

# Leituras de afetividade e norma nas representações da saúde em crianças do nordeste de Portugal: contributos para a Educação

Reviews about affectivity and standard in representations of health in children from the north-eastern region of Portugal: contributions to Education

Profa. Dra. Elisa Dias<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Docente ISCE (Instituto Superior de Ciências Educativas) Douro  
elisadias14@hotmail.com

---

Submetido em 02/01/2016

Revisado em 03/01/2016

Aprovado em 06/01/2016

---

**Resumo:** Artigo resultante de um estudo em construção e integrado no nosso projeto de investigação no âmbito da Unidade L.I.F. da Universidade de Coimbra. Estudo que aborda as representações de saúde e de doença das crianças, desenvolvendo uma análise interpretativa que visa desvelar a presença da norma e da afetividade nessas construções infantis. Consideramos que ao interpretarmos as representações das crianças sobre a saúde e a doença contribuiremos para um descentramento do próprio discurso médico.

**Palavras chave:** Doença. Saúde. Afetividade. Norma.

---

**Abstract:** This paper is a result of an on-going investigation project, as a part of the L.I.F., from University of Coimbra. This essay intent to approach children's representations of health and illness, through an interpretative analysis that seeks to unveiling the manifestation of standard and affectivity in these childhood constructions. We consider that by interpreting children's representations of health and illness, one can contribute to decentralization of medical discourse itself.

**Keywords:** Illness. Health. Affectivity. Standard.

---

## Nota introdutória

Impulsionou-nos para este estudo o desejo de encontrar novas leituras de saúde e de doença que, de algum modo, recuperem um sentido “semântico” que respeite a ipseidade e a intersubjetividade, para tal tentaremos apoiar-nos num olhar fenomenológico, entendendo a pessoa como relação, atitude, abertura ao outro. Fomos ainda motivados pela ambição de favorecer a adequação da própria educação em possíveis programas de promoção da saúde e prevenção da doença à realidade epistémica dos sujeitos, neste caso das crianças.

Assim, procuraremos esbater os desencontros e o misticismo do “discurso médico”, alimentando narrativas de diálogo com os modos de conhecer e de ser dos “pequenos pacientes”.

## Metodologia e resultados

Como amostra elegemos crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 5 anos, pois são níveis etários em que a verbalização do pensamento já é realizada com fluidez, e também porque antecede a “escolarização” formal do 1º ciclo do Ensino Básico. Fixamos a nossa população no nordeste transmontano, por razões de conveniência. Alguns dados que agora apresentamos, resultam da realização de 32 entrevistas, no ano de 2011, a crianças do Jardim-de-Infância da cidade de Macedo de Cavaleiros – NucliSol Jean Piaget (Associação para o Desenvolvimento da Criança, a Integração e a Solidariedade), pelo que esta amostra não sendo representativa serve de mote para continuar o estudo empírico. Construámos uma entrevista semiestruturada (guião em anexo) com o intuito de garantir uma flexibilidade, que nos permitia desvelar significações no discurso das crianças. Assumimos como grandes objetivos das entrevistas os seguintes:

- Recolher informação que permita identificar o(s) sentido(s) atribuído(s) aos conceitos
- Recolher dados que permitam identificar as bases estruturais de construção dos conceitos;
- Obter elementos que permitam interpretar as dimensões afetiva e normativa na construção dos conceitos;
- Obter informações sobre a dimensão existencial percebida nos conceitos: a saúde e a doença como processos.

A partir das entrevistas procedemos à aplicação da técnica de análise de conteúdo. Esta técnica consiste na “codificação” do conteúdo latente nos próprios discursos, na procura de significações que caracterizam a realidade interpretada pelos sujeitos. Para Bardin (1995) a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, nas palavras de Jean-Pierre Hiernaux (1997) a análise de conteúdo centra-se no sentido dos textos e dos discursos, tentando aceder às diferentes formas de significação das realidades, procurando aproximar o “conteúdo” do “sentido”.

Após a identificação de unidades de registo nas respostas das crianças entrevistadas, e considerando o número de ocorrências realizámos uma categorização, através de um “procedimento por milha” (Bardin, 1995), isto é, sem um quadro definido *a priori*.

Procuramos na análise do material das entrevistas, por um lado, não desvirtuar a natureza dos fenómenos da vida afectiva (emoções, paixões, sentimentos) como fundamento das relações intersubjectivas e como indicadores da capacidade individual para experimentar o conjunto dos afectos (afeição, amor, entre outros) que condicionam as nossas representações cognitivas. Por outro lado, tentamos decifrar a influência da norma, que pauta não apenas o mundo externo, mas sobretudo o mundo

interno. Reconhecemos como premissa que a afetividade nos remete sempre para a experiência do existir, de sermos - com (o outro).

Tomando a título introdutório, e de forma abreviada, a historicidade dos conceitos percebemos que até ao século XX a grande preocupação da ciência médica era a doença, o como e o porquê dominavam num verdadeiro legado do modelo biomédico. Este modelo na sua acepção tradicional situa a acção médica como reparadora, numa leitura cartesiana, pois considera-se que “(...) doença consiste numa avaria temporal ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Curar a doença equivalia, nesta perspectiva, à reparação da máquina” (Engels (1977) e Noack (1987), apud Ribeiro, 1998, p. 58). O modelo da medicina moderna está centrado numa racionalidade científica que se orienta para “(...) a descoberta e a quantificação das informações psicoquímicas do paciente e não para factores menos mensuráveis, como os sociais e os emocionas” (Helman, 2006, p. 110).

Na medicina ocidental o corpo físico tem sido o núcleo de gravitação das preocupações da “ciência médica natural”, tendo orientado o discurso médico numa vertente fisiológica, mecanicista. Esta perspectiva positivista da doença sofreu com o embate da recuperação das dimensões psicossocioculturais introduzidas pelas Ciências Humanas e Sociais e pelas organizações estruturais delas emergentes. No campo epistémico, vários modelos têm sido propostos para a definição de saúde, nomeadamente o modelo clínico (centrado na doença); o modelo ecológico (baseado na interação existente entre a pessoa e o meio ambiente); o modelo da capacidade individual (entende a saúde em termos de capacidades individuais e cumprimento dos papéis sociais); o modelo da adaptação (define a saúde como um processo criativo, segundo Dubos os indivíduos adaptam-se ativa e continuamente ao meio ambiente) e o modelo eudemonístico (considera a

saúde como uma condição de evolução e realização do potencial pessoal) (Cf. Kozier, Erb, Olivieri, 1993, p. 89-91).

Numa perspectiva “histórica” do conceito desembocamos num duplo registo: por um lado o constructo depende das histórias de vida individuais, o que remete para a sua dimensão subjetiva; por outro depende da história coletiva, o que aponta para a sua dimensão objetiva: circunstancial e ambiental. Para Ribeiro (1998), pode-se circunscrever a evolução de saúde e doença em quatro fases: uma que se delimita com a idade média; outra decorrente das formas de pensar pós-renascentista; a terceira iniciada com a Revolução Industrial (centrada no desenvolvimento de respostas face às doenças que derivam das alterações dos estilos e padrões de vida), e a quarta que emergiu após a Segunda Guerra Mundial associada às questões de morbidade e mortalidade.

Na forçosa dialética entre o saber médico e o saber social e cultural, este último rendeu-se à vassalagem da hegemonia do primeiro introduzindo no seu próprio discurso conceitos como “física social”, “anatomia e fisiologia do corpo social”; “formas de patologia social”; “medicalização” da sociedade (Cf. Santos, 1987, p. 8).

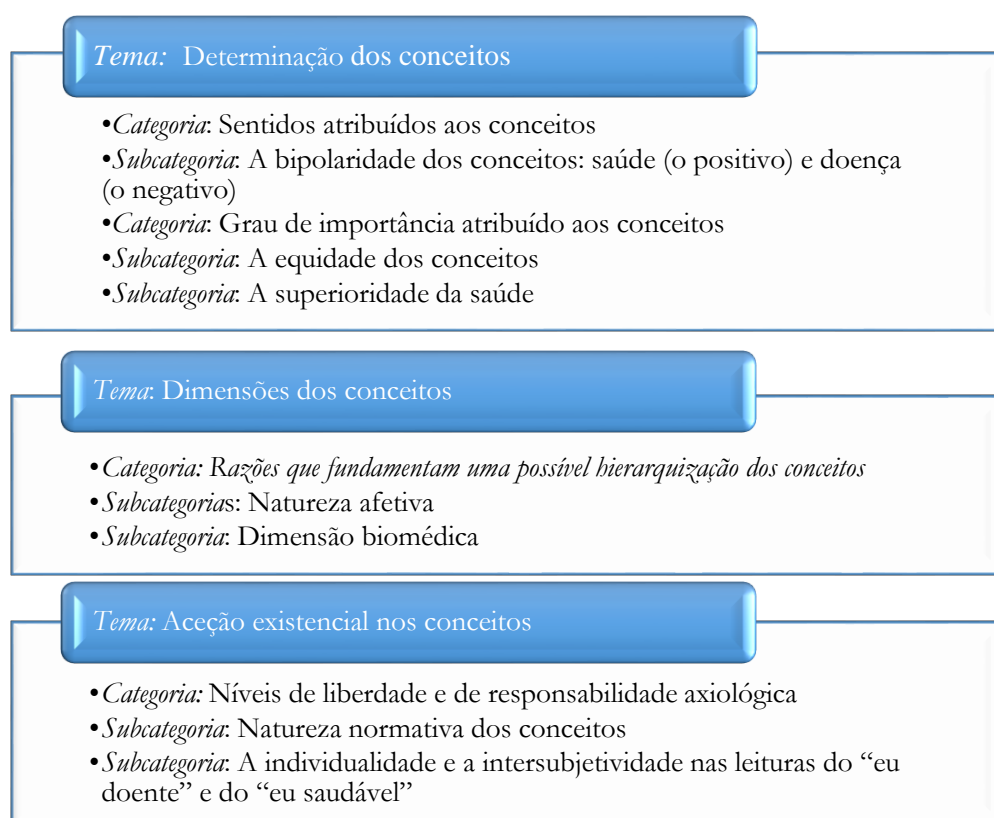
Percebemos na concepção do “eu doente” que as características identificadas pelas crianças apontam para uma dimensão fisiológica presa ao modelo biomédico, algumas unidades de registo: “Doía-me a barriga, não conseguia engolir, uma vez doe-me a perna e deitou sangue”; “É quando tenho um dói-dói”; “Temos que ir para o hospital”; “Porque dói alguma coisa (...)”; “Tinha febre”; “É tomar xarope”.

A tentativa de definição do conceito de saúde por oposição ao de doença, poderia facilitar uma maior aproximação aos conceitos, mas não resulta operacional, pois é profundamente redutora. Não obstante, percebemos pela análise das entrevistas das crianças que os conceitos de saúde e doença continuam a ser definidos a partir de uma leitura bipolar de valores,

associando-se à dicotomia entre o bem (saúde) e o mal (doença). Uma representação fortemente enraizada nos valores da nossa herança cultural cristã.

Apresentamos na Figura 01 a forma como agrupamos em categorias e subcategorias as principais referências conceituais emergentes das narrações das crianças entrevistadas.

**Figura 01:** Temas, Categorias e subcategorias definidas na análise de conteúdo das entrevistas



**Fonte:** elaboração própria.

Ao procurarmos as ligações e as fronteiras da saúde e da doença, acabamos por esbarrar no poder de cada uma das realidades. O estatuto contemporâneo de “saúde” tem sido fortemente interrompido pelo centralismo da doença, como afirma Morris” (2000, p. 72) “a doença contém o mesmo poder que os teólogos medievais atribuíam ao mal ao precipitar uma

queda da eternidade no tempo. (...) Como o filósofo alemão Hans-Georg Gadamer escreveu, a doença é sempre ‘um estado social das coisas’.

Embora a preocupação com a doença transpareça nos nossos pequenos entrevistados, é interessante perceber que na relação hierárquica entre os conceitos: saúde e doença, temos 15 ocorrências contra 4 de atribuição à saúde de uma maior importância. Esta valorização epistêmica não pode naturalmente desvincular-se do seu sentido afetivo, pois -estar com saúde- é para as crianças sinónimo de felicidade, alegria, prazer, lúdico, e -estar doente- é negação, impedimento, aprisionamento, passividade, normatividade :

“(...) Vou ao médico”; “Fazer mal”; “(...)trabalho.”; “Tenho de ir ao hospital”; “Vou ao médico”; “(...) quando estou doente a minha mãe dá-me xarope”; “Vou ao médico”; “Fico em casa, não faço nada, não brinco(...)”; “Fico em casa”; “Fico na cama e depois vou ver bonecos (...)”; “Deito-me no sofá e na cama”; “É para deitar”; “É para ir ao médico”.

Julgamos que alimentar esta leitura ontológica poderá constituir uma linha de orientação estratégica no âmbito da promoção da saúde.

Tradicionalmente o centramento na doença afastou o saber médico da arte da medicina, na linha hermenêutica de Gadamer “à essência de curar consiste antes em poder voltar a produzir o que já foi produzido. (...) O que o médico produz, desse modo, não é uma obra, um **ergon**, algo de novo no seu ser, algo que demonstre a sua capacidade” (1997, p. 40). Aqui reside a singularidade da “arte de curar”, pois não produz nada de novo, mas pressupõe antes uma obediência ao curso natural restabelecendo “(...) onde se viu perturbado e a fazê-lo de tal forma que a sua acção desapareça dentro do equilíbrio natural da saúde” (p. 41).

A autoria da saúde como obra do médico tem uma natureza pouco sólida, ultrapassando a esfera do “artífice”, situa-se numa pertença

natural/existencial e individual. A prática da medicina orienta-se por um paradigma empirista, afastando-se de leituras mágico-religiosas, apesar do carga simbólica das realidades persistir e muitas vezes se deslocalizar do “objeto para a palavra”.

A “história” da medicina no ocidente está marcada por um conjunto de “correntes antinômicas” que François Laplantine (1997, p. 39) sintetiza no seguinte esquema:

représentations magico-religieuses de la maladie thérapies rituelles (fondées sur la foi, la confiance)	représentations naturalistes de la maladie thérapies médicinales (fondées sur l’efficacité exclusivement naturelle du traitement)
personalisme médical vitalisme systématique pensée clinique hôpital (ou«lit du malade»)	objectivisme matérialisme empirisme pensée expérimentale laboratoire

A compreensão da saúde reclama assim uma leitura existencialista, pois os horizontes da “verdade em saúde” são marcadamente norteados por uma natureza ideográfica, mais do que nomotética (Patrão-Neves, 1993). A importância desta “verdade vivida” é crucial para a edificação de um novo “paradigma” de educação na saúde. Neste modelo imperará o conceito de autonomia, numa lógica de escolha e de responsabilização racional. Ambicionando-se o sentido kantiano da “autonomia da vontade”, percebemos que ela é difícil de realizar, talvez porque o comprometimento com o outro seja mais volitivo/ afectivo do que racional. Porque, a autonomia não se rege por um fio-de-prumo, abre-se um espaço contínuo de reflexão bioética. Como entende Victoria Camps:



Lo que hoy ya no tenemos tan claro como parecía tenerlo Kant es que al decidir autónomamente, actuamos siempre racionalmente, o actuamos de acuerdo con lo que éticamente debe ser. Pero, como iremos viendo, estas incertidumbres son las que alimentan a la bioética y le dan contenido. Si no hubiera dudas, la bioética no existiría (2005, p. 111).

A “saúde” e a sua interpretação ganham uma dimensão axiológica que exige da pessoa a auto-reflexão a autoaprendizagem, a autorresponsabilização. A responsabilidade individual é cada vez mais implicada na compreensão da saúde, mesmo numa perspectiva sociopolítica. Talvez por isso autores como Becker entendam, extremando a própria responsabilidade “cívica”, que “(...) de acordo com a abordagem económica, a maioria (se não todas!) das mortes são, até determinado ponto, «suicídios» no sentido de que poderiam ter sido adiadas caso mais recursos tivessem sido investidos no prolongamento da vida” (apud Stroebe; Stroebe, 1999, p. 15).

É interessante verificar que no que refere aos níveis de liberdade e de responsabilidade axiológica em relação á saúde, ressalta das leituras das crianças muito o centramento na sua autorresponsabilidade. Pois, quando questionados acerca de “Quem cuida da saúde?”, responderam:

“Nós”; “nós próprios”; “Nós também”; “Porque nós tratamos da saúde”; “Nós”; “Posso brincar muito e divertir-me”; “É tratar bem o corpo”; “Porque nós tratamos muito bem o nosso corpo e temos que tratar”; “Eu”; “Tratar bem o corpo”; “Posso tratar bem o corpo”; “Eu. Bebo água, comer e brincar quando me apetece”; “Beber xarope”; “Nós”; “Jogar Puzzles, brincar com doinossauros”; “(...) Ficar na cama a ver os bonecos”; “Os médicos”; “Tratar-me bem”; “Sou eu”; “tratar bem o meu corpo”; “(...) trato de mim”; “Somos nós”; “Tratar bem de mim”; “Posso tomar brufene”; “As pessoas”; “Os médicos, as enfermeiras, as mães e as tias”; “Não poso beber depressa”; “Bebo um chá quente”; “Beber leite muito

quente”; “Posso tomar chá e leite”; “os médicos, as doutoras e algumas mães”; “As mães”; “A mãe e o pai”; “A mãe e o pai”; “As médicas”.

Já em matéria de doença sobressai o entendimento de alguma impotência individual, recaindo a responsabilidade na alteridade seja na família, nos médicos:

“Porque não consigo mandar nele!”; “Ela, a doença”; “É porque não conseguimos fazer nada!”; “Posso tomar um xarope e água e sumo”; “É porque temos que tomar remédios”; “Fico muito doente. Tenho que ficar em casa, na cama”; “Porque não tratamos bem o corpo”; “Beber chá, beber um pingo e um café”; “Tomo xarope”; “As coisas más”; “Os médicos”; “os médicos”; “Não fazer a doença”; “Os médicos”; “Sou eu”; “O médico”, “Tratar bem de mim”; “É a minha mãe e o meu pai”; “Os médicos”; “Posso ir ao médico”; “Os médicos vão cuidar”; “Os médicos”; “O mano e o pai”; “Tenho que tomar todos os dias xarope”; “Os médicos”; “Os médicos”; “A mamã”; “A mãe e o pai”; “A mãe.”

Embora o “adoecer” possa ser um processo social, enquadrável em padrões normativos, percebemos que as crianças estão mais próximas de uma leitura mítica de crença na doença como “castigo”, fatalidade, algo que “vem de fora para dentro” do que da ideia de que podemos evitar adoecer, não ignorando a importância dos fatores genéticos e ambientais. Talvez por tudo o que já foi referido, considerando a visão dualista dos conceitos para as crianças, devemos recuperar esta leitura para indicar que há dois caminhos que têm de escolher: ser saudáveis ou ser doentes alicerçando assim uma visão antropológica da própria saúde.

A Saúde e a Educação têm uma relação “congénita”, pois se atendermos à definição de saúde na perspectiva de Déjours (1993) como “(...) a capacidade de cada homem, mulher ou criança criar e lutar pelo seu projecto

de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar” (apud Amâncio; Amâncio, 2006, p. 9), concluímos que esta ideia de projeto pessoal também é intrínseca ao processo educativo, uma vez que este é, ou deveria ser, um processo de autoformação. Esta relação é ainda mais evidenciada se considerarmos como entendem Amâncio & Amâncio (2006) que o processo de autoeducação implica, também um processo de construção ao longo da vida com o objetivo de ser mais justo, mais verdadeiro e feliz. Aqui está implícita a procura de bem-estar; bem-ser; por parte do ser humano, onde os “níveis de saúde” poderão concorrer para esse “equilíbrios”.

Nesta linha de ideias tem-se caminhado para uma ideologia do “dever de saúde”, abandonando-se a ideia de “doente passivo” e conduzindo-se, no entender de Crawford (1977) a uma “ideologia de culpabilização” que acaba por atribuir ao indivíduo a falha de não cumprimento de normas de saúde (cf. Barbosa, 1987, p. 174). É difícil estabelecer os limites de responsabilidade em matéria de saúde, pois se por um lado caminhamos lado a lado com um modelo comunitário (toda a sociedade/ambiente) estão implicados nesta realidade, por outro assistimos a um apelo propagandista à capacidade e empenhamento do indivíduo.

Devemos ter alguma cautela nesta matéria, pois se enveredarmos por um “modelo da culpabilização” em saúde, pressupondo que os indivíduos devem agir impelidos pela força da legalidade, corremos o risco de nos afastamos novamente da importância psicoafectiva do desejo de “ser saudável” como *Telos*.

Quando as variáveis economicistas são predominantes na definição das políticas sanitárias, secundarizam-se muitas vezes as variáveis assistências e psicoafectivas. Não podemos ignorar o facto de que as condutas individuais resultam primeiro do conhecimento da realidade, da sua possível experimentação, da sua interiorização e por fim da sua adoção (interiorização). Pelo que, quanto mais precocemente atuarmos em matéria educativa, maior

possibilidade de sucesso poderemos ter em matéria de saúde. Parece-nos que a obsessão pela quantificação dos problemas, dos riscos sanitários tem alimentado a cegueira da interpretação de cada realidade individual e comunitária da própria saúde.

## Referências

ABREU, W. C. **Saúde, doença e diversidade cultural**. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

ANDRADE, M. I. **Educação para a Saúde**. Porto: Texto Editora, 1995

BARBOSA, A. “Educação para a saúde: determinação individual ou social” in: **Revista Crítica de Ciências Sociais – Sociedade, Medicina e Saúde**. Coimbra: Centro de Estudos Sociais. Nº 23, pp. 169-193, 1987.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BOGDAN, R. *et al.* **Investigação Qualitativa em Investigação**. Porto: Porto Editora, 1991.

CAMPS, V. **La voluntad de vivir**. Barcelona: Ed. Ariel, 2005.

CARMO, H., & FERREIRA, M. **Metodologia da Investigação**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

CARVALHO, A., & CARVALHO, G. **Educação Para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Loures: Lusociência, 2006.

COELHO, M. J. **Corpo, Pessoa e Afectividade – Da fenomenologia à bioética** -Tese de Mestrado em Filosofia apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, 1997.

COSTA, J. A. & SAMPAIO e Melo, A. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Porto: Porto Editora, 1998.

FLICH, U. **Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GADAMER, H-G. **O Mistério da Saúde – O cuidado da saúde e a Arte da Medicina**. Lisboa: Edições 70, 1997.

GIL, A.. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde & Doença**. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

HIERNAUX, J-P. “Análise estrutural de conteúdos e modelos culturais: aplicação: aplicação a materiais volumosos” in ALBARELLO, L. *et al.* **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva, pp.156-202, 1997.

- LAPLANTINE, F. **Anthropologie de la maladie**. Paris: Éditions Payot, 1997.
- LE GOFF, J. **As Doenças têm história**. Lisboa: Teramar, 1997.
- LESSARD-HEBERT, M.; GOYETTE, G. Boutin, G. **Investigação Qualitativa Fundamentos e Práticas**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.
- MORRIS, D. B. **Doença e cultura na era pós-moderna**. Lisboa: Instituto Piaget, 2000.
- OLIVEIRA, C. C. **Auto-Organização, Educação e Saúde**. Coimbra: Ariadne Editora, 2004.
- PATRÃO-NEVES, M. C. “Verdade em Saúde” in **Cadernos de Bio-Ética**, Coimbra: Edição CEB, n°5, pp. 49-59, Dezembro de 1993.
- PAÚL, Constança, F., ANTÓNIO, M. **Psicossociologia da saúde**. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES, 2001.
- PINO JUSTE, M. R. **La Educación para la Salud- Marco Teórico y Desarrollo Curricular**.Vigo: Tórculo artes gráficas, S.A.L., pp. 20-32; 39-52, 2001.
- RIBEIRO, J. L. P. **Psicologia e Saúde**. Lisboa: I.S.P.A, 1998.
- SANTOS, B. S. “A Saúde da Doença e Vice-versa” in **Revista Crítica de Ciências Sociais – Sociedade, Medicina e Saúde**. Coimbra: Centro de Estudos Sociais. N° 23, pp.7-12, 1987.
- SEVALHO, G. “Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença” in **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 9 (3): 349-363, Jul/Sep, 1993.
- STROEBE, W. & STROEBE, M. S. **Psicologia Social e Saúde**. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.