou difícil e preferiu não responder esta pergunta. Embora tenha sido apenas uma, este é um dado significativo, pois evidencia que profissionais da área da saúde, os quais se supõe que estejam teoricamente bem instrumentalizados sobre esta questão, apresentam dificuldades em falar sobre a mesma.

Aparente há homogeneidade mas, internamente, os grupos apresentam idéias bastante heterogêneas quanto à necessidade de diferenciar ou não o atendimento em função do sexo da criança. No grupo da rede privada cada uma das enfermeiras expressou-se de

modo diferente das demais. Uma preferiu não responder e entre as que responderam, as idéias não chegam a ser completamente divergentes, mas dão diferentes contornos à questão. As idéias expressas foram as seguintes:

- Na enfermagem não se aprende a lidar com questões relativas ao sexo;
- A enfermeira não presta atenção, nunca se interessa por esse aspecto;
- O atendimento é o mesmo para menino e menina;
- A consideração do sexo no atendimento depende da idade da criança;

A mesma heterogeneidade interna ocorre quando se observa os depoimentos das enfermeiras do hospital público estadual. Uma afirma que não se deve fazer diferenciação, mas o profissional deve estar capacitado para lidar com esta questão; outra afirma que o atendimento deve ser diferenciado para crianças maiores porque elas se envergonham, mas as menores não se importam com nada, não exigindo diferenciação. Também entre as enfermeiras do hospital-escola as idéias são bastante diferentes entre si. Uma afirma que a diferenciação é algo instintivo e que naturalmente as pessoas já agem de modo diferente com a menina e com o menino. Afirma ainda que se analisa pouco este assunto na enfermagem. Nesta fala a respondente reafirma a prática existente na sociedade na qual, naturalmente, espontaneamente, sem realizar esforço, dispensa-se tratamento diferenciado para o menino e para a menina.

Pode-se perceber aí a expressão da análise feita por BOURDIEAU (1995:137), segundo a qual,

se esta divisão parece estar “na ordem das coisas”, como se diz algumas vezes para falar daquilo que é normal, natural, a ponto de ser inevitável, é porque ela está presente, em estado objetivado, no mundo social e também, em estado incorporado, nos *habitus*, onde ela funciona como um princípio universal de visão e divisão, como um sistema de categorias de percepção, de pensamento e de ação.

Outra afirmação que se encontra entre as enfermeiras do hospital-escola é a de que se deve diferenciar o atendimento, porque há toda uma complexidade sobre esse assunto e no momento não é mais só sexo masculino e sexo feminino. Salientam que diante disso a

enfermeira deve ter o cuidado de não reforçar nem prejudicar o sexo assumido pela criança. Observa-se então que, mesmo que de certa forma a visão desta enfermeira sobre gênero apresente-se um pouco mais ampliada, nota-se uma preocupação nitidamente voltada apenas para um determinado prisma das relações masculino/feminino, qual seja a da opção sexual a ser feita pela criança:

Hoje a gente sabe que não existe mais só sexo feminino e sexo masculino, tem toda uma complexidade em cima disso. Dependendo da atitude da gente, vai reforçar ou prejudicar o sexo assumido pela criança. Tá mais relacionado com o comportamento da criança e o relacionamento social do que com a fisiologia (E9).

Para outra, o importante é considerar a forma como a família conduz a questão, principalmente no que se refere à menina, para não haver choque de atitudes. Considera também que para a criança menor não é necessário preocupar-se com este aspecto. Outra já não vê muita diferenciação, afirmando que a menina pode ficar mais acanhada com determinados procedimentos, mas dependendo da situação, o menino também pode.

Entre as docentes a mesma diferenciação interna de idéias se repete, inclusive entre professoras da mesma escola, onde uma afirma que a sociedade ainda é machista e por isso deve-se diferenciar o atendimento, considerar as diferenças de vocabulário, brincadeiras, fantasias, numa atitude não machista para com a criança. Outra já afirma que a cultura diferencia homens e mulheres, mas no atendimento da enfermeira, na assistência, isso não interfere.

Na outra escola, uma das docentes afirma que é importante diferenciar a partir da faixa etária, que a criança já faz identificações de papéis e que se deve preocupar em conhecer as diferenças anatômicas e psicológicas. Outra afirma que a criança pequena não exige diferenciação e que essa exigência só começa na adolescência.

Nota-se, inicialmente, uma aparente unidade de posicionamentos a favor da não diferenciação do atendimento da enfermeira para o menino e para a menina, mas no aprofundamento das respostas de cada grupo, observa-se que não há um único discurso na

fala das enfermeiras. É evidente a supremacia de uma preocupação relativa ao sexo da criança limitada aos aspectos técnicos, anátomo-fisiológicos, indicando que as enfermeiras expressam maior facilidade em lidar com a genitália masculina:

*Facilita alguma coisa, o sexo, por exemplo, uma coleta de urina, um nenê que me chega desidratado, eu tenho como, rapidamente colocar um coletor no nenê. Se essa criança tiver desidratada por diarreia, e for do sexo feminino ela vai me dar mais dificuldade pra isso (E6)
Fazer a sondagem vesical é mais difícil, é mais perigoso na menina. Eu fico mais preocupada (E 5).*

Em algumas coisas o sexo masculino é mais fácil anatomicamente, como na coleta de urina, por exemplo (E6).

Segundo BOURDIEAU (1995), há uma visão de mundo organizada sobre a divisão entre masculino e feminino, a qual institui o falo como princípio da diferença entre os sexos. Este princípio tem a capacidade de tornar objetivada a diferença natural entre os corpos biológicos, caracterizando-a como uma diferença também social. Para o autor, tanto na realidade como nas representações dessa realidade, ocorre a socialização do biológico e a biologização do social, levadas a cabo através do tempo histórico. Os efeitos dessa inversão repercutem em

... uma construção social naturalizada (os *habitus* diferentes produzidos pelas diferentes condições sociais socialmente construídas) aparecer como a justificação natural da representação arbitrária da natureza que está no princípio da realidade e da representação da realidade (BOURDIEAU, 1995:145).

O corpo masculino e o corpo feminino, e muito especialmente os órgãos sexuais que, por condensarem a diferença entre os sexos, estão predispostos a simbolizá-la, são percebidos e construídos segundo esquemas práticos do *habitus*, constituindo-se assim em suportes simbólicos privilegiados daquelas significações e valores que estão de acordo com os princípios da visão falocêntrica do mundo (BOURDIEAU, 1995:149).

Esta objetivação parece presente nas falas das enfermeiras quando revelam maior facilidade em lidar com a genitália externa do menino do que da menina. Esta facilidade, tornada biológica, na verdade é a representação de uma prática incorporada no mundo social. A enfermeira demonstra dificuldade em lidar com o sexo feminino, aquele que é socialmente desvalorizado, inferior, e localiza esta dificuldade no aspecto técnico, anatômico, quando esta nada mais seria do que a representação da pouca atenção dedicada

ao conhecimento, compreensão e segurança na manipulação do corpo feminino, tanto quanto do masculino.

De um modo geral, tanto entre as que têm filhos, como as que não têm, as que possuem curso de especialização em enfermagem pediátrica, como as que não possuem, poucas expressam alguma preocupação em considerar, também no caso da criança, a complexidade das questões ligadas ao gênero. É interessante assinalar que apenas uma enfermeira, do grupo das docentes, fez referência à sociedade machista. Esta menciona a importância de se adotar uma abordagem que possibilite considerar as diferenças sem estar assumindo uma atitude machista para com a criança:

Nós estamos numa sociedade ainda machista, então há uma diferença grande entre meninos e meninas. E tem que ter. Não que tenha que ser machista, não é isso, mas há uma diferença mesmo entre os meninos e as meninas, então cê tem que mudar a abordagem (E 12).

Entre as duas que consideram que o sexo determina a forma de atendimento, é perceptível a preocupação em direcionar o atendimento para as especificidades, considerando não só o gênero, mas também a história pessoal, familiar e social de cada criança. Há um modelo de masculino e de feminino em construção/desconstrução, podendo-se perceber a repercussão desse modelo no cotidiano de seu lidar com a criança.

As falas indicam que a maioria das enfermeiras, no cotidiano de sua prática profissional, não dispensa atenção para as questões decorrentes da situação de gênero da criança enquanto seu objeto de trabalho. No caso da criança, essa complexidade está sendo tecida na diversidade social e cultural, na delimitação espaço-temporal em que a mesma se insere, manifestando-se, de uma forma ou de outra, para as enfermeiras que se ocupam de seu cuidado. São as diferenças que acompanham a formação, a educação, enfim o cotidiano social do menino e da menina em sua vida fora da instituição de saúde, e não há como desprezar sua interferência no processo do cuidar da criança. Pode-se afirmar que a enfermeira traz para dentro de sua prática profissional em pediatria as percepções da

divisão e do antagonismo masculino/feminino inscritos no mundo social, nas relações de poder e dominação presente entre os sexos, mas sem dar maior importância para a transformação dessas relações.

Ao explorar a preferência das enfermeiras em atender meninos ou meninas, quase todas afirmam que este é um aspecto indiferente. A homogeneidade nas falas mostra que são quase unânimes em afirmar que no seu trabalho não faz diferença se a criança é menino ou menina. Apenas uma enfermeira declarou preferência em trabalhar com meninos:

Não sei se é porque eu tenho um filho homem né. Mas eu sempre prefiro lidar com o menino, sabe? Eu acho mais fácil, assim, as brincadeiras, eu sempre acho melhor. Menina é muito sensível, muito cheia de coisinha, eu me identifico mais com o menino. Eu acho que ele é mais forte (E8).

Percebe-se a marca forte da oposição fundamental entre feminino e masculino, manifesta na interpretação desta enfermeira em relação às atitudes do menino e da menina. Os homens, fortes, dinâmicos, as mulheres, frágeis, sensíveis demais. Os mesmos atributos cultivados como essência da feminilidade, parecem ser vistos como negativos diante do atributo masculino tido como positivo, no caso a força, as brincadeiras masculinas.

As demais, embora não tenham declarado preferência por meninos ou meninas, deixam aparecer, nas entrelinhas de suas falas, os traços de sua concepção acerca de menino e de menina. A menina é adjetivada como criatura dócil, passiva, sendo estes considerados atributos positivos para ela. O menino é adjetivado como criatura capaz de atitudes mais agressivas, que se impõe mais ao ambiente:

O modo de ser do que é homem e da menina são diferentes. A menina é assim, mais meiga, mais recatada (E10).

Sempre vi todos iguais. O menino às vezes é mais difícil, mas se souber conversar com ele, vai ser igual à menina (E2.)

Em estudo sobre a relação entre currículos, cultura, conhecimento escolar e identidade e poder, realizado numa escola de primeiro grau, CORAZZA (1995) identifica

que nas descrições das crianças pelas professoras, estas últimas recorrem a um conjunto de atributos classificados em função da “natureza” de cada gênero, demonstrando a existência de padrões culturais claramente sexistas. A autora encontrou também qualidades positivas atribuídas às meninas através de termos expressivos de características adaptativas e sentimentais como

delicada, atenciosa, simpática, alegre, espontânea, esforçada, organizada, atenta, interessada, caprichosa, afetiva, dócil, colaboradora, benquista, prestativa. Para os meninos, no conjunto positivo aparecem termos bem mais ‘ativos’ e ‘cerebrais’, como: inteligente, independente, confiante em si mesmo, decidido, criativo, responsável, grande raciocínio, temperamento forte, líder frente ao grupo (CORAZZA, 1995:51).

Além disso, há diferenças de geração que perpassam e dividem a identidade masculina e feminina e as práticas educativas e de poder no interior da sociedade não ocorrem só entre adultos, mas também entre crianças, jovens e velhos e (...) **muitas vezes esquecemos isso, tomando como referência de gênero homens e mulheres adultos (LOURO, 1995:127).** Gênero é muito mais do que uma simples identidade aprendida. É uma categoria presente em todas as instituições sociais. A partir dessa análise, compreende-se então que a área da saúde, a enfermagem de um modo geral e particularmente a enfermagem pediátrica, não constituem *locus* privilegiado onde a complexidade das questões de gênero não estejam presentes. Muito pelo contrário, ao que parece, o que ocorre é simplesmente a não inclusão da categoria gênero e a não valorização do segmento infantil como um sítio importante nesta análise.

A discriminação de gênero, além de ser historicamente demarcada, não se limita apenas ao ser adulto. Muito pelo contrário, também nas relações com a criança se constrói esta discriminação, como demonstra ARIÈS (1981) que, ao analisar a diferenciação do traje infantil em relação ao adulto no século XVII, identifica que nesta diferenciação o menino foi contemplado primeiro do que a menina, ou seja, recebeu a especificidade de

criança antes da menina. Lembrando que também na educação escolarizada, o menino começou a frequentar a escola primeiro do que a menina, o autor assinala:

É curioso notar também que a preocupação em distinguir a criança se tenha limitado principalmente aos meninos: as meninas só foram distinguidas pelas mangas falsas abandonadas no século XVIII, como se a infância separasse menos as meninas dos adultos do que os meninos. A indicação fornecida pelo traje confirma os outros testemunhos da história dos costumes: os meninos foram as primeiras crianças especializadas (ARIEËS, 1981: 78).

Sabe-se que a preocupação teórica com o gênero como uma categoria analítica é algo recente, podendo ser datada do final do século XX. Entretanto, as repercussões das análises decorrentes da consideração da categoria gênero impõem a necessidade de não se ignorá-la no processo de cuidar/assistir da enfermagem, reconhecendo que o gênero é um elemento interveniente nesse processo.

Uma compreensão mais ampla de gênero exige que pensemos não somente que os sujeitos se fazem homem e mulher num processo continuado, dinâmico (portanto não dado e acabado no momento do nascimento mas sim construído através de práticas sociais masculinizantes e feminizantes, em consonância com as diversas concepções de cada sociedade); como também nos leva a pensar que gênero é mais do que uma identidade aprendida, é uma categoria imersa nas instituições sociais (o que implica admitir que a justiça, a escola, a igreja, etc. são “generificadas”, ou seja, expressam as relações sociais de gênero). Em todas as afirmações está presente, sem dúvida, a idéia de formação, socialização ou educação dos sujeitos (LOURO, 1995:103).

Assim sendo, faz-se necessário, de modo urgente, que no âmbito da enfermagem a categoria gênero seja incluída no processo de cuidar da criança, para o alcance de uma prática mais plural, mais próxima da criança concreta.

3.4. Idade

As enfermeiras descrevem que a faixa de idade de sua clientela situa-se, predominantemente, de zero a 13 anos, encontrando-se aí todas as idades. Entretanto, não evidenciam qual a demarcação que utilizam para situar o término da infância e início da

adolescência.¹⁶ Para a maioria (53%), a idade da criança traz dificuldades, sendo apontadas as seguintes: a criança muito pequena possui pouca compreensão; a interação na fase escolar é difícil; a criança maior atrapalha nos procedimentos da enfermeira; a adolescência impõe dificuldades na abordagem e barreiras; para alcance dos objetivos a enfermeira necessita conhecer estratégias específicas de intervenção em cada faixa etária.

As 47% que discordam da idade como elemento que pode dificultar seu trabalho, apontam como justificativas as seguintes: o tratamento satisfatório independe da idade da criança; presta-se cuidados indistintamente a qualquer idade; a idade não traz dificuldades e sim exigências específicas, de acordo com a faixa etária em que se encontra a criança.

Buscou-se saber, também, se as enfermeiras procuram variar o atendimento oferecido em função da faixa etária da criança e se demonstram preferência por trabalhar com determinada idade ou faixa etária. Apenas uma enfermeira, de um hospital privado, afirma que o atendimento não deve variar em função da faixa etária da criança. Pelo tom de sua resposta, supõe-se que talvez tenha havido receio de que sua fala soasse como discriminatória. As demais concordam que o atendimento deve variar com a idade em que se encontra o cliente-criança. Revelam preocupação com o domínio das habilidades teóricas e práticas ligadas aos aspectos técnicos, considerando a variabilidade de exigências próprias da fase em que se encontra a criança.

Quanto às respostas sobre a preferência em trabalhar com uma ou outra faixa etária, as enfermeiras da rede privada mencionam com maior frequência os recém-nascidos e crianças que já se comunicam com facilidade. No hospital público estadual a preferência é por crianças menores, entretanto não explicitam o que compreendem pela expressão “menores”. Entre as do hospital-escola as manifestações são heterogêneas, indo desde a ausência de preferência, passando pelos recém-nascidos, crianças pequenas e escolares. Já

¹⁶ A faixa etária em que se inclui a criança vai até o início da adolescência que, segundo MARCONDES (1985), situa-se de 10 a 20 anos. A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde (1990) também

entre as docentes as preferências recaem sobre o pré-escolar e o adolescente, sendo as únicas que mencionam o adolescente. No que se refere à idade dos filhos, não se observa correspondência direta entre esta e a preferência manifestada pelas enfermeiras. Entretanto, todas as que não têm filhos expressam preferência em trabalhar com os recém-nascidos, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 1. Faixas etárias preferidas X faixa etária dos filhos das enfermeiras que trabalham em Pediatria, por tipo de instituição. Goiânia – ago./set. 1996.

REDE PRIVADA	
PREFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA DOS FILHOS
E1 - As que já sabem informar bem	Adulto.
E2 - Recém-nascidos; pequeninhos; os que já cooperam.	Não tem
E3 - Recém-nascidos; as que já dominam o diálogo	Escolar
E4 - Recém-nascidos	Não tem
E5 - Crianças maiores de 5 anos	Lactente, pré-escolar e escolar
HOSPITAL PÚBLICO ESTADUAL	
PREFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA DOS FILHOS
E6 - Crianças menores	Adultos e adolescentes
E7 - Crianças menores	Não tem
HOSPITAL-ESCOLA	
PREFERÊNCIA	FAIXA ETÁRIA DOS FILHOS
E8 - A partir de 5 anos	Escolar
E9 - Recém-nascidos e entre 4 e 10 anos	Não tem
E10 - Não tem	Adolescente
E11 - Recém-nascidos e pequenos	Pré-escolar
DOCENTES	
E12 - Adolescentes	Escolar e adolescente
E13 - Pré-escolar	Pré-escolar e escolar
E14 - Pré-escolar	Escolar e adolescente
E15 - Recém-nascidos e adolescentes	Não tem

Esta preferência pode significar que, por não terem filhos, estas enfermeiras teriam mais dificuldades em relacionar-se com crianças maiores, as quais já participam, impõem-se e exigem mais no relacionamento com esta profissional. Por outro lado, no curso de graduação, a disciplina de Enfermagem em neonatologia, trata especificamente do recém-nascido, enquanto que todos os conteúdos relativos às demais faixas etárias são tratados na disciplina Enfermagem pediátrica, havendo pouca carga horária para tratar da ampla

reconhecem este mesmo período para a adolescência.

variedade de conteúdos que englobam estas faixas etárias. Esta pode ser também uma das razões de maior gosto e segurança das enfermeiras em trabalhar com recém-nascidos.

Outro aspecto é que, embora exija maior competência técnica da enfermeira, o recém-nascido, mesmo apresentado necessidades psicossociais específicas, não é capaz ainda de externar suas exigências e necessidades para a enfermeira, em termos de relações humanas, como fazem as crianças maiores. Os recém-nascidos, por sua fragilidade física e psicossocial, despertam sentimentos de proteção, e ao mesmo tempo são de fácil domínio. As que afirmam preferir recém-nascidos justificam que são mais tranquilos e quietos; mais fáceis de dominar; sua assistência exige maior domínio e atualização de conhecimentos; são totalmente dependentes do cuidado da enfermeira; necessitam de muito cuidado e proteção, o que acaba criando uma relação de apego, comparada ao sentimento de mãe:

A Luíza¹⁷ estava sem acompanhante. Ela tem menos de um mês. Ai a gente ficava cuidando. Eu fiquei um tempão com ela. Ai o laboratório veio colher sangue dela e não conseguia. Até eu tentei uma veia e não consegui. Tenta, tenta, tenta. Ai eu olhei prá eles e falei: eu vou dar uma de mãe aqui. Não vou deixar mais furar minha filha. Então eu gosto de ficar cuidando dos pequeninhos, porque eu me sinto assim, como se fosse uma mãe. Eu me apego mais a eles (E11).

As enfermeiras da rede privada e do hospital público estadual levantam também a problemática da mãe ou acompanhante, afirmando que a maior dificuldade no trabalho em pediatria decorre destas e não da idade das crianças. Já as do hospital-escola referem fatores inerentes à variabilidade do atendimento de acordo com a faixa etária da criança, mencionando a diferenciação no diálogo com a criança e no trabalho da enfermeira, em função das exigências das faixas etárias. As que manifestam preferência por crianças maiores de cinco anos referem que estas são mais acessíveis ao tratamento e apresentam maior facilidade para a comunicação, enquanto que as menores não interagem bem devido à sua ligação ainda muito forte com a figura materna.

¹⁷ Nome fictício

A respeito do sentimento materno em relação à criança, SNYDERS (1984) lembra a análise da Anna Freud sobre o amor materno, a qual afirma que muitas mães identificam o seu amor à fragilidade da criança e sua incapacidade de defesa. Diante desta fragilidade, a mãe desempenha o papel de protetora e defensora da criança. Esta relação parece estar presente no sentimento de maternidade explicitado pelas enfermeiras.

Nas respostas das enfermeiras docentes observa-se um recorte diferenciado das demais. Procuram dar uma dimensão mais ampla sobre a influência da idade da criança e mencionam a importância de se conhecer bem as características não só da faixa etária, como das experiências somadas a cada dia que passa na vida da criança:

A criança que te conhece, que não conhece, que te estranha, que não estranha, que é mais sociável, aquela que é menos sociável dependendo da idade. A que tem mais curiosidade, a que tem mais medo. Tudo isso ela vai aprendendo. Não é só a questão da idade. É da história que ela tem. A idade também implica nisso. Se você pegar uma criança que tem menos de um mês de idade e que a história dela é mais curta, e uma que tem dez anos, por exemplo, então ela tem uma história né, uma lembrança, uma memória, que vai influenciar bastante (E12).

Além de um olhar mais abrangente, as docentes fazem a crítica a respeito do modo como as enfermeiras consideram ou deixam de considerar a idade no processo de assistir/cuidar da criança:

Talvez agora você me fez pensar numa coisa. Talvez até por falta de aprofundamento dessa questão da evolução né. Porque são dois extremos, parece mais fácil da gente detectar essa diferenciação né. O recém-nascido, totalmente dependente e o adolescente, já bastante independente (E15).

Na fala das docentes, chama a atenção também a preferência pela faixa de idade pré-escolar. Expressam segurança e prazer no trabalho com a criança em idade pré-escolar. Diferentemente das que preferem a criança pequena por sua passividade, dependência e submissão, as docentes admiram a criança que já participa e estabelece diálogo com o ambiente, com a equipe de saúde e com a enfermeira. Parecem considerar estas características como elementos facilitadores de seu trabalho:

O pré-escolar. Porque é uma faixa etária em que eles estão começando, estão assim, com uma curiosidade um tanto... E a receptividade também, aberta né. Então eles procuram mais, questionam mais, querem saber, buscam. Conhecendo a maneira como chegar e conversar, eu acho que a gente tem muito a aprender e ensinar nessa época (E14).

Pode-se dizer que, de modo geral, os depoimentos revelam que as enfermeiras não estão, ou não demonstram estar preparadas para estabelecer de modo efetivo a diferenciação do atendimento em função das necessidades decorrentes da variação das faixas etárias e da dialética individual-social que se manifesta na criança em cada uma destas faixas. Centram-se nas dificuldades que a idade pode condicionar sobre o seu trabalho, deixando de abordar as diferenciações que cada faixa etária exige.

Evidenciam dificuldade em lidar com a faixa de idade entre dois e quatro anos e a predileção recai sobre dois extremos representados pelas crianças muito pequenas e pelas crianças a partir de quatro ou cinco anos acima. Apenas as professoras citam o adolescente como uma faixa de idade preferida em seu trabalho, sendo que, além da preferência, explicitam também uma denúncia da falta de espaço para o estudo e aprofundamento sobre a adolescência:

Eu tenho muito isso né, em casa, vizinhos, amigos. Mas com adolescente eu trabalhei muito pouco. Eu até gosto muito, sou fascinada com adolescente, mas é que dentro da faculdade não existe essa prioridade (E12).

A adolescência tem sido objeto de debates entre os profissionais que se dedicam a estudar e trabalhar com esta faixa etária. Entre as diversas dificuldades, aponta-se o despreparo dos profissionais de saúde de um modo geral para atender o adolescente. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que não deve haver apenas um profissional especializado em atendê-lo, mas todos os profissionais devem estar capacitados para tal. No âmbito hospitalar é comum a internação de adolescentes, sendo que estes muitas vezes são arbitrariamente encaminhados ou para a pediatria, ou para uma clínica de adultos. Entretanto, alguns profissionais já se preocupam em deixar o adolescente à vontade para

optar pela unidade de internação onde sente-se mais à vontade. Mas, o que se constata na realidade é que tanto do ponto de vista da formação dos profissionais, como do ponto de vista operacional, a maioria das unidades continua despreparada para o atendimento de adolescentes. No caso das informações obtidas neste estudo, comprova-se esta realidade quando as enfermeiras descrevem a faixa etária de zero a 13 anos, sem diferenciar que aí se inclui uma parte da adolescência. Também, quando não mencionam o adolescente como cliente em potencial da pediatria, excetuando-se as docentes.

Emerge de forma majoritária, nos quatro grupos, a preferência pela criança menor, sendo que os recém-nascidos são bastante citados. Esta preferência é justificada pelas próprias enfermeiras pela maior facilidade no seu manejo, em comparação com as crianças maiores:

Ah! Os recém-nascidos dão menos trabalho, porque na hora de puncionar uma veia é mais fácil segurar. Ele vai reagir à dor, é lógico, mas é muito mais fácil de trabalhar com ele (E4).

Se você vai fazer um exame num bebê, você está inteiramente à vontade. Se é um adolescente, eu acho que isso já impede um pouco (E6).

Observa-se a expressão de dois eixos: de um lado, e mais frequente, a possibilidade de domínio completo sobre a criança para facilitar as ações a serem desenvolvidas, de outro, menos frequente, revela-se um sentimento maternal, uma associação ao papel de mãe, no sentido de defesa, proteção e carinho. Análise de TEIXEIRA (1996) acerca do modo como a enfermeira representa o corpo-criança hospitalizado revela que esta sente-se capaz de dominar com tranquilidade o cliente-criança em decorrência de sua absoluta autoridade sobre a mesma, considerando a criança dependente e vulnerável à dominação.

3.5. Classe social

Enquanto que 53% e 33% das enfermeiras situam-se, respectivamente, nas classes média e média-baixa, a maioria das crianças que atendem, tanto nos hospitais da rede

privada como nos do setor público, são de classe baixa, seguida da média-baixa. Uma das depoentes faz a seguinte afirmação:

A vida inteira eu trabalhei com pobreza, prá não dizer miséria (E15).

Não constitui novidade o fato da maior parte das crianças doentes serem providas das classes desfavorecidas, uma vez que a precariedade das condições de vida dessas crianças constitui o fator principal dos agravos à sua saúde. Por outro lado, o fato de estarem igualmente distribuídas tanto na rede privada como na pública, também não é novo, já que o sucateamento das instituições de saúde e o recuo das ações estatais na prestação de assistência à saúde faz com que 80% dos serviços prestados no Brasil situem-se na rede privada, enquanto que a rede pública responde por apenas 20%. Diante disso, a descrição fornecida pelas enfermeiras sobre a classe social das crianças atendidas nada mais é do que a repercussão do descaso com as condições de vida e saúde da população, expresso no cotidiano de seu trabalho em pediatria.

A maioria das enfermeiras (73%) concorda que ocorre interferência da classe social no sentido de dificultar seu trabalho, relacionando as seguintes limitações: dificuldade e/ou impossibilidade financeira de solução dos problemas de saúde e continuidade do processo terapêutico; tensões emocionais advindas da vivência de um cotidiano difícil; dificuldades de compreensão e assimilação de informações necessárias ao processo terapêutico. Uma minoria (27%) refere que a classe social deve ser considerada ao se atender a criança, mas não chega a constituir dificuldade para o trabalho da enfermeira.

Investigando se as enfermeiras consideram necessária uma diferenciação do atendimento de crianças de acordo com as classes sociais, observa-se que as respostas enfocam três aspectos: a classe social definindo o tipo de atendimento; as limitações na assistência geradas pelas precárias condições de vida das crianças de classe baixa; a maneira como a classe social interfere no atendimento. Os dois primeiros enfoques

manifestam-se de modo homogêneo entre as enfermeiras da rede privada, do hospital público estadual e do hospital-escola, já o terceiro restringe-se às docentes.

De um modo geral, ao falarem sobre a consideração da classe social no atendimento, foram tomados apenas aspectos isolados como a comunicação a ser estabelecida, o diagnóstico e planejamento da assistência e as exigências diferenciadas de atenção de acordo com a classe social (crianças da classe baixa são mais sofridas e carentes). Nestes aspectos, centram a atenção mais na mãe ou acompanhante, do que na própria criança.

De um modo geral, o cuidado e o acompanhamento das crianças têm sido delegado às mulheres, não só no que se refere às questões de saúde/doença, mas em todos os aspectos da vida infantil. A tarefa de cuidar das crianças, tradicionalmente considerada tarefa menos importante, vista como atividade do âmbito doméstico e desvalorizada, não mereceu o mesmo apoio que as demais, no sentido de qualificação para o seu desempenho (MILLER, 1991). Mesmo não dispondo das informações e condições necessárias, as mulheres são convocadas a manter as crianças em boas condições de vida.

Não resta dúvida de que, quando as enfermeiras afirmam que as dificuldades relativas à classe social relacionam-se mais à mãe do que à crianças, elas estão se referindo à mãe proveniente das camadas mais pobres da população, que vive sob a privação de moradia, alimentos, higiene, informação etc., são os seus filhos os que mais adoecem e utilizam os serviços de saúde.

A partir do momento em que as pesquisas indicaram a importância da presença materna durante a hospitalização da criança, tornando-se inclusive uma das exigências para sua hospitalização, esta presença veio somar-se às responsabilidades da enfermeira, exigindo orientação, acompanhamento supervisão constante também da mãe. A maior parte dos problemas decorrentes da presença da mãe, entretanto, origina-se do não

provimento da rede hospitalar das condições adequadas para recebê-las e acomodá-las, gerando uma situação de desgaste físico e emocional tanto das acompanhantes como da equipe de enfermagem. Muitas chegaram a afirmar que preferem trabalhar em ambientes fechados (como UTI, centro cirúrgico etc.) onde não necessitam conviver com a presença da mãe. Sob estas circunstâncias, o momento da hospitalização da criança, que poderia ser aproveitado pela enfermeira como um momento enriquecedor para o binômio mãe-filho, através da educação em saúde, torna-se, na maioria das vezes, um período de sofrimento e angústia para ambas as partes.

A presença da mãe, principalmente as da classe baixa, é mencionada como um elemento que não apenas dificulta, como também duplica o trabalho da enfermagem, pois necessitam de supervisão constante, sendo que grande parte delas encontra-se também com a saúde precária, compreendendo-se o termo saúde no seu mais amplo significado. A enfermeira passa a ter dois clientes: a mãe e a criança.

A gente recebe a mãe alcoólatra, toxicômana, prostituta, uma que mora embaixo da ponte, mas uma cidadã que tá lá por contingências da vida. Então esse é um dos trabalhos maiores que a gente tem aqui porque cê tem que ensinar a mãe até a banhar, tomar banho, a mãe tomar banho (E6).

As enfermeiras percebem a concretização da precariedade das condições de vida muito mais na mãe do que na criança. Quando se torna elemento presente no cotidiano da hospitalização, a mãe faz com que se projete dentro desse cotidiano toda a problemática decorrente de sua condição de existência, manifestando aí não só os elementos relativos à saúde/doença, como todos aqueles que nela repercutem. Embora a criança compartilhe as mesmas condições de vida da mãe, a enfermeira percebe sua expressão de modo mais forte nesta última. Por outro lado, tal questão também aparece de forma secundarizada:

Se a gente for diferenciar a questão da classe social... Quando a gente fala da criança, isso parece que some, desaparece (E14).

Ao enumerar as dificuldades na assistência em virtude das limitações geradas pela condição de classe, as enfermeiras novamente mencionam apenas as mães, citando os seguintes pontos: ausência de informações básicas sobre higiene e saúde; hábitos culturais que impõem limitações à assistência e ao tratamento da criança; dificuldades de comunicação e sociabilidade; limitações financeiras que impedem ou dificultam a implementação e continuidade da assistência e tratamento.

Quanto à diferenciação do atendimento, mencionam a ocorrência de discriminação pelos vários profissionais da área. Mostram-se indignadas com tal situação e referem buscar a prática de um atendimento justo e igualitário, de acordo com as necessidades individuais da criança:

Há profissionais que dão muito mais atenção para a criança particular, do convênio, do que para uma criança do SUS (E3)

Eu acho que existem muitos profissionais que têm uma diferença muito grande no atendimento e eu sou muito revoltada com isso, eu acho que não tem o mínimo cabimento (E12)

Outra relata que onde trabalha, embora não seja uma orientação da instituição, alguns profissionais, na maioria das vezes médicos, prestam atendimento melhor para certas crianças, chegando a exigir da enfermeira essa mesma conduta:

Às vezes, se é um convênio, ou vem cheio de parente de médico, que sempre tem isso. Eu já fico...! Eu não gosto. É lógico que a gente às vezes tem que agir de certa forma, mas nossa!... Eu fico morrendo de raiva disso. Porque às vezes a gente tem que agir né!. O médico chega e fala: esse aqui é... Cê já sabe né. Tipo assim, exclusividade para certas coisas, um material, um esparadrapo micropore. Eu vou usar no que necessitar do uso, seja qualquer um! Ora! a pele dele é sensível igual à do outro (E2).

Tal fato evidencia, além da discriminação da criança de classe desfavorecida, a relação de poder dentro da equipe, quando a enfermeira revela que, mesmo afirmando não concordar, sofre pressão para agir de modo discriminatório.

3.6. A relação enfermeira/criança

Acerca da relação enfermeira/criança foram explorados três pontos: a maneira como a enfermeira vê sua relação com a criança; como percebe esta criança que é seu objeto de trabalho, em comparação com as demais crianças de seu círculo de convivência e como situa a criança que ela própria foi em relação à criança com a qual trabalha.

Entre as enfermeiras da rede privada, enquanto uma considera que a relação com a criança é boa, as demais referem dificuldades, sendo apontados no conjunto três fatores geradores: a necessidade financeira, que leva muitos profissionais a ingressarem em pediatria sem ter gosto ou afinidade pelo trabalho com a criança, repercutindo negativamente em seu relacionamento com ela; a impossibilidade de controlar as atitudes das mães, dificulta o relacionamento da equipe com a mesma e com a criança; as condições de trabalho absorvem a enfermeira com atividades de natureza diversa de seu trabalho, levando ao dispêndio do tempo que seria dedicado a promover uma relação desejável com a criança e sua família. Diante desta ausência da enfermeira, quem assume mais diretamente o cuidar/assistir da criança é o pessoal de nível médio. Estes três fatores podem ser observados abaixo:

Fica uma afinidade boa. Por mais dura que seja a enfermagem, ela sempre amolece com o sofrer da criança, com o sorriso, com a melhora (E1).

É difícil porque nem todos que trabalham na enfermagem em pediatria são os que gostam mesmo de criança, porque hoje em dia não dá. Eu acho que assim uns 50% deve ser, ou nem isso, os que gostam (E2).

Eu penso que é um triângulo: o profissional, o cliente e a família do cliente. Mas o que a gente percebe muito é que ela [a enfermeira] atende muito mais à necessidades da doença do que da criança. Isso não quer dizer que eu seja assim, mas por outro lado eu não vou te falar que eu vejo a criança como um todo, por falta de tempo. Eu sou sozinha aqui... (E3).

É uma relação bem melindrosa porque a criança às vezes chora, fica nervosa, irritada, mas você consegue dominar ela pra fazer alguma coisa. E nem sempre você consegue isso com a mãe, pai ou acompanhante (E4).

As enfermeiras do hospital público estadual também consideram que há dificuldades no relacionamento com a criança decorrentes das condições de trabalho, mas

ao contrário das da rede privada, localizam estas dificuldades na escassez generalizada de recursos humanos que causa a absorção da enfermeira pelas atividades do profissional de nível médio, deixando descoberta sua função de enfermeira e a oportunidade de estabelecer um relacionamento satisfatório com a criança.

... como a gente lida com uma dificuldade muito grande de pessoal, de recursos humanos, então o enfermeiro, ele é enfermeiro assistencial. Ele pega escala de serviço! Na atual conjuntura que está a saúde eu vejo uma limitação muito grande (...) porque você fica mesmo é pincelando prioridades (E6).

As enfermeiras do hospital-escola dividem-se em três pontos de vista diferentes.

A enfermeira acaba fazendo um vínculo maior com a criança, com a família do que os demais profissionais (E9).

Eu tenho a realidade aqui do H.C., da nossa equipe, como lidam com a criança e tenho a realidade na rede fora desse hospital. E eu fiquei assim até um pouco chocada quando vi, em certos meios aí fora, como é atendida a criança (...), tá muito ainda só na assistência, assim muito precária (E10).

Eu vejo que as mães que vêm de outro hospital, elas mesmas falam que aqui é diferente, que aqui elas sentem o pessoal mais receptivo (...). Nas instituições particulares tem menos funcionários pra lidar com aquele tanto de criança. Então você tem que fazer as coisas corridas, não tem tempo de parar, conversar, dar um carinho (E11).

Duas consideram que, embora a comunidade de um modo geral não saiba identificar a enfermeira na equipe de saúde, quando chega a fazê-lo, demonstra satisfação com o relacionamento estabelecido. Afirmam que em pediatria, a enfermeira estabelece uma relação mais estreita com a clientela do que em outras especialidades. Outra já analisa que há um desamparo da criança em toda a sociedade e isso de certa forma repercute na relação da enfermeira com a criança, que se torna insatisfatória. Um terceiro ponto de vista é expresso duas enfermeiras do Hospital-escola, que consideram haver em Goiânia duas realidades: a do Hospital-escola, onde as enfermeiras estabelecem uma relação de qualidade com a criança, apesar das deficiências de recursos materiais e humanos; outra, nos demais hospitais, principalmente na rede privada, onde o relacionamento não é de qualidade porque a assistência da enfermeira restringe-se apenas à doença da criança e, mesmo assim, de forma muito precária.

No grupo das docentes também há pensamentos divergentes. Uma centra-se na análise da universidade, apontando a precariedade em cumprir seu papel de formar profissionais imbuídos de espírito crítico e humanístico.

Todo mundo fala que a universidade tem que formar profissionais críticos (...). Tem possibilidades disso, você estimula a crítica, a análise e a reflexão (...). Só que não existe isso aqui dentro. Agora, na relação com a criança, toda essa situação se reflete, então a gente observa aquela falta de interesse (E12).

Duas definem a relação com a criança como burocrática, autoritária, de poder, uma vez que é de adulto para criança e, não só na enfermagem, mas em toda a sociedade, o adulto subjuga a criança. Uma outra refere que a enfermeira trata a criança como ser impotente, desenvolvendo para com ela um protecionismo exagerado.

Eu acho que essa relação é de poder, porque é um adulto cuidando de criança. E isso não é só na enfermagem que a criança não tem vez e nem voz. Então eu acho que o adulto sempre subjuga a criança pelo poder, pelo tamanho (E13).

Embora 66% das enfermeiras estudadas tenham filhos, apenas uma, docente, menciona a importância da maternidade para melhor compreensão da criança:

Acho muito difícil alguém trabalhar bem com criança sem ter um filho. O convívio com uma criança no dia-à-dia, no mesmo teto... ser responsável por uma criança é uma coisa que marca e ensina muito. Acho que o profissional pode até ser muito bom, mas por mais que se esforce não chegará ao mesmo nível de compreensão daquele que tem filho (E12).

Nas falas a respeito da relação enfermeira/criança percebe-se a princípio a existência de heterogeneidade, de contradição interna nos grupos, uma vez que há posicionamentos diferenciados dentro de um mesmo grupo. Por outro lado, embora as da rede privada, do hospital público estadual e do hospital-escola abordem pontos diferentes nesta relação, há certa coincidência. As enfermeiras do hospital-escola classificam a relação em dois níveis, considerando a realidade de Goiânia: o que ocorre no hospital-escola e o que ocorre fora dele, incluindo aí tanto a rede privada como a pública. Para elas a relação que acontece no hospital-escola aproxima-se mais do que seria desejável em termos da compreensão da criança em sua totalidade. Já no espaço fora do hospital-escola, apontam que a assistência é muito precária, em face do excesso de atividades burocráticas

e da deficiência qualitativa e quantitativa de recursos materiais e elementos da equipe de enfermagem.

Por sua vez, as enfermeiras da rede privada e do hospital público estadual também apontam as mesmas limitações levantadas por suas colegas do hospital-escola. Sentem-se sobrecarregadas pelo excesso de atividades administrativas e burocráticas e pela insuficiência de enfermeiras, ficando a assistência direta à criança muito mais na responsabilidade dos profissionais de nível médio, que nem sempre sabem ou gostam de trabalhar com criança.

As falas das docentes centram-se na crítica da relação enfermeira/criança em si, descrevendo-a como relação ou de poder ou de superproteção e na autocrítica sobre o papel da universidade. Assinalam que a formação da enfermeira enfatiza aspectos assistenciais, técnicos, burocráticos e a formação é incapaz de proporcionar um conhecimento mais compreensivo da criança, principalmente de suas especificidades. Esta autocrítica das docentes confirma-se nos depoimentos das demais enfermeiras, de cuja formação profissional também participaram, e que descrevem essencialmente as mesmas limitações que as docentes apontam.

Dentro ainda desse aspecto da relação enfermeira/criança, procurou-se apreender que relação fazem entre sua infância e a infância de hoje. Nota-se que está presente na sociedade, de um modo geral, um discurso sobre o conflito de gerações, originado pelas contradições entre crianças e jovens, de um lado, e de adultos e velhos, de outro. A criança representa ao mesmo tempo a tradição e a renovação social. É vista como depositária tanto da continuidade quanto da renovação, ou até mesmo da ruptura de determinados modelos sociais. Sendo herdeira social e cultural das gerações anteriores, é criadora. Mas no fato mesmo de ser criadora reside sempre alguma negação de seus antecessores. A respeito desta dialética intergeracional SNYDERS (1984) afirma que **onde não há dialética,**

continuidade dialéctica do tempo, desaparecem não só a unidade da infância mas também a unidade entre a infância e a vida adulta (SNYDERS, 1984:295).

Analisando-se o confronto feito pelas enfermeiras entre a criança do seu tempo de infância e a criança que hoje é seu objeto de trabalho, notam-se diferenças nos pontos enfocados, tanto no interior dos grupos quanto na comparação entre um grupo e outro. No grupo da rede privada as falas encaminham-se para o lado pessoal, individual e, apesar de duas enfermeiras abordarem aspectos sociais, como a violência e condições de vida da criança, não extrapolam a comparação com o plano pessoal.

Eu me sinto também criança. De repente eu tô brincando, eu tô falando aquele linguajar de criança (E1).

Eu tive uma infância tão livre, tão boa. Agora as crianças aqui... Tem casos de espancamento... (E2).

A criança da minha época era mais ingênua. Eu tive infância com boa alimentação, tive escola, tive mãe presente (E3).

Quando era criança eu tinha verdadeiro pavor de injeção. Então quando eu vou fazer algum procedimento, eu lembro que fui uma criança assustada igual aquela (E4).

Há uma identificação com as crianças tímidas, porque fui uma criança muito tímida, educada de modo muito rígido e tradicional (E5).

As enfermeiras do hospital público estadual apontam as transformações na vida infantil decorrentes das mudanças sociais, aparecendo em comum a preocupação com a redução da liberdade da criança na sociedade atual.

Eu vivi numa época que a gente tinha liberdade, tinha segurança, usava e abusava da competência de ser criança. Nossas crianças de hoje não têm mais isso. Ou fica limitada ao espaço do "plim-plim" ou vai para a creche... a gente tem até medo de determinadas creches por aí... (E6).

No hospital-escola as análises encaminham-se também para dois lados. Um analisam pelo aspecto individual, pessoal, enquanto outras encaminham para as questões mais ligadas com as mudanças sociais que refletem na vida infantil, alterando-a:

Eu gosto de trabalhar mais com a criança doente, porque fui uma criança doente, com várias hospitalizações, acho que me vem muito dessa relação (E9).

Eu tô notando, não sei se por causa da televisão, da imprensa, da modernidade do século, eu achei que avançou muito numa parte, em conhecimento... Tive uma infância feliz, de sonhos, fantasias. A gente compara a infância da gente com a criança que tá chegando, dá uma inquietação, inquietação de Brasil, a nível mundial, como a criança tá sem proteção, sem apoio. Em todos os níveis de profissão eu acho que tá faltando um esclarecimento maior das pessoas em lidar com a criança (E10).

A questão social, a situação da classe social é bem próxima, porque eu sou de uma família muito pobre e, certamente se eu fosse internada, seria igual a essas crianças que ficam aqui (E8).

Entre as docentes, umas referem não se lembrar bem de sua infância e não se sentem em condições de fazer essa análise, outras o fazem pelo lado pessoal, das experiências vividas, da relação entre a história pessoal e sua repercussão no relacionamento com a criança que atendem.

Eu acho que todas as pessoas carregam sua história. Você é também um produto do que você foi. Tem algumas coisas que a ciência ainda não definiu, que cada profissional assume uma conduta, uma postura, e tudo isso daí é influenciado pela história de cada um (E12).

Inconscientemente tem um peso muito grande. Quem teve uma infância feliz, curtiu a infância, gostou de ser criança, certamente gosta de criança (E13).

Apesar da heterogeneidade dos pontos enfocados entre os grupos, percebe-se a presença de certa unidade nas falas, que é o papel do contexto social e espaço-temporal na demarcação das diferenças entre gerações. O conflito intergeracional descrito por SNYDERS (1984) aparece, ainda que de forma velada, quando as enfermeiras mencionam que sua infância era melhor que a dos dias atuais.

Segundo este autor, a especificidade da infância e da juventude não são de forma nenhuma inerentes, mas construídas. Essa construção não se realiza sem o adulto, o qual, assim como a criança, toma parte de determinadas relações sociais. As diferenças mais significativas, portanto, são as de classe e não os conflitos intergeracionais.

O pensamento das enfermeiras parece que guarda esta compreensão, pois nota-se em todos os grupos uma referência significativa às diferenças de classes sociais. Para elas o que diferencia as crianças de seu círculo de convivência e aquelas com as quais trabalham é a condição social. As falas revelam os seguintes pontos homogêneos:

- As crianças do círculo de convivência geralmente vivem em condições privilegiadas, gozam de boa saúde e são alegres enquanto as crianças que atendem no trabalho vivem em condições precárias, são doentes, possuem uma visão de mundo mais triste e menos esperança no futuro.
- As necessidades básicas de uma criança são as mesmas, mas os estratos sociais diferenciam o grau dessas necessidades e a possibilidade de meios para supri-las.
- Todas as crianças sofrem com a ausência da mãe que trabalha fora.
- A enfermeira tenta integrar suas experiências profissionais e pessoais, de relacionamento e assistência à criança, de modo que tragam proveito para as crianças dos diversos estratos.
- Cada criança é única, e do convívio com ela, seja pessoal ou profissional, a enfermeira extrai elementos que podem ser úteis para o cuidar de outras crianças.

É mencionada a preocupação em aproveitar da melhor maneira as experiências adquiridas no cotidiano do trabalho com a criança, no sentido de alcançar melhor compreensão, conhecimento e convivência pessoal e profissional com as crianças de uma maneira geral. Percebem a interferência do ingresso da mulher no mercado de trabalho e sua repercussão na vida da criança, onde a mãe já não é mais uma figura tão presente e avaliam que esta ausência da mãe ocasiona prejuízos de diversas ordens, tanto para as crianças de classe privilegiada como para as de classe baixa.

Aparece, isoladamente, por parte de algumas enfermeiras, a percepção de proximidade entre sua experiência de vida na infância e a que observam nas crianças com as quais trabalham, tanto no plano individual, como no plano social. Afirmam que esta proximidade leva-as à lembrança das situações pelas quais já passaram, e que presenciam

na vivência das crianças que atendem hoje, embora não cheguem a explicitar a existência de maior sensibilidade ou compreensão para com estes casos isolados.

Embora algumas enfermeiras enfatizem o papel da condição de classe e as repercussões do contexto social na vida da criança de hoje, não chegam a formular uma análise aprofundada sobre a transformação histórica da criança, de seu papel e das concepções vigentes na sociedade a seu respeito, e de como isso repercute no interior da prática da enfermeira para com a criança.

3.7. O espaço da criança na sociedade.

Para apreender como as enfermeiras representam a questão da igualdade social da criança, pediu-se a elas que analisassem a seguinte afirmação: “As crianças, sem distinção de raça, gênero, classe social e época são todas iguais e assim devem ser tratadas”. Das respostas foram extraídos quatro grupamentos reveladores do modo de pensar das enfermeiras: 1. não deve haver desigualdade; 2. não há desigualdade; 3. todas as crianças são iguais, mas em relação ao sexo, idade e cultura, deve haver individualização; 4. a igualdade situa-se numa dimensão ideal e o que se encontra no real é desigualdade e discriminação da criança.

Estes quatro modos de entendimento aparecem de forma heterogênea e divergente no interior de cada grupo, exceto entre as docentes, onde todas expressaram um entendimento convergente para o quarto grupamento.

As falas revelam unidade de compreensão quanto às diversas conquistas alcançadas mas que ainda permanecem no discurso, sendo que o espaço da criança na sociedade é ainda muito restrito. De modo geral, foram levantados aspectos relativos às precárias condições de vida da maioria das crianças e à enorme distância entre o discurso e a prática,

até mesmo por parte dos profissionais que se dedicam a ela, inclusive as próprias enfermeiras. O Estatuto da Criança e do Adolescente é mencionado como um avanço que não se concretiza na prática devido ao descaso e à falta de interesse geral em solucionar a problemática da população infantil. Observam-se estas análises nos seguintes trechos das falas:

Toda a sociedade só pensa no financeiro. No hospital pediátrico também (E2).

Há muita propaganda e pouca ação por parte do governo no que se refere à assistência à infância. Falta alimento, saúde e educação para a criança pobre, mas não é só disso que ela precisa (E3).

Os filhos são clones dos pais. Eles são doentes, cheios de problemas e isso reflete nos filhos (E6).

Há muito o que avançar em termos de condições sociais e econômicas. Não é um problema só da criança, mas de toda a sociedade (E9).

A maioria das crianças está no nível social mais baixo. O governo não dá apoio à educação, saúde, lazer. Os profissionais têm feito pouco pela criança. A criança é desprestigiada, não tem prioridade. (E10).

A parte de falar, de punir os pais por maus tratos está mais atuante. No que diz respeito às condições de educação, saúde e alimentação não há melhoras. Não se procura promover estrutura aos pais para cuidarem bem das crianças (E11).

As docentes exploram pontos diferentes das demais, apontando elementos como a falta de respeito e valorização da criança e a discriminação da criança como ser que incomoda. É abordada de modo mais enfático a diferença do espaço ocupado pela criança das diferentes classes sociais. Uma docente, entretanto, considera que a criança ganhou liberdade, respeito, participa e toma decisões, embora ainda seja vista como ser dependente.

A criança já tem papel definido, busca sua liberdade, reivindica, assume posturas, atitudes na família e na sociedade, mas ainda é vista como ser extremamente dependente (E14).

Na classe média e alta a criança tem muito espaço, saúde, lazer, brinquedo, educação, informação, cultura. A criança que não pode pagar não tem. Os direitos da criança na realidade não existem (E15).

Procurou-se identificar qual a percepção das enfermeiras sobre as diversas atividades desenvolvidas por crianças na sociedade. As falas mostram que elas consideram

peculiares à criança aquelas atividades próprias das crianças das classes privilegiadas. De modo geral, consideram que todas as crianças, independente da classe social, são expostas às atividades definidas pelos adultos e muitas vezes privadas da liberdade de realizar atividades voltadas para seus verdadeiros interesses, embora não mencionem quais seriam esses interesses. Descrevem uma infância prejudicada, ou por excesso ou por falta, de alimentação e educação. Afirmam que, de modo geral, a criança está sem apoio da família, dos profissionais, da sociedade.

Emergem em todas as falas o “brincar” e o “estudar” como fazeres próprios da criança, embora afirmem que muitas não estudam e nem brincam. Mencionam isoladamente o esporte, a dança, viver a infância e crescer. O trabalho foi mencionado como uma atividade que a criança faz, mas que não é própria da infância, caracterizando exploração e injustiça social. Foram feitas ainda as seguintes considerações:

- Na classe alta há excesso de atividades escolares cada vez mais diversificadas, de modo cada vez mais precoce, ocupando abusivamente o tempo da criança e privando-a da liberdade de brincar e descobrir o mundo.

- Enquanto na classe baixa há inúmeras crianças sem escola, sem creches, sozinhas, cuidando de outras crianças, servindo de mão-de-obra barata, prostituindo-se, na classe alta há excesso de alimentação, de lazer, de informações, de todo tipo de consumismo.

- A vida social tem começado muito cedo. A criança vai para a escola muito cedo porque a mãe trabalha fora e já assume muitas responsabilidades sociais.

- A criança só fica obedecendo o adulto, não possui liberdade de expressão, há pouca liberdade para suas iniciativas próprias. Não se valoriza a iniciativa infantil.

Embora considerem como próprio da criança estudar e brincar, as enfermeiras analisam que estas atividades dependem da classe social em que a criança está inserida.

A análise dos pensamentos expressos pelas enfermeiras, acerca do espaço da criança na sociedade, revela a ausência de uma visão histórico-social. No plano ideológico, representacional, afirmam considerar alguns aspectos relativos às determinações sociais que pesam sobre a da criança. Mas, no plano da prática profissional estes aspectos são, na maioria das vezes, relegados, pois as enfermeiras expressam limitações em considerar as questões de gênero, classe social, diferenças de gerações, enfim, a historicidade do ser criança.

3.8. A formação acadêmica, a prática profissional e a representação de criança

Procurou-se conhecer como são percebidas as contribuições da formação acadêmica e da prática profissional, e que leitura as enfermeiras fazem do papel de ambas, na elaboração de suas representações sobre a criança. As falas foram analisadas em separado e depois confrontadas para uma visão do conjunto, contrapondo-se a formação acadêmica (graduação e pós-graduação) e a prática profissional.

Na página seguinte é apresentado um quadro contendo a síntese do confronto graduação/pós-graduação e prática profissional, a partir das falas de cada uma das enfermeiras.

Quadro 2. Síntese das falas das enfermeiras sobre o papel da graduação, pós-graduação e prática profissional na construção de suas representações sobre a criança. Goiânia Ago./set. 1996.

Graduação	Pós graduação	Prática profissional
E1-Reforçou aspectos técnicos	Saúde Pública: ênfase estatística sobre doenças mais prevalentes	Passou a valorizar mais a saúde da criança
E2-Percepção da criança doente	Não cursou	Visão mais ampla da criança
E3-Percebeu o lado da doença na criança. Antes via só como "ser engraçadinho"	Não cursou	Percepção do lado social da doença, que não viu na escola: carência, sofrimento e fome
E4-Percepção da criança hospitalizada do ponto de vista dos traumas que ela pode ter.	Não cursou	Compreensão de aspectos do desenvolvimento da criança que a escola não proporcionou.
E5-Visão superficial	Iniciando especialização em Enfermagem Pediátrica	Mostrou as várias faces da criança de diferentes classes
E6-Não mudou. A escola deu apenas um verniz à visão que já possuía	Especialização - Saúde Pública: Não estudou temas da criança	Percepção mais agradável do trabalho com a criança. Extrapolou o lado apenas técnico, mas a concepção de criança não mudou
E7-Percepção da criança como um todo	Especialização - Saúde Pública: Aprimorou a visão sobre educação em saúde.	A convivência com crianças no trabalho aprimorou o que já conhecia antes.
E8- Visão muito superficial e rápida sobre a criança. A graduação não desperta o interesse pela criança	Não cursou	O trabalho em Pediatria confirmou, solidificou o interesse pela criança.
E9-Visão limitada sobre a criança	Especialização em Enfermagem Pediátrica: percepção de que a criança não é "adulto em miniatura", é ser humano numa etapa de desenvolvimento	Interferiu muito. Foi o que mais ampliou sua visão sobre a criança.
E10-A graduação não prepara bem para lidar com a criança. Geralmente o aluno de graduação não gosta de trabalhar com criança	Especialização - Enfermagem Pediátrica: Percepção da criança como um todo e não só da sua doença	Percepção das especificidades da criança.
E11-Centrou-se na visão da criança hospitalizada, doente	Cursando especialização em Enfermagem Pediátrica: busca perceber mais a criança a partir de seu contexto de vida	O trabalho em Pediatria modificou muito sua concepção.
E12-Como nunca tinha lidado com criança antes, descobriu a criança na faculdade	Cursos não ligados à área da criança, não concluídos: não modificaram sua concepção	Não está diretamente na assistência à criança, mas acredita que com o passar do tempo sua concepção de criança foi se aprimorando.
E13-A graduação fornece elementos científicos básicos a respeito de crescimento, desenvolvimento e necessidades psicobiológicas	Mestrado em Enfermagem: trabalho com tema em pediatria: percepção mais social e política, com visão mais abrangente da assistência à criança	Especialmente em Pediatria a prática é fundamental. A criança mostra, revela a cada dia, o que os livros não trazem.
E14-Enfoque técnico, curativo, assistencialista: visão da criança como um ser frágil e impotente	Especialização Planejamento de Sistemas de Saúde: não tratou questões específicas da criança, mas ampliou seu horizonte sobre o ser humano	Passou a respeitar mais a criança, a ver nela um cidadão, a estabelecer com ela uma relação mais humana
E15-Interesse pela criança foi despertado no segundo grau, a graduação apenas reforçou	Especialização em Enfermagem Pediátrica e Metodologia do Ensino Superior: ampliou a visão	Foram acrescentados outros conhecimentos que na escola não havia adquirido

Observa-se que, no conjunto, as enfermeiras consideram que a graduação oferece uma visão limitada, priorizando aspectos biológicos e técnicos mais relacionados à doença do que à saúde da criança. A maioria não cursou pós-graduação ou realizou cursos não relacionados à área da criança, mas as que fizeram ou estão fazendo cursos de pós-graduação em pediatria, referem mudança na concepção que possuíam anteriormente sobre a criança. A prática profissional é mencionada como uma experiência que modifica a concepção de criança e, na maioria dos casos, seu papel é mais valorizado do que o da graduação em enfermagem. Apenas as docentes demonstram preocupação em valorizar equilibradamente o conhecimento teórico e a prática profissional, como elementos intervenientes na concepção de criança e apenas uma, recém-formada, valorizou o papel do curso de enfermagem.

Pelo exposto na maioria das falas, inclusive das docentes, percebe-se que o ensino de enfermagem pediátrica no curso de graduação em enfermagem não tem se constituído num espaço oportunizador da apreensão da criança em sua historicidade, e concretude. Tão pouco tem proporcionado ao futuro profissional uma visão que lhe possibilite desenvolver a capacidade de crítica e transformação da realidade vivida pela maior parte da população infantil em nosso contexto, que é uma realidade determinada por sua condição social. Percebe-se ainda a centralidade sobre o ser criança doente e nas técnicas relacionadas a assistência à sua doença. Desse modo, o profissional confronta-se, já em situações de trabalho, com um ser criança que revela todas as faces da problemática da vida infantil, sem que antes tenha conhecido e compreendido o processo de construção do ser criança na sociedade, inclusive fazendo a crítica da especificidade da infância.

COLLET (1995) demonstra que, embora encontre-se em fase de transição, no ensino de enfermagem pediátrica as técnicas continuam a ser consideradas como um importante instrumento de trabalho. LIMA (1993), ao estudar a relação entre a formação e

a prática profissional do enfermeiro, salienta que a educação em enfermagem apresenta-se desvinculada da realidade da prática profissional, caracterizando uma dissociação entre teoria e prática. Assim, no cotidiano de trabalho, a enfermeira depara-se com a contradição entre a criança real e a representação de criança reinante no interior da sociedade, que ela já carrega. Neste embate, desenvolve sua própria visão de sujeito técnico-vivencial, porém sem a possibilidade de integração de uma teoria crítica e enriquecedora acerca da concepção de criança com uma prática realística, também enriquecedora, mas principalmente transformadora.

REPRESENTAÇÕES: PONTO DE PARTIDA PARA UMA APROXIMAÇÃO DA CRIANÇA CONCRETA

Este trabalho procurou apreender as representações sociais da criança elaboradas por enfermeiras que trabalham em hospitais pediátricos, para problematizá-las, buscando explicitar a relação entre a criança representada e a criança concreta. Embora o estudo seja referente às enfermeiras que trabalham em hospitais pediátricos, a análise das informações aqui obtidas pode ser útil para todos aqueles que se dedicam ao estudo ou ao trabalho com crianças, podendo contribuir para o repensar crítico acerca do modo como se representa a criança.

Não foram percebidas grandes diferenças nos discursos, que possam ser atribuídas às variações da caracterização sócio-demográfica dos sujeitos. Há concepções comuns entre os sujeitos, independentemente de sua caracterização, como por exemplo a idéia de contradição entre o ser criança e o ser adulto, a ausência de valorização das questões ligadas ao gênero da criança e outras.

A leitura do objeto apreendido revela representações caracterizadas pela presença de divergências e ambiguidades, ora marcadas pelo saber técnico-científico vigente no campo da saúde e da enfermagem, ora por um conhecimento vivencial carregado de representações reinantes na sociedade. Os recortes utilizados pelos sujeitos de cada grupo

indicam a existência de dois planos principais, um horizontal, onde se agregam as representações comuns aos quatro grupos de sujeitos estudados; e um vertical, onde há representações que podem estar ligadas às especificidades de cada grupo.

No plano horizontal observam-se dois eixos: um recortado pelos traços predominantes no desenvolvimento histórico da enfermagem, como por exemplo a divisão técnica, o parcelamento do trabalho de assistir/cuidar e o fazer burocrático; outro, recortado por traços predominantes nos discursos vigentes na sociedade acerca da criança.

No plano vertical identificam-se recortes diferenciados, os quais podem estar sendo gerados por especificidades decorrentes das condições de trabalho de cada grupo. Há singularidades marcantes nos discursos, configurando-se, principalmente, em dois pólos. De um lado, o tom acadêmico do discurso das docentes, buscando dar conta de uma visão política e social acerca da criança. De outro, o tom burocrático-administrativo e queixoso, marcando as falas das demais enfermeiras. Estas últimas expressam também um tom de denúncia, explicitando ainda, as relações conflituosas e de poder na área da saúde, tanto no âmbito público como no privado.

A concepção de criança expressa pelas enfermeiras inclui-se no eixo ligado ao saber técnico-científico da área da saúde e da enfermagem, sendo priorizada a dimensão do crescimento e desenvolvimento, centralizada no lado biológico, bem como o assistir/cuidar à doença, e não à criança em sua totalidade. Já as idéias ligadas às diferenças/semelhanças entre adulto e criança, idade, gênero e classe social, expressam a utilização de uma rede complexa de representações presentes na sociedade, não ligadas especificamente ao saber técnico-científico da área da saúde ou da enfermagem.

O predomínio da visão, que concebe a criança como ser em crescimento e desenvolvimento, porém priorizando o aspecto biológico, centrado no corpo, pode ser localizado no processo de desenvolvimento do saber sobre a criança na área da saúde. No

Brasil, a visão biologicista que predomina no campo da saúde, foi reforçada no interior na área da saúde da criança com o surgimento dos programas governamentais voltados para a criança, culminando com o PAISC.

Este programa, embora traga em suas bases programáticas um referencial que procura contemplar o ser criança, tendo como eixo maior seu crescimento e desenvolvimento global, na prática caracteriza-se por ações ligadas à dimensão biológica, priorizando, dentro desta, apenas alguns elementos de avaliação, como por exemplo o peso, e secundarizando outros, ligados à dimensão social, como o desenvolvimento social, cognitivo, afetivo etc.

Segundo MARQUES (s/d), na sociedade europeia do século XVIII, em meio à instalação do capitalismo, no cenário da elevadíssima mortalidade infantil é que emerge o interesse pela proteção da criança, tornando-se esta objeto da elaboração de políticas públicas, de variadas instituições e do saber científico, que ainda hoje marcam o lugar e o papel social da criança, os pensamentos e as representações a seu respeito.

Para ROCHA (1990), há na enfermagem uma rede de conexões entre o referencial teórico utilizado e as necessidades presentes na sociedade. Nesta rede, as práticas de saúde sobressaem-se como pólos importantes para a busca de respostas às necessidades sociais, através do controle social da doença e da recuperação da força de trabalho. O crescimento e o desenvolvimento infantil tornam-se então, para a enfermeira, um rico substrato na organização da assistência à criança, tanto no nível individual como no coletivo. Realiza-se o agrupamento por faixas etárias que comportam determinadas fases de crescimento e desenvolvimento, tornando-se este o principal instrumento de apreensão do processo saúde-doença na criança.

As representações explicitadas pelas enfermeiras revelam que este referencial ainda é hegemônico, pois ao definir o que é o ser criança, recorrem às expressões crescimento e

desenvolvimento. Mas, apesar da inclusão do termo desenvolvimento no discurso, na prática ele não se encontra contemplado, uma vez que as ações limitam-se, muito mal, à esfera biológica, como pode ser percebido na descrição das atividades diárias do trabalho das enfermeiras em pediatria.

Entre as representações ligadas ao conhecimento vivencial, ou seja, aquele compartilhado na totalidade social, portanto não exclusivas de uma ou outra área do conhecimento, encontra-se a separação radical entre adulto e criança e a visão de ambos como seres opostos, marcados por antagonismos e tendo como traço comum apenas a espécie. Predomina a compreensão da criança como ser bom, flexível às mudanças, frágil, dependente e incompleto do ponto de vista de sua formação, e do adulto como ser corrompido pela sociedade, fechado às mudanças, independente e completamente formado. Enquanto brincar e estudar são atividades consideradas próprias da criança, o trabalho é considerado atributo próprio do adulto.

Esta representação da criança em oposição ao adulto, mostra que, se a enfermagem possui um referencial técnico-científico para tratar do aspecto biológico, ligado ao corpo físico da criança, quando se trata de sua percepção do ponto de vista social, lança mão de representações correntes na sociedade, as quais atravessaram os tempos e permanecem vivas na contemporaneidade. O recurso a estas representações, extrapolando o limite interno da profissão e da área da saúde, pode ser explicado pela ausência, em seu corpo próprio de conhecimentos, de um referencial teórico capaz de levar à percepção das determinações sociais que pesam sobre a criança. Na ausência deste referencial, a enfermeira utiliza as representações cultivadas na sociedade e que fazem parte de seu conhecimento vivencial.

Esta representação que opõe adulto e criança é falaciosa, porque na realidade social não há um limite precisamente definido entre adulto e criança, principalmente quando se

reporta às condições de existência. A questão da criminalidade, do trabalho e da prostituição infantil são exemplos rotineiros que evidenciam que a bondade, a incompletude e a fragilidade assumem contornos diferenciados quando a criança está num contexto em que, desde cedo, trabalha, prostitui-se, comete assaltos, trafica e consome drogas. Por outro lado, identificam-se também crianças vítimas das consequências de todos os tipos de excessos presentes nas classes altas: de estudos, de esportes, de dança, de alimentos, de brinquedos e objetos sofisticados diversos, enfim um consumismo exagerado, decorrente das amplas possibilidades materiais oferecidas por sua condição de classe.

Pode-se afirmar que as iniciativas engendradas a partir do capitalismo, configurando-se em diversas ações em defesa da criança, constituem-se numa retórica, através da qual elaboraram-se representações distanciadas da criança concreta. Os avanços e os ganhos ocorridos em relação à infância limitam-se a favorecer as crianças da classe alta, sendo utilizados seus valores e seu modelo de criança e de vida infantil, para representar a criança genericamente. Isto pode ser confirmado pelo exame do lugar da criança através da história, o qual evidencia que, em sociedades com diferentes estruturas, certas práticas em relação à criança só se alteram de acordo com interesses da base econômica, e em direção a estratos específicos.

Em tempos de sociedade pós-moderna, globalizada e informatizada, convive-se com o extermínio de crianças, com o infanticídio disfarçado, com a prostituição infantil, com o tráfico internacional de crianças, uso de drogas, analfabetismo e trabalho infantil etc. Por outro lado, a pós-modernidade traz uma idéia de “cidadania infantil”, propiciando aos que podem pagar caro, os mais modernos e eficientes meios de educação, saúde, comunicação, lazer, espaços de participação social, enfim, todos os tipos de bens e serviços produzidos personalizadamente para crianças. Os veículos de comunicação e propaganda

têm utilizado de modo crescente a figura da criança para divulgar os mais diversos tipos de produtos de consumo.

O limite estabelecido entre vida adulta e vida infantil está sendo rompido cada vez mais precocemente, em contradição com o discurso que delineia um limite preciso entre ambos. Encontram-se crianças de cinco, seis, sete anos de idade, que traficam drogas, cometem homicídios, trabalham em canaviais, ou são astros e estrelas de filmes, telenovelas, do mundo da música, do esporte aquático etc., pequenos milionários ou pequenos miseráveis.

Estas transformações parecem estar passando despercebidas pelas enfermeiras que estão trabalhando com crianças, pois a maioria não está levando em consideração a dimensão histórico-social que o conceito de criança guarda em si. No âmbito da formação profissional, como demonstram as falas, também não está havendo preocupação em explicitar esta dimensão ao futuro profissional.

O gênero é predominantemente representado nos discursos como uma categoria que não interfere nem na vida infantil, nem no modo como a enfermeira lida com a criança. Contraditoriamente, quando mencionam seu modo de lidar com a criança, as enfermeiras revelam diferenciações no assistir/cuidar do menino e da menina. Isto indica uma desvalorização quanto à importância da categoria gênero no processo de assistir/cuidar da criança, reforçando o fato de que, embora a categoria gênero venha ocupando crescente espaço no interior da enfermagem (FONSECA, 1996), permanece no limite das mulheres adultas, havendo necessidade de se incluir aí também a criança.

A preferência manifesta pelas enfermeiras por crianças menores e bebês, justificada ora pela maior facilidade em lidar com as crianças menores, ora por inspirarem mais cuidado e atenção profissional, pode ser decorrente de condições como o despreparo profissional em relação às especificidades da criança, o distanciamento entre enfermeira e

criança imposto pelas condições de trabalho, o relacionamento mais centrado na mãe do que na criança, embora mencionem que a presença da mãe traz dificuldades para o trabalho. Isto reforça o fato de que, em Goiânia, os currículos dos cursos de graduação em enfermagem têm trabalhado o recém-nascido de forma específica, separadamente das demais faixas etárias, através da disciplina Enfermagem em neonatologia, ou mesmo em conteúdos relativos ao recém-nascido com carga horária à parte. As demais etapas e aspectos da vida da criança são trabalhadas todas em uma única disciplina, não havendo carga horária suficiente para o aprofundamento de todas elas. Este enfoque dado já desde a formação, pode também estar influenciando nesta predileção das enfermeiras, uma vez que têm maior oportunidade de se instrumentalizar acerca do recém-nascido.

Geralmente a enfermeira encontra-se absorvida pelo trabalho burocrático-administrativo, ficando o cuidado mais direto da criança reservado ao pessoal de nível médio e, mesmo quando a enfermeira se relaciona mais diretamente com a criança, privilegia o âmbito técnico. Tal fato evidencia que dentro da enfermagem pediátrica também se faz presente a divisão do trabalho em enfermagem, num processo de parcelamento, onde as demais categorias encarregam-se do trabalho “manual”, cabendo à enfermeira o gerenciamento das ações de enfermagem e o trabalho “intelectual”. Tal divisão reforça o afastamento da enfermeira e a ausência de um confronto direto com seus clientes-crianças.

As docentes, distoando dos outros grupos, manifestam gosto e prazer em trabalhar com pré-escolares e adolescentes, o que pode estar ligado à maior bagagem teórica e ao recente reconhecimento, no meio acadêmico, da adolescência como um segmento de idade importante. Entretanto, este reconhecimento não tem conseguido extrapolar-se para a prática profissional, o que evidencia-se pelo fato de o adolescente não ter sido sequer

mencionado pelas enfermeiras não docentes, embora afirmem que sua clientela varia de zero a 13 anos de idade.

A classe social é uma categoria em que as enfermeiras valorizam mais a relação com a mãe, indicando que efetivamente seu relacionamento se dá mais com a mãe do que com a criança. Na rede privada manifestam-se fortemente as relações de poder entre as classes sociais e no interior da equipe de saúde, quando a enfermeira descreve a vivência da contradição entre ser cobrada a diferenciar o atendimento para crianças de classes mais favorecidas ao mesmo tempo em que deseja lutar contra esta discriminação.

Embora não tenha sido objeto do estudo, identificou-se a preocupação da enfermeira com sua identidade, quando afirma que a clientela ainda não sabe diferenciar quem é a enfermeira dentro da equipe de enfermagem. Esta preocupação, manifestada somente entre as do hospital-escola, pode estar relacionada à presença efetiva dos diversos profissionais que compõem uma equipe de saúde gerando a possibilidade de confronto interno na equipe e entre esta e o paciente, o que não ocorre nas demais instituições.

A preocupação com a identidade expressa nos depoimentos reflete a historicidade da profissão de enfermagem, onde a existência das diversas categorias e o parcelamento do trabalho entre as mesmas não permite à clientela uma delimitação clara, nem das atividades, nem dos papéis dos diversos elementos da equipe. Diante disso, a enfermeira está constantemente em busca do reconhecimento de seu trabalho e de sua identidade por parte não só do cliente, como também da equipe de saúde. Nessa busca, muitas vezes a enfermeira acaba prendendo-se aos aspectos internos da profissão, secundarizando as múltiplas determinações que aí repercutem.

Enquanto profissional do campo da saúde, a enfermeira constitui-se em sujeito de uma prática erigida na demarcação entre saber e poder, entre trabalho manual e trabalho intelectual, assentada num modelo de saúde onde o setor privado responde pela maioria

dos serviços prestados, configurando-se a saúde como uma mercadoria. Em pediatria também se apresenta esse mesmo contexto. A especificidade percebida no trabalho da enfermeira no hospital pediátrico é sua condição de assalariada, enquanto trabalhadora de uma empresa, desempenhando atividades mais burocrático-administrativas, respondendo pelo gerenciamento da equipe de enfermagem e, inclusive, de atividades fora desse âmbito. Este modo como está estruturada a profissão configura-se como limite à sua prática, onde a enfermeira permanece afastada da convivência mais direta com a criança e delega esta responsabilidade aos profissionais de nível médio. Assim, na maioria das vezes, o trabalho em pediatria parece não adquirir uma especificidade que o diferencie do trabalho com as demais faixas etárias, já que as atividades possuem traços predominantemente técnico-burocráticos.

Outro elemento que evidencia-se a ausência de especificidade, é que na maioria das vezes, o ingresso da enfermeira nesta área é ocasional e circunstancial, pois, ao ser admitida, não há exigência de curso de especialização ou qualificação específica. Este requisito torna-se irrelevante, uma vez que a empresa interessa-se apenas pelo desempenho de tarefas burocrático-administrativas, o que não requer diferenciação em relação às demais áreas ou especialidades.

Por outro lado, a enfermeira também parece não investir na ampliação de seu conhecimento sobre a criança, dedicando-se apenas a esse trabalho prático, técnico e burocrático. Um fator que reforça esta atitude é a precariedade, em nossa região, da oferta de cursos de pós-graduação, em todos os níveis, bem como as enormes dificuldades de acesso a estes cursos em outras localidades, já que concentram-se em regiões distantes, principalmente nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

Isso torna-se evidente quando se analisa o tempo de trabalho e percebe-se que a maioria, apesar de já estar há vários anos em pediatria, ainda não direcionaram sua

qualificação para esta área. O consumo e a produção de conhecimentos e informações específicas da área da pediatria é baixo, refletindo o que ocorre na profissão de um modo geral, onde a participação nas entidades e a produção científica restringe-se mais ao meio acadêmico, principalmente entre as docentes. Geralmente as enfermeiras denominadas “dos serviços”, ou seja aquelas que estão nas instituições prestadoras de serviços de saúde e não no meio acadêmico, ficam à margem dessa produção.

Tal fato reflete a não valorização da pesquisa enquanto um instrumento que faz parte da prática, mas também das condições de trabalho que não valorizam e não fomentam o crescimento desta profissional, na medida em que se considera que seus conhecimentos são suficientes para o desempenho das tarefas burocráticas. Diante disso, a enfermeira perde a oportunidade de aproximar-se da criança e travar com ela relações que lhe permitam enxergar sua concretude.

Analisando-se o setor saúde em Goiás nota-se que, a exemplo de todo o país, a questão da saúde modificou-se em virtude do fortalecimento do modelo econômico neoliberal, com a retração do estado e o avanço da iniciativa privada e dos seguros e planos de saúde. A prática da enfermagem e da enfermeira continuam configurando-se como uma subserviência ao modelo de saúde excludente e distanciado das reais necessidades da população.

Nos discursos, o único traço perceptível como elemento diferenciador do trabalho da enfermeira em pediatria parece ser a presença constante da mãe, que se torna uma personagem marcante. Percebe-se que há uma delimitação virtual separando a mãe e a criança e nessa delimitação a enfermeira estabelece com a criança uma relação mais técnico-burocrática, enquanto que as poucas questões ligadas ao âmbito social que levam em consideração são reportadas à mãe.

Em relação ao espaço da criança na sociedade, o núcleo integrador dos depoimentos é a compreensão de que as modificações legais, no que se refere à cidadania da criança, permanecem no plano ideológico, não chegando a repercutir concretamente na maior parte da população infantil. Para explicitar seus pensamentos os sujeitos recorrem com frequência às palavras “muita fala e pouca ação”. Esta análise corresponde ao que efetivamente ocorre no setor saúde onde não há garantia de assistência à criança, muito menos o cumprimento dos princípios de integralidade e universalidade das ações, como consta na proposta do Sistema Único de Saúde, para não dizer das outras áreas como educação, moradia etc. Faltam vacinas na rede básica, faltam leitos em UTI infantil, faltam vagas nas enfermarias. Apesar do evidente avanço dos planos privados de saúde, as enfermeiras referem que a maioria dos leitos são ocupados pelas crianças atendidas através do SUS. As condições de vida e saúde da população de um modo geral, e da população infantil em particular, variam entre a pobreza e a miséria absoluta. Nesse sentido, vale lembrar a afirmação de ROCHA (1990:121) de que **a infância vai se beneficiar da socialização dos direitos humanos, ainda que, muitas vezes, eles não passem de retórica, mas no plano das representações, eles são possíveis de serem atingidos.**

A incursão através das representações que se pode apreender neste trabalho possibilitou chegar-se aos seguintes pontos:

1. A interpretação das representações elaboradas pelas enfermeiras acerca da criança revela a dinâmica existente entre um sujeito técnico-científico e um sujeito vivencial, numa relação dialética, onde ora há predomínio de um, ora de outro, no cotidiano do assistir/cuidar da criança. O sujeito técnico-científico é forjado no desenvolvimento histórico da profissão, a qual sofre as repercussões do saber técnico-científico hegemônico no setor saúde. Este sujeito manifesta representações recortadas pelo saber específico da área, destacando a criança a partir de seus atributos biológicos e da

espécie, referindo-a principalmente como um ser em crescimento e desenvolvimento, porém não conferindo a estes termos todas as dimensões que possuem. O sujeito vivencial é forjado no seio da sociedade, onde se travam relações complexas e contraditórias, tanto no plano material quanto no plano representacional ou ideológico. Este sujeito vivencial manifesta algumas representações compartilhadas pela sociedade como um todo, as quais tem atravessado a história, não sendo exclusivas da contemporaneidade, como é o caso da representação da criança como ser frágil, dependente, incompleto, inacabado, flexível, inocente, bom.

Assim, as representações das enfermeiras sobre a criança revelam a relação entre a especificidade de uma consciência forjada em sua atividade profissional, sendo que esta última sofre as determinações do desenvolvimento histórico da profissão dentro do setor saúde e é marcada pelo predomínio das dimensões técnico-científica e burocrático-administrativa. Por outro lado esta consciência encontra-se carregada também da ideologia da especificidade infantil, originária dos desdobramentos sociais da era moderna (OLIVEIRA, 1989) e da valorização da infância em função da nova organização social capitalista (BADINTER, 1985). Nem a consciência forjada na atividade profissional, nem aquela originária da ideologia presente na totalidade social dão conta do ser criança e da infância no presente.

A criança e a infância encontram-se em processo de desconstrução, mas situam-se ainda dentro de modelos ideológicos, assentados em atributos de inferioridade e desqualificação. É estabelecida uma contradição essencial entre adultos e crianças. Faz-se necessário promover o questionamento desconstrutivo das representações vigentes, buscando superá-las em favor de uma visão que seja a mais aproximada possível da criança, imersa numa realidade complexa, imprecisa, em rápidas transformações, mas acima de tudo uma realidade onde ampliam-se as diferenças e injustiças sociais.

2. A partir do confronto das representações das enfermeiras com os discursos e representações presentes em diversos momentos históricos acerca da criança, pode-se afirmar que há uma grande distância entre a criança representada e a criança concreta. As representações e discursos existentes elaboram-se a partir de valores de referência das classes dominantes, difundindo-se a noção de uma criança idealizada, acima das determinações da condição de existência. A especificidade infantil, nascida na modernidade, representou ganhos para a infância, mas a maioria deles não são acessíveis às crianças das classes desfavorecidas. Entre os diversos discursos e representações, alguns atravessam a história e se fazem presentes até a atualidade, em decorrência de sua utilidade no fortalecimento de ideologias, utilizadas em diversos campos sociais. Entre estes destaca-se a utilização dos atributos infantis para fins de desqualificação de sujeitos sociais.

3. As enfermeiras, voltadas para uma prática burocrático-administrativa, não vislumbram estas determinações. Mostram sinais de insatisfação com sua prática profissional, entretanto não se colocam como sujeitos de sua reconstrução e da busca de uma aproximação integradora, tanto de seu trabalho prático como de seu pensar sobre a criança. Excetuando-se as docentes, revelam descrédito na participação política, baixo consumo de periódicos científicos da área e pouco envolvimento com a pesquisa. Embora manifestem consciência da precariedade das condições de vida da maior parte da população infantil, permanecem com uma visão parcial e limitada, longe de perceber na criança sua concretude espacial, social e temporal. Para o alcance desta prática transformadora, é imprescindível o fortalecimento de seu poder de reivindicação e de questionamento desconstrutivo, visando superar as condições impostas pelo poder instituído no campo da saúde, tanto no que se refere ao saber quanto ao fazer, seja no âmbito privado ou no público, no preventivo ou no curativo.

4. O exame das diferenças entre as representações das docentes e das demais enfermeiras revela que a Universidade, enquanto instância formadora, que possui um compromisso com a transformação social, não tem conseguido causar impacto no sentido de instrumentalizá-las com a capacidade de elaboração da crítica desconstrutiva e transformadora a respeito da criança e de seu lugar na sociedade. Torna-se necessário que os cursos universitários de enfermagem redimensionem a formação da enfermeira, proporcionando-lhe instrumentos mais adequados à realidade contemporânea, que lhe permitam a busca de respostas para a problemática da criança real, concreta e marcada pela determinação de classe, pois é com essa criança que a enfermeira se depara no exercício profissional. A assistência técnico-científica de qualidade é um direito de todos e essencial para o processo de assistir/cuidar da criança, entretanto, se não estiver carregada de uma compreensão crítica e criadora, torna-se limitada e incapaz de causar os impactos necessários.

Nos depoimentos, as enfermeiras revelaram não utilizarem em sua prática o saber oferecido pela universidade, justificando que o mesmo encontra-se distanciado do trabalho com o qual se deparam na realidade. PADREDI (1993) em estudo sobre as atividades diárias de enfermeiras de uma unidade hospitalar pediátrica em São Paulo, salienta que a prática profissional das enfermeiras é contraditória, pois agem baseadas no seu bom-senso e improvisação, os quais denominam de “gerenciamento”. As mesmas afirmam que o ensino de enfermagem não prepara adequadamente o profissional para o mercado de trabalho, nem permite-lhe o desenvolvimento de uma visão crítica das atividades profissionais. Assim sendo, a enfermeira aplica, ao invés da teoria o bom senso e ao invés da prática, a improvisação.

Os achados deste estudo mostram que a situação encontrada entre as enfermeiras que trabalham em hospitais pediátricos em Goiânia assemelha-se às de outras localidades,

portanto acompanha a realidade profissional da enfermeira no Brasil, a qual está assentada na contradição entre a formação acadêmica e a prática profissional. A Universidade nem atende às exigências do setor saúde, o qual deseja enfermeiras tecno-burocratas, muito menos fornece à sociedade enfermeiras instrumentalizadas para imprimir as transformações necessárias ao modelo de assistir/cuidar.

A modificação desta realidade está condicionada a transformações mais gerais na estrutura social e do trabalho da enfermagem. No que diz respeito à formação acadêmica, esta deve prestar sua contribuição, levando em consideração a maneira como está organizado o processo de trabalho da enfermeira no assistir/cuidar da criança, pois este acaba sendo um forte indicador das possibilidades de se atingir as transformações necessárias.

MENDES (1996), analisando o processo do ensino de graduação em enfermagem no Brasil entre 1972 e 1994, identifica um forte predomínio do paradigma técnico, mas também a emergência de novos paradigmas em construção entre os enfermeiros brasileiros, compondo uma crítica transformadora da racionalidade técnica com vistas ao predomínio do paradigma crítico.

O papel das instituições de ensino de enfermagem na construção destes novos paradigmas, deve começar pela revisão crítica da formação oferecida, que na maioria das vezes lança mão de um saber cristalizado, assentado sobre paradigmas incapazes de propiciar a inovação contínua do processo de assistir/cuidar. A formação profissional do enfermeiro deve ser marcada pela busca de respostas para os graves problemas sociais de nosso tempo, em especial os relacionados à criança e a infância.

A sociedade contemporânea apresenta, como desafio contínuo, a capacidade de acompanhar sua complexidade e provisoriedade. Mesmo que a formação acadêmica tenha papel fundamental na desconstrução de pensamentos e práticas cristalizadas e na

edificação de saberes e práticas voltados para a complexidade e provisoriedade, não cabe a ela, por si só, empreender as transformações necessárias, nem nas práticas e nem nos pensamentos, saberes, representações e atitudes historicamente construídas em relação à criança.

Faz-se necessário um esforço coletivo dos diversos segmentos envolvidos com as questões ligadas à criança e à infância e dos vários setores organizados da sociedade civil. É importante empreender a abertura de canais entre os meios acadêmicos e a comunidade em geral, canais esses que tornem possível interferir nas representações ideológicas vigentes, privilegiando uma compreensão mais aproximada da criança real que habita nosso tempo.

Especificamente no que se refere à formação das enfermeiras, devem ser implementadas iniciativas que combinem a instrumentalização técnico-científica e o confronto direto com as condições de vida e saúde das crianças, através de programas desenvolvidos nas comunidades mais carentes de nossa região. Estes programas podem ser viabilizados pelos estágios curriculares e pela extensão universitária. Dentro das atividades possíveis nestes programas, uma que se mostra bastante promissora e capaz de colocar o futuro profissional em contato direto com a realidade vivida pela população infantil é o atendimento domiciliar à infância e adolescência. O espaço hospitalar e institucional em que se encerra hoje a prática acadêmica, pode ser extrapolado através de visitas aos domicílios, que permitirão aos alunos dos cursos de enfermagem, não só uma maior aproximação e compreensão da realidade social das crianças e adolescentes, como também o desenvolvimento de sua capacidade crítica.

A integração das Universidades com os segmentos organizados da sociedade, envolvidos com as questões da infância e adolescência, pode viabilizar a abertura de campos onde, ao mesmo tempo em que se realizem atividades acadêmicas, criem-se

diversas possibilidades de conhecer, analisar e oferecer contribuições aos graves problemas da população infantil.

Além destas alternativas, é fundamental a formação e/ou consolidação de linhas interdisciplinares de pesquisa voltadas para a saúde da criança e do adolescente, para que, ainda no âmbito da graduação, o futuro profissional de enfermagem possa desenvolver uma postura que não se limite à compreensão, mas que seja principalmente de interferência e transformadora, em relação ao universo da vida infantil.

ANEXOS

ANEXO A- Questionário para caracterização dos sujeitos

Cara Colega

Eu, Raquel A. M. da M. Freitas, enfermeira, professora do curso de enfermagem da Universidade Católica de Goiás e aluna do curso de Mestrado em Educação Escolar Brasileira da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, venho solicitar sua colaboração no sentido de responder ao questionário em anexo.

A finalidade deste questionário é coletar dados para a realização do estudo denominado “As representações sociais da enfermeira sobre a criança”, para elaboração da dissertação do referido curso.

Salientamos que sua participação é indispensável para a realização deste estudo e agradecemos antecipadamente sua valiosa contribuição.

Instruções

1. Não é necessário colocar o nome.
2. Não preencha o item número de identificação.
3. Não deixe de responder a nenhum dos itens ou questões.
4. Caso necessite, utilize o verso das páginas para responder, não esquecendo de indicar a qual item ou questão se refere.
5. Utilize caneta esferográfica ao invés de lápis.

Questionário

Número de identificação:

I. Caracterização

1. Idade:..... 2. Religião:..... 3. Estado civil:

4. Filhos: não sim

Filhos	Idade	Sexo (M ou F)
Primeiro		
Segundo		
Terceiro		
Quarto		

5. Classe social:

baixa média-baixa média média-alta alta

6. Renda familiar mensal em salário mínimos:

menos de 3 3 □ 5 5 □ 10 10 □ 15 15 □ 20 20 acima

7. Número de anos de exercício profissional:

a- Como enfermeira:

b- Como enfermeira em Pediatria:

c- Como docente:

d- Como docente em Pediatria:

8. Situação profissional atual

Informações	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3
Nome da instituição			
Clientela maior pública ou particular			
Tempo de serviço na mesma			
Carga horária semanal			
Função			
Cargo			
Renda mensal em salários mínimos			

9. Formação profissional

Nível	Nome do curso	Título do trabalho final	Ano de conclusão
Graduação			
Graduação			
Especialização			
Especialização			
Mestrado			
Doutorado			

II. Informações complementares

1. O que a levou a trabalhar em Pediatria?

.....
.....
.....

2. Por quê permanece atuando em Pediatria?

.....
.....
.....

3. Quais as atividades que desenvolve com maior frequência no seu cotidiano de trabalho?

.....
.....
.....

4. Qual é a idade, a classe social e o sexo mais frequentes das crianças com as quais você trabalha?

Idade:.....
.....

Classe social:
.....

Sexo:.....

.....

5. A idade, o sexo ou a classe social podem constituir dificuldade para se trabalhar com a criança?

Idade: Não Sim Por que?

.....

.....

Sexo: Não Sim Por que?

.....

.....

Classe social: Não Sim Por que?

.....

.....

6. Você lê periódicos?

Não Sim Por que?

.....

.....

7. Se respondeu Sim na questão número 6, escolha a(s) alternativa(s) que lhe diz(em) respeito:

a- Jornais e/ou revista de circulação nacional.

b- Periódicos da área da saúde de um modo geral.

c- Periódicos específicos de enfermagem.

d- Periódicos específicos de pediatria.

e- Outros. Especificar:

8. Você participou, nos últimos cinco anos, de algum Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn) ?

Não Sim

Por que?

.....
.....
.....

9. Você participou do último CBEn, sediado em Goiânia em 1995?

Não Sim

Por que?

.....
.....
.....

10. Assinale abaixo os eventos em que participou nos últimos dois anos com temas ligados à criança:

a- Seminários, simpósios, debates.

b- Cursos de atualização, capacitação e/ou outros

c- Não participou

11. Atualmente está desenvolvendo alguma atividade de estudo e/ou pesquisa?

Não Sim

Se respondeu Sim, especifique o tipo, a área e o tema de cada uma

.....
.....

12. Você é associada a alguma entidade de classe?

Não Sim

Por que?

.....
.....
.....

13. A religião é importante em sua vida?

Não Sim

Por quê?

.....
.....
.....

14. Você é filiada a algum partido político?

Não Sim

Por que?

.....
.....
.....

ANEXO B - Roteiro para entrevista semi-estruturada

Questões-guia para entrevista

1. Para você, o que é uma criança?
2. No seu entendimento, o que diferencia a criança do adulto? No que e por que?
3. E o que há de semelhante entre eles? No que e por que?
4. O que você considera como específico da criança?
5. E do adulto?
6. Para você, o sexo da criança exige forma diferente de atendimento em enfermagem pediátrica? No que? Por que?
7. Você tem preferência em atender, na pediatria, crianças do sexo feminino ou do masculino? Por que?
8. Você considera que a faixa etária da criança determina formas diferentes de atendimento pela enfermeira em pediatria? Por que? No que?
9. Na pediatria existe alguma faixa etária que você tenha preferência para trabalhar? Qual? Por que?
10. Que relação você estabelece entre a classe social e o atendimento que você presta à criança ?
11. Como você vê a relação entre a enfermeira e seus clientes em Pediatria? .
12. Há alguma relação entre a criança que você foi e a criança com a qual você trabalha?

13. Você estabelece alguma relação entre a criança com a qual trabalha e as crianças de sua família, amigos e vizinhos? Em que aspectos? Por quê?
14. Como você caracteriza o espaço ocupado pela criança na sociedade atual?
15. A graduação em enfermagem modificou a concepção de criança que você possuía anteriormente? Se responder sim: Em que sentido? Se responder não: Por que?
15. E a pós-graduação? Se responder sim: Em que sentido? Se responder não: Por que?
16. A atividade profissional em pediatria modificou a concepção de criança que você possuía anteriormente? Se responder sim: Em que sentido? Se responder não: Por que?
17. O que mais influenciou na concepção de criança que você possui hoje?
18. Cite cinco palavras que, para você, identifiquem o que é ser uma criança.
19. Cite também cinco palavras que expressem o que não é ser criança?
20. Descreva sua rotina num dia comum de trabalho.
21. Faça algum comentário sobre a seguinte afirmação: “As crianças, sem distinção de nacionalidade, raça, gênero, classe social e época, são todas iguais e assim devem ser tratadas”.
22. Gostaria de acrescentar alguma coisa?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAMOVICH, F. (org.). **O mito da infância feliz; antologia.** 2 ed. São Paulo: Sumus, 1983. 150 p.
2. ALMEIDA, M. C. P., ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1986. 128p.
3. ALMEIDA, M .C. P. **Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática.** Rio de Janeiro - RJ, 1984. 179 p. tese (doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz.
4. ALVES, A. M. A.; SANTOS, R. da S. **A imagem da criança portadora de hidrocefalia congênita frente à cirurgia de instalação de válvula de derivação ventrículo-peritoneal - um estudo das representações sociais das mães.** Congresso Brasileiro de Enfermagem, 48 , São Paulo - SP, 1996. Resumo Associação Brasileira de Enfermagem, 1996. p. 208.
5. ARIÈS, P. **História Social da Criança e da família.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981, 279 p.
6. BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** Trad. Waltensir Dutra. 6 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.
7. BERTRAND, M. O homem clivado do imaginário. In: SILVEIRA, P., DORAY, B. **Elementos para uma teoria marxista da subjetividade.** (Org.). São Paulo: Vértice, 1989, p. 15-40, 207 p.
8. BOURDIEAU, P. **A dominação masculina.** Educação & Realidade. Porto Alegre, 20(2): 133-84, jul./dez. 1995.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de proteção materno-infantil da Secretaria Nacional de Saúde. **Programa de Saúde Materno-Infantil.** Brasília, 1974, 82 p.
10. _____. **Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações Básicas.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984, 20 p. (série B: Textos básicos da saúde, nº 7).
11. CASTRO, I. B. **A evolução do setor saúde e a crise na enfermagem brasileira.** Rev. Bras. Enferm. Brasília, 41, (3/4): 183-189 jul/dez, 1988.
12. CHARLOT, B. **A mistificação pedagógica; realidades sociais e processos ideológicos na teoria da educação.** Trad. Ruth Rissin Josef. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1986. 314 p.

13. COLLET, N. **Transformação no ensino das técnicas em enfermagem pediátrica.** Ribeirão Preto. 1995. 206 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
14. CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO. **Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado de Goiás/Sindicato dos Enfermeiros de Goiás.** Out. 1996.
15. CORAZZA, S. M. **Currículo e política cultural da avaliação.** Educação & Realidade. Porto Alegre, 20(2): 47-59, jul./dez. 1995.
16. DEIENNO, S. R. R. **Atuação do enfermeiro em unidade de internação: enfoque sobre as atividades administrativas burocráticas e não burocráticas.** Ribeirão Preto. 1993. 100 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
17. DESCARTES, R. 1596-1650. **Discurso do método; As paixões da alma; Meditações; Objeções e respostas.** Trad. J. Guinsburg e Bento Prado Júnior. 5 ed. São Paulo: nova Cultural, 1991 (Os Pensadores).
18. DI ARAÚJO, G.G.; ARAÚJO, P. C. DE.; ARAÚJO, M DAS M. **Resenha histórica da enfermagem no Brasil.** Rev. Goiana Med. 21. 177-182, 1975.
19. DONNANGELO, M. C., PEREIRA, L. **Saúde e sociedade.** 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. 124 p.
20. DONZELOT, J. **A polícia das famílias.** 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986, 209 p.
21. DUPAS, G. **Estudo da adequação do ensino da assistência à criança à prática profissional do enfermeiro.** Ribeirão Preto - SP, 1991, 119 p. dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.
21. DURKHEIM, É. **As regras do método sociológico.** 9 ed., São Paulo: Editora Nacional, 1978. Trad. Maria Isaura Pereira de Queiroz. 128 p.
23. _____ . **As formas elementares da vida religiosa (o sistema totêmico na Austrália).** Introdução e Conclusão. São Paulo: Abril Cultural (Coleção Os Pensadores), 1973.
24. FARINATTI, F.; BIAZUS, D. B.; LEITE, M. B. **Pediatria Social — A criança maltratada.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1993, 313 p.
25. FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** 2 ed. rev. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986, 1838 p.
26. FERRAZ, C. A. **A transfiguração histórica da administração em enfermagem: da gerência científica à gerência sensível.** Ribeirão Preto. 1995. 257 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

27. FONSECA, T. M. G. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, MEYER e WALDOW (Orgs.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
28. FRANCO JÚNIOR, H. **A Idade Média. Nascimento do ocidente**. 4 ed. São Paulo: Brasiliense, 1992, 204 p.
29. FREITAG, B. **Escola, Estado e Sociedade**. São Paulo: Edart, 1977.
30. FREITAS, D. M. V. **A criança inserida no currículo de graduação; O ensino da assistência de enfermagem**. Ribeirão Preto - SP, 1990. 215 p. tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.
31. FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980. 241 p.
32. GAGNEBIN, M. J. Infância e pensamento. In: GUIRALDELLI JÚNIOR, P. (org.). **Infância, escola e modernidade**. São Paulo: Cortez; Curitiba: Editora da Universidade Federal do Paraná, 1997 p. 86-99, 176 p.
33. GÉLIS, J. A individualização da criança. In: CHARTIER, R. **História da vida privada: da Renascença ao Século das Luzes**. Trad. Hildegard Feist. São Paulo: Companhia das Letras, 1991, p. 311-329, 636p.
34. GEOVANINI, Telma. Uma abordagem dialética da Enfermagem. In: GEOVANINI, Telma et alii. **História da Enfermagem: Versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter. 1995. p. 1-39.
35. GOULART, F. A. de A. **Políticas e Instituições de Saúde: O vivido, o percebido e o representado**. Rio de Janeiro - RJ, 1992. 157 p. dissertação (mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz.
36. GRACIA, T. I. Representaciones sociales, teoría y método. In: GRACIA, T. I. (org.). **Ideologías de la vida cotidiana**. Barcelona: Sendai Ediciones. 1988, p. 13-89, 325 p.
37. HOBBSBAWN, E. J. **A era do Capital 1848-1875**. Trad. Luciano costa Neto. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 4. ed. 1988, 344 p.
38. HOLANDA, F. R. B. de. **A emergência da criança no Brasil**. Rio de Janeiro - RJ, 1990. 170 p. dissertação (mestrado). Instituto de Estudos Avançados em Educação - Fundação Getúlio Vargas.
39. KURCGANT, Paulina. As teorias de administração e os serviços de enfermagem. In: Kurcgant, Paulina (org.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. 237 p.
40. LIMA, M. A. D. da S. **A formação do enfermeiro e a prática profissional: qual a relação?** Porto Alegre. 1993. 77 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação. Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

41. LONDOÑO, F.T. A origem do conceito *Menor*. In: PRIORE Mary del (org.). **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1991. p. 129-143, 176p.
42. LOPES, M. J. M. O sexo do Hospital. In: LOPES, MEYER e WALDOW (Orgs.). **Gênero e Saúde**. porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
43. LOURO, G. L. **Gênero, História e Educação: Construção e Desconstrução**. Educação & Realidade. Porto Alegre, 20(2): 101-32, jul./dez. 1995.
44. LUDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
45. MACHADO, W. C. A. Reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro. In: GEOVANINI, Telma et alii. **História da Enfermagem: Versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter. 1995. p.163-193.
46. MARCONDES, E.; MACHADO, D. V. M.; SETIAN, N. Crescimento e desenvolvimento. In: MARCONDES E. **Pediatria Básica**. 7 ed. São Paulo: Sarvier, 1985. p. 40 68, V1, 797 p.
47. MARQUES, M. B. **Contribuição ao estudo do movimento internacional de proteção à maternidade e à infância**. Projeto PEPPE/22.1. (Programa de estudos e pesquisas populacionais e epidemiológicas: organização social da assistência médica ao grupo materno-infantil) FIOCRUZ/FINEP, s/d, 150 p. mimeo.
48. MARX, K. e ENGELS, F. **A Ideologia Alemã [I Feuerbach]**. São Paulo: Grijalbo, 1977, 138 p.
49. MARX, Karl. **O Capital. Crítica da Economia Política**. Trad. Reginaldo Sant'anna, 14 ed. Livro 1, Vol. I, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994, 579 p.
50. MELO, J. A. C. de. **Educação Sanitária: uma visão crítica**. Cadernos do CEDES, Educação e Saúde. São Paulo: Cortez, 4: 28- 43, 1984.
51. MENDES, M. M. R. **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil entre 1972 e 1994: mudança de paradigma curricular?** Ribeirão Preto. 1996. 312 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
52. MILLER, J. B. **A mulher à procura de si mesma**. Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos, 1991. 176 p.
53. MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento; pesquisa qualitativa em educação**. 3. ed. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994a. 269 p.
54. _____. O conceito de Representação Social dentro da Sociologia Clássica. In: JOVCHELOVITCH, S; GUARESCHI, P. (Org.) **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994b, p. 89-111, 324 p.

55. MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. 291 p.
56. NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é/Florence Nightingale**. Prefácio de Ieda Barreira e Castro. Trad. Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, Ribeirão Preto: ABEn- CEPEn, 1989.
57. OKUDA, M. M. **Conceito de criança e de aluno entre os professores de 1.º Grau. Dimensões semânticas através de análise fatorial**. São Paulo - SP, 1985 404 p. tese (doutorado). Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo.
58. OLIVEIRA, M. de L. B. de. **Infância e Historicidade**. São Paulo, 1989. 269 p. tese (doutorado). PUC-São Paulo.
59. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Educação em saúde para o adolescente**. Manual metodológico. Washington, D:C.: Escritório Regional da OMS, 1990.86 p.
60. PADREDI, F. S. M. **O bom-senso ao invés da teoria e o improvisado ao invés da administração: uma análise do fazer, do pensar e do sentir no cotidiano do enfermeiro**. São Paulo. 1993. 88 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.
61. RESENDE, A. C. **Fetichismo e Subjetividade**. São Paulo, 1992. 210 p. tese (doutorado). PUC - São Paulo.
62. REZENDE, A. L. M. de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. 2. ed. São Paulo, Cortez, 1989.159 p.
63. ROCHA, S. M. M. **Puericultura e Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1987. 119 p.
64. _____ . **O Processo de trabalho em saúde e a enfermagem pediátrica: socialidade e historicidade do conhecimento**. Ribeirão Preto. 1990. 177 p. Tese (livre-docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.
65. ROCHA, S. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; LIMA, R. A. G. de. **O conhecimento em Enfermagem pediátrica: livros editados no Brasil de 1916 a 1988**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, 2 (1): 7791, Ribeirão Preto- SP, 1993.
66. RODRIGUES, J. **Trabalho infantil emprega 113 mil em Goiás**. O Popular, Goiânia, 9 nov. 1997. Caderno B, p.12.
67. ROUSSEAU, J. J. **Emílio ou Da Educação**. Trad. Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992, 581 p.
68. SENA, S. C. **Durkheim e o Estudo das Representações**. Fundação Universidade de Brasília, s/d, 36 p. Mimeo.
69. SILVA, G. B. da. **A enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986. 143p.

70. SNYDERS, G. **Não é fácil amar os nossos filhos.** Lisboa: Dom Quixote, Coleção Plural, 1984. 339 p.
71. TEIXEIRA, M. L. de O.; FERREIRA, M. de A. **Corpo-criança hospitalizado: representações sociais de enfermeiras.** Congresso Brasileiro de Enfermagem, 48º, São Paulo - SP, 1996. Resumo Associação Brasileira de Enfermagem, 1996. p. 201.
72. TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.
73. VALADARES, E. V. **Configuração da disciplina enfermagem pediátrica na formação do enfermeiro; um estudo realizado em universidades públicas Paulistas.** São Carlos - SP, 1990. 126 p. dissertação (mestrado). Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos.
74. VIANA, L. de O. **A formação do enfermeiro no Brasil e as especialidades: 1920 - 1970.** Rio de Janeiro. 1995. 177 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
75. VIGOTSKY, L. S. 1896-1934. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores;** Organizadores Michael Cole et alii; Tradução José Cipolla Neto, Luís Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 4 ed. São Paulo. Martins Fontes, 1991.
76. WAECHTER, E. H. & BLAKE, F. G. **Enfermagem pediátrica** (Nursing care of children). Trad. Raymundo Martagão Gesteria. 9 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
77. WALKERDINE, V. **O raciocínio em tempos pós-modernos.** Educação & Realidade. Porto Alegre, 20(2): 207-26, jul./dez. 1995.