

A Doação de Sangue sob a Ótica de Escolares: Concepções e Valores

Blood Donation in the View of Schoolchildren: Conceptions and Values

Regina Pagotto Bossolan^{*, a, b}, Gimol Benzaquen Perosa^b & Carlos Roberto Padovani^b

^aTribunal de Justiça de São Paulo, São Paulo, Brasil

& ^bUniversidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, Brasil

Resumo

Nesta pesquisa investigou-se o nível de informação, percepção, motivos e sentimentos de escolares sobre a doação de sangue. 145 escolares do pré, 2ª, 4ª séries com seis, oito e 10 anos de idade foram submetidos a provas piagetianas, responderam uma entrevista, se posicionaram frente a um dilema. Verificou-se pouca informação e informações errôneas sobre a doação. A escola foi a fonte de informação menos citada. A maioria dos entrevistados tanto na entrevista, como no dilema, justificou a doação de sangue como um ato solidário, permitindo supor que valores como generosidade podem ser adquiridos na fase pré-operatória. Discute-se o papel da escola nos programas de Educação em Saúde voltados a comportamentos que serão emitidos a longo prazo e que beneficiam a coletividade.

Palavras-chave: Valores Morais; Doação de Sangue; Educação em Saúde.

Abstract

This study investigated children's values and perceptions of blood donation. A hundred forty-five students (preschool, second- and fourth-graders) aged 6, 8 and 10 years old answered Piagetian tests. They were also interviewed on blood donation and faced a moral dilemma. Lack of information and misinformation were observed. The school was the least frequently cited information source. Findings showed that the participants justified blood donation as an act of solidarity. It indicates that children have a conception of values since the preoperational stage of cognitive development. It is also presented a discussion on the role of schools in Health Care Education, particularly targeting specific behaviors which will be expressed in the long term such as blood donation.

Keywords: Moral Values; Blood Donation; Health Care Education.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) apenas 1,8% da população mundial é doadora de sangue, enquanto o ideal seria de 3 a 5%, gerando como consequência, falta de sangue para o atendimento da população (Alcântara, 2006).

No Brasil, o Ministério da Saúde, assim como os hemocentros, têm procurado aumentar o número de doadores, principalmente os fidelizados, através de campanhas na mídia e desenvolvimento de atividades em contextos comunitários (Fundação Pró-Sangue, 2006). Essas campanhas, na maioria das vezes, conseguem dar visibilidade ao problema e disseminar informações pela mídia, mas seu efeito parece limitado e temporário. Há evidências de que a mudança de comportamento não é permanente, isto é, com a suspensão das campanhas, o comportamen-

to tende a se extinguir (Alves, 2005). Esses resultados levaram os hemocentros a diversificar estratégias para aumentar a adesão de doadores, recorrendo, inclusive, a programas nas escolas (Fundação Pró-Sangue, 2006).

O ambiente escolar é o contexto ideal para o desenvolvimento de práticas promotoras de saúde, já que exerce influência na aquisição de valores e estimula o exercício da cidadania. Os programas de educação em saúde devem recorrer a estratégias pedagógicas, sociais e psicológicas para aumentarem suas chances de sucesso (Gonçalves, Catrib, Vieira, & Vieira, 2008). No caso específico de programas, que têm como alvo a população infantil, faz-se necessário compreender como crianças adquirem conceitos relacionados ao processo de saúde/doença.

A maioria dos estudos de linha estruturalista, especialmente piagetianos, demonstrou que há mudanças na forma como crianças compreendem causas, prevenção e cura das doenças, dependendo da idade e do estágio cognitivo em que se encontram. Já estudos de enfoque funcionalista têm dado prioridade ao papel de outras variáveis na aquisição de conceitos, como escolaridade, experiência e cul-

* Endereço para correspondência: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Neurologia e Psiquiatria, Distrito de Rubião Jr., s/n, Botucatu, SP, Brasil, CEP 18618970. Caixa-Postal: 540. Tel.: (14) 38116260; Fax: (14) 38155965. E-mails: reginabossolan@hotmail.com, gimol@fmb.unesp.br e bioestatistica@ibb.unesp.br

tura. Eiser, Havermans e Casas (1993) demonstraram que crianças saudáveis, sem problemas de saúde, conseguem entender certas doenças com maior facilidade se puderem relacioná-las com sua experiência. No entanto, os resultados ainda não são conclusivos e as poucas pesquisas sugerem que há mais semelhanças que diferenças na forma como crianças compreendem doenças, nos diferentes contextos (Peltzer & Promtussananon, 2003; Perosa & Gabarra, 2004).

Na literatura, não se encontraram pesquisas que abordassem, especificamente, a compreensão de valores associados ao processo de doação de sangue, por crianças de diferentes idades. Neste estudo, além de considerar o estágio cognitivo, idade, experiência e cultura, achou-se necessário o embasamento em teorias do desenvolvimento moral.

O comportamento de doar é considerado um comportamento pró-social, definido por uma ação voluntária que visa ajudar ou beneficiar um indivíduo ou grupo. Para se engajar em comportamentos pró-sociais, a pessoa precisa ter capacidade de ser empática, descentralizar-se de si mesmo e saber olhar pela perspectiva do outro (Eisenberg, Fabes, & Spinrad, 2006; Malti, Gummerum, Keller, & Buchmann, 2009).

Segundo Eisenberg et al. (2006), no desenvolvimento moral pró-social as crianças passam de uma fase em que suas decisões visam satisfazer suas próprias necessidades e desejos para uma fase em que, gradativamente, começam a levar em conta as necessidades e desejos de outro indivíduo ou grupo de indivíduos. Neste caso, essas decisões não são determinadas por leis, punições e obrigações formais, mas pela capacidade de raciocínios empáticos, com regras e valores morais internalizados.

Foram identificados cinco níveis de desenvolvimento de comportamentos pró-sociais. No primeiro nível, de orientação auto-focada ou hedonística, crianças pré-escolares ou de primeiras séries do 1º grau se engajam em comportamentos pró-sociais se houver possibilidade de ganhos pessoais. No segundo nível, crianças das primeiras séries do 1º grau começam a assumir a perspectiva do outro e demonstram preocupação com necessidades psicológicas, físicas e materiais da outra pessoa, mesmo que sejam contrárias às suas próprias necessidades. No terceiro nível, crianças e adolescentes do 1º e 2º grau manifestam comportamentos pró-sociais para alcançar aprovação ou aceitação dos outros. No quarto nível, crianças de 1º e 2º grau, já demonstram nitidamente empatia e preocupação com as conseqüências de suas ações, que podem resultar em culpa ou em prazer por ajudar. Os adolescentes ou mesmo adultos no quarto nível, tem suas decisões determinadas por normas, responsabilidades, preocupação com condições sociais e proteção dos direitos dos indivíduos. Somente no 5º nível, observado em alguns adolescentes do segundo grau e adultos, há internalização de valores e normas, o indivíduo prioriza valores universais e normas sociais em detrimento das suas próprias necessidades, denotando

preocupação pela garantia de direitos iguais aos indivíduos (Eisenberg, Lennon, & Roth, 1983).

Para Eisenberg, Zhou e Koller (2001) a superação dos níveis está condicionada ao desenvolvimento da cognição e racionalidade, já que através deles torna-se possível o olhar sobre o outro e o entendimento de conceitos abstratos, como solidariedade, generosidade, justiça, etc.

Apesar de reconhecida a determinação biológica na seqüência dos cinco níveis, outros fatores como cultura, socialização, educação, cognição, responsividade emocional e condições situacionais estimulariam a evolução de atitudes pró-sociais havendo, inclusive, possibilidade da criança apresentar diferentes tipos de julgamento moral, num mesmo momento. Assim, crianças podem emitir julgamentos empáticos e, ao mesmo tempo, agir motivadas pela aprovação do outro (Eisenberg-Berg, 1979).

Estudos recentes, com objetivo de avaliar o desenvolvimento de concepções e percepções da criança, utilizaram a entrevista como principal instrumento de coleta de dados, na medida em que se reconhece sua capacidade de falar e expor opiniões, pensamentos e sentimentos (Carvalho, Beraldo, Pedrosa, & Coelho, 2004; Perosa & Gabarra, 2004). Entretanto, os dados de entrevista com crianças devem ser avaliados com cautela pelas distorções possíveis na comunicação pesquisador-criança. A dificuldade desta com instrumentos verbais não se restringe apenas à limitação verbal, conseqüente do estágio de desenvolvimento da linguagem, mas a obstáculos inerentes ao próprio contexto interativo. Em situação de entrevista, os relatos das crianças tentam aproximar suas respostas daquelas que supõem mais aceitas socialmente (Carvalho et al., 2004; Hart & Chesson, 1998). Em um estudo empírico verificou-se que as explicações de crianças com menos de sete anos correspondiam ao discurso do adulto, situavam-se no domínio das interdições e obrigações e, apenas crianças mais velhas davam respostas que expunham suas crenças e justificavam suas ações (Berthoud-Papandropoulou, Favre, & Veneziano, 1990).

Como recurso ideal para avaliar o desenvolvimento moral, pesquisadores optaram pela apresentação de dilemas (Eisenberg et al., 2001; La Taille, 2006). Eisenberg-Berg (1979) relata que através de histórias às quais a criança tem que propor soluções é possível identificar como pensa determinados temas. O dilema não deve implicar em uma tomada de posição frente a situações extremas, que envolvam, por exemplo, vida e morte, mas situações em que as escolhas estejam relacionadas às necessidades e desejos de outro indivíduo ou grupo. Não há uma solução correta ou incorreta, interessa apenas, identificar a forma de raciocínio utilizada ao escolher um tipo de conduta. O dilema hipotético tem a vantagem de não envolver a criança diretamente à situação, estimulando-a para uma discussão mais racional, já que não sofrerá diretamente as conseqüências da decisão tomada.

Frente à necessidade de subsídios para elaboração de programas que sensibilizem crianças quanto à necessidade de doar de sangue, esta pesquisa teve como objetivo

investigar, a partir de respostas a uma entrevista e resolução de um dilema, a concepção de escolares de diferentes idades (seis, oito e 10 anos) e estágios cognitivos (pré-operatório, operatório concreto e operatório formal) sobre o processo de doação de sangue, as informações que dispunham e como justificavam a opção por doar (ou não) sangue.

Método

Pesquisa de corte transversal, realizada com escolares de escolas particulares e públicas, localizadas no centro e periferia de Botucatu (interior do estado de São Paulo). Foi utilizado um mapa do município para a classificação geográfica das escolas da periferia e do centro. Foram sorteadas três escolas públicas na periferia, três escolas públicas no centro da cidade e duas escolas particulares para garantir a representatividade dos escolares do município.

Participantes

A amostra foi composta por 145 escolares de seis (34%), oito (35%), 10 (31%) anos de idade, matriculados respectivamente, no pré, segunda e quarta série do ensino fundamental. Das crianças, 55,2% eram do sexo feminino e 44,8% do sexo masculino. Em relação ao tipo de escola, 31% eram crianças de escola particular, 31% de escolas públicas de periferia e 38% crianças de escolas públicas do centro.

Instrumentos

Questionário Enviado aos Pais. Para coletar informações sobre a idade, escolaridade materna e paterna, sua possível condição de doadores e se o tema da doação de sangue era abordado junto aos filhos.

Provas de Conservação. Conjunto padrão de tarefas propostas por Piaget (1978) para avaliar conservação de massa, tamanho, número e volume. (a) *Conservação de massa:* após a criança reconhecer a equivalência entre dois pedaços de massa de cores iguais em formato de bola, transforma-se uma das bolas em “salsicha”. Pergunta-se, se continuam com a mesma quantidade de massa e o porquê. O mesmo procedimento se repete comparando uma bola de massa e outra idêntica que foi seccionada em três pedaços. (b) *Conservação de tamanho:* após a criança certificar-se que dois palitos de sorvete emparelhados simetricamente são do mesmo tamanho, muda-se a posição de um para que fiquem paralelos e não simétricos. Pergunta-se à criança se continuam do mesmo tamanho e o porquê. Aplica-se o mesmo procedimento com um dos palitos cortado pela metade e emparelhados ora por cima, ora por baixo. (c) *Conservação de número:* apresenta-se à criança duas fileiras paralelas com cinco moedas cada (sem se remeter à quantidade de moeda). Após a criança determinar que as fileiras são idênticas, espaçam-se as moedas de uma das fileiras. Pergunta-se à

criança se o número de moedas permanece igual e o porquê. Repete-se o procedimento, após acrescentar duas moedas na segunda fileira, diminuindo a distância entre elas, de modo que fiquem com comprimentos iguais. (d) *Conservação de volume:* após a criança reconhecer que dois copos idênticos têm a mesma quantidade de água, despeja-se o conteúdo de um dos copos em um copo mais longo. Com os copos emparelhados, pergunta-se à criança: “os copos continuam com a mesma quantidade de água? Por quê?” O mesmo procedimento é aplicado comparando-se o conteúdo de água no copo inicial e o do segundo, distribuído em três copos menores.

Entrevista Semi-estruturada. Abordando alguns tópicos sobre a doação de sangue: motivos que levam as pessoas a doar sangue, motivos que levam a não doação, pré-requisitos para doar, sentimentos do doador e receptor e fontes de informação sobre a doação.

Dilema Moral. Baseando-se na proposta de Eisenberg-Berg (1979) para avaliar julgamentos morais, elaborou-se um dilema em forma de estória para que a criança decidisse se o personagem doaria ou não sangue e justificasse o porquê. O dilema abordava os desejos e necessidades do receptor em oposição aos desejos e necessidades do doador potencial, sem implicar em situação de risco de vida ou morte e era hipotético, ou seja, a criança não estava diretamente envolvida na situação:

No hospital há muitas pessoas que precisam receber sangue para se recuperarem mais rápido de uma cirurgia ou de uma doença e para se sentirem melhor. Ana/João tem uma boa saúde e pode doar sangue. Mas para doar precisa faltar por algumas horas do seu trabalho ou perder algum tempo de descanso do seu sábado. Além disso, fica pensando que vão colocar uma agulha no seu braço e que isso pode doer. E agora, o que será que Ana/João deve fazer? Será que ele/a perde uma parte do seu descanso de sábado ou do seu trabalho para doar seu sangue e ajudar aquelas pessoas que estão no hospital? Por que?

Procedimento

O projeto recebeu parecer favorável do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu, houve consentimento das escolas envolvidas e os responsáveis pelas crianças autorizaram a sua participação, assim como elas próprias assinaram o Termo de Consentimento. As crianças levavam para os pais o Termo de Consentimento e o questionário.

A coleta de dados foi realizada na escola, num ambiente em que estavam presentes apenas a pesquisadora e aluno, sendo a pesquisadora treinada para a aplicação de todos os instrumentos. A ordem de apresentação das provas foi sempre a mesma: primeiramente, dizia-se à criança que iriam brincar e responder problemas com massinha, palitos, moedas e água (provas de conservação) e, em seguida, responderia algumas perguntas (entrevista e dilema), que não seriam avaliadas como certas

ou erradas porque o objetivo era apenas conhecer o que pensavam. A média de tempo para a aplicação de todos os instrumentos era de 15 a 20 minutos, aproximadamente. As respostas das crianças eram gravadas, após o consentimento delas, por um gravador posicionado entre a entrevistadora e criança.

As respostas às provas de conservação e à entrevista foram categorizadas. A forma de pontuação das provas de conservação foi a mesma proposta por Perrin (Perrin & Gerrity, 1981; Perrin, Sayer, & Willet, 1991). Considerava-se que crianças que não apresentavam nenhuma ou apenas uma conservação estavam no estágio pré-operatório; as que apresentavam uma conservação acrescida de no mínimo 50% de acertos em uma ou mais tarefas até três conservações eram consideradas no estágio operatório concreto e aquelas que apresentavam quatro conservações, no estágio operatório formal.

Com relação às entrevistas, em um primeiro momento, todas foram transcritas pela pesquisadora e em seguida criou-se um sistema de categorias (Anexo A).

Foram sorteadas 50% das entrevistas para serem categorizadas por outro pesquisador e calcular o índice de concordância entre os dois pesquisadores independentes. O teste estatístico de Kappa mostrou resultados iguais ou superiores a 0,73.

Todos os dados receberam tratamento estatístico. A comparação entre grupos foi realizada por meio do Teste da Homogeneidade de Goodman, considerando-se significativo todo resultado com $p=0,05$. Comparações

post-hoc entre os grupos dois a dois foram conduzidas utilizando-se o Teste de Goodman para contrastes entre populações multinomiais (Goodman, 1964, 1965).

Resultados

Em relação ao estágio cognitivo, avaliado conforme as provas de Piaget, 50,4% da amostra apresentaram desenvolvimento correspondente ao estágio operatório concreto, 31,7% ao estágio pré-operatório e 17,9% ao operatório formal.

Cerca de 33,8% das mães haviam cursado o ensino superior em comparação a 26,2% dos pais. A frequência ao ensino médio foi bastante semelhante entre pais e mães e 30,3% dos pais frequentaram apenas o primário, frente a 26,9% das mães. A maioria dos pais (88,3% das mães e 66,9% dos pais) nunca havia doado sangue.

A maioria das crianças apontou, como principal motivo para doar sangue, a ajuda ao outro (“Doa sangue pra ajudar quem precisa”, M. 10 anos). À medida que aumentava a idade, aumentava significativamente a porcentagem de crianças que optava por esta justificativa ($G=53,13$; $p<0,01$): 36,7% das crianças de seis anos, 68,7% das crianças de oito e 91,2% das crianças de 10 anos. Por sua vez, crianças de seis anos, confundiram significativamente mais ($p<0,05$) o processo de doação de sangue com exames de sangue, quando comparadas com crianças de dez anos (“Doa sangue pra ver se tem bichinhos”, D. seis anos). (Tabela 1).

Tabela 1

Porcentagem e Frequência de Respostas dos Motivos que Justificam a Doação de Sangue Segundo Diferentes Idades

Idade	Categorias				Total
	Não sei	Confusão com exame	Ajuda	Conteúdos Fantasiosos	
6	11(22,4)	13 (26,5)	18 (36,7) ^{a,b}	7 (14,4)	49
8	7 (13,7)	4 (7,8)	35 (68,7) ^c	5 (9,8)	51
10	2 (4,4)	0 (0,0) ^b	41 (91,2)	2 (4,4)	45

Nota. $G=53,13$ ($p<0,01$).

^a($p<0,05$) $I_6 \#I_8$; ^b($p<0,05$) $I_6 \#I_{10}$; ^c($p<0,05$) $I_8 \#I_{10}$.

De modo geral, os sujeitos tiveram mais dificuldade em apontar os motivos para não doar. A dificuldade se associou significativamente com idade ($G=83,99$; $p<0,01$). Ao comparar os grupos, houve diferenças significativas ($p<0,05$): isto é, uma porcentagem maior de crianças de oito (27,4%) e 10 anos (42,2%) recorreu à falta de condições de saúde para justificar a não doação (“Não doa porque tem doença no sangue”, B. oito anos) quando comparadas às crianças de seis anos (2,0%). Estas, por sua vez, emitiram uma porcentagem maior de respostas fantasiosas ou, aparentemente, sem conexão com o tema (“Não doa porque senão explode”, R. seis

anos). Crianças de 10 anos, apesar de não significativo, citaram mais o medo, como impeditivo à doação, do que crianças de seis e oito anos.

Na amostra como um todo houve desconhecimento sobre os pré-requisitos para doar, principalmente por crianças de seis e oito anos. Observou-se associação significativa entre conhecer pré-requisitos e idade ($G=141,12$; $p<0,01$). A comparação posterior entre os grupos mostrou que nenhuma criança de seis anos apontou como pré-requisitos para doar, condições físicas do doador, possivelmente o critério mais enfatizado pelos bancos de sangue, em oposição a 21,6% das de oito e

48,9% das de 10 anos ($p<0,05$). 38,8% das crianças menores não souberam responder e emitiram uma alta

porcentagem de respostas fantasiosas ou sem conexão com o tema (“Precisa saber falar direito e fazer contínuas para doar”, N. seis anos). (Tabela 2).

Tabela 2

Porcentagem e Frequência de Respostas dos Pré-Requisitos para Doação de Sangue Segundo Diferentes Idades

Idade	Categorias						Total
	Não Sei	Procedimento	Características do Sangue	Condições Físicas	Condições Emocionais	Conteúdos Fantasiosos	
6	19 (38,8)	13 (26,5) ^a	2 (4,1)	0 (0,0) ^a	1 (2,0)	14 (28,6) ^a	49
8	19 (37,2)	2 (3,9)	11 (21,6)	11 (21,6)	5 (9,8)	3 (5,9)	51
10	6 (13,3)	6 (13,3)	8 (17,8)	22 (48,9) ^b	1 (2,3)	2 (4,4) ^b	45

Nota. $G=141,12$ ($p<0,01$).

^a ($p<0,05$) $I_6\#I_8$; ^b ($p<0,05$) $I_6\#I_{10}$.

Com relação a conhecimento de pré-requisitos e estágios cognitivos também houve diferenças significativas ($G=133,38$; $p<0,01$). A comparação entre os grupos mostrou que crianças do estágio operatório formal, de forma significativa ($p<0,05$), confundiram menos os pré-requisitos com os procedimentos usados na doação e deram menos respostas fantasiosas se comparadas com crianças do estágio pré-operatório (“Precisa ter uma agulha para doar”, V. seis anos) e operatório concreto. As condições físicas do doador foram mais citadas, de forma significativa ($p<0,05$), por crianças do estágio operatório concreto (24,7%) e operatório formal (50,0%), em oposição às crianças do pré-operatório (4,3%).

Independente da faixa etária, a dor foi o sentimento do doador mais lembrado pelas crianças (40,7%). Houve uma associação significativa entre sentimentos do doador e estágios cognitivos ($G=51,29$; $p<0,01$). Na comparação entre os grupos, uma porcentagem significativamente maior de crianças do estágio pré-operatório e operatório concreto apontou a dor, em oposição às crianças do operatório formal. Sentimentos positivos associados ao ato

de doar, como alegria, felicidade, prazer por ajudar outras pessoas foram os mais lembrados, de forma significativa por crianças mais velhas, com oito e 10 anos, e do estágio operatório formal ($p<0,05$).

Ao comparar sentimentos associados à recepção, nos diferentes grupos etários e nos diferentes estágios cognitivos a única diferença significativa observada ($p<0,05$) foi uma maior porcentagem de sentimentos positivos apontados por crianças de oito e 10 anos, quando comparadas às crianças de seis anos, que também associaram a dor ao receptor. As crianças mais velhas acreditavam que o receptor tinha prazer em receber a doação devido à melhora de seu quadro orgânico e se sentiam agradecidos por terem sido ajudados.

Em relação ao dilema, a maioria das crianças conseguiu se posicionar frente a ele. Em sua maioria, as soluções apresentadas eram compatíveis com o 2º nível de desenvolvimento moral pró-social, com um predomínio significativo dessas respostas nas crianças oito e 10 anos ($G=16,81$; $p<0,05$). Apesar de não significativo, o índice dessas respostas no grupo de oito anos (84,3%) foi maior que no grupo de 10 anos (73,3%). (Tabela 3).

Tabela 3

Porcentagem e Frequência de Respostas ao Dilema Segundo Diferentes Idades

Idade	Categorias				Total
	Não sei	1º Nível	2º Nível	Conteúdos Fantasiosos	
6	5 (10,2)	4 (8,2)	27 (55,1) ^a	13 (26,5) ^a	49
8	5 (9,8)	1 (2,0)	43 (84,3)	2 (3,9)	51
10	4 (8,9)	4 (8,9)	33 (73,3)	4 (8,9)	45

Nota. $G=16,81$ ($p<0,05$).

^a ($p<0,05$) $I_6\#I_8$.

Não houve diferenças significativas nas respostas ao dilema em crianças de diferentes estágios cognitivos, a não ser uma maior porcentagem de soluções fantasiosas

nas crianças do estágio pré-operatório, quando comparadas com as crianças do operatório concreto e operatório formal ($p<0,05$).

A resposta ao dilema permitiu que se observassem, também, justificativas baseadas em raciocínio hedonístico, como satisfação do interesse próprio ou para agradar a autoridade (“... tem que ajudar porque assim Deus gosta e a gente ganha pontinhos com ele...”, P. oito anos), características 1º estágio de desenvolvimento moral. Independente do grupo etário e do estágio cognitivo foi baixa a porcentagem desse tipo de resposta.

As fontes de informação mais citadas pelas crianças foram os familiares e amigos (41,4%). Houve crianças que referiram nunca terem conversado sobre o assunto (26,9%), 17,9% obtiveram informações a partir dos meios de comunicação, 7,6% nos serviços de saúde. A escola foi citada por apenas 5,5% das crianças, sendo a maioria crianças de 10 anos e do estágio operatório formal. Essas crianças também foram as que lembraram com mais frequência, dos meios de comunicação.

Discussão

De modo geral, foi alto o índice de desinformação com relação ao processo de doar sangue, mesmo em crianças mais velhas e de estágios cognitivos mais avançados. Os pré-requisitos para doar, veiculados majoritariamente nas campanhas e nos folhetos explicativos distribuídos pelos hemocentros à população, eram pouco conhecidos pela maioria das crianças.

Como esperado, o nível de conhecimento sobre o processo de doação de sangue apresentou associação significativa com idade e desenvolvimento cognitivo. Crianças de seis anos, no estágio pré-operatório, confundiram, com maior frequência, doação de sangue com exame de sangue ou citaram aspectos concretos, como materiais e procedimentos de coleta. Crianças de 10 anos e no estágio operatório formal tiveram mais facilidade em enumerar, de modo preciso, os pré-requisitos de peso e idade exigidos para poder doar: “Bom, eu sei que tem que ter mais de 18 anos e acho que pesar mais de 50 Kg” (L. 10 anos), “Tem que ter um peso e idade certa” (R. oito anos).

Algumas crianças lembraram que o doador deve ter condições de saúde que não prejudiquem seu próprio bem estar físico assim como o do receptor: “Ah, tem que ter uma alimentação saudável, não ter problema de saúde... para não se prejudicar...” (H. 10 anos), “É... pelo que eu conheço, não pode ter nada para poder doar sangue... não pode ter doença como hepatite, tem que ter saúde pra doar porque senão ela vai passar pra outra pessoa a doença dela...” (G. 10 anos). A identificação do sangue como via de transmissão de doenças e necessidade de hábitos de vida saudáveis dos doadores confirmam dados de literatura que demonstram que, no período operatório concreto, crianças já têm noção de contágio e que, no período operatório formal, sabem relacionar fatores internos e externos ao organismo na determinação das doenças (Peltzer & Promtussananon, 2003; Perosa & Gabarra, 2004; Perrin, et al., 1991).

Independente do recurso metodológico utilizado, tanto na entrevista como na resolução do dilema, a maioria das crianças, mesmo as que estavam na fase pré-operatória, associou doação de sangue a um ato de ajuda, um comportamento pró-social, com benefícios direcionados ao outro e não a si mesmo, o que é compatível com o 2º nível de desenvolvimento moral pró-social. A ênfase na ajuda ao próximo pode refletir slogans das campanhas veiculadas pela mídia, que se centram na importância de ajuda, mas é possível hipotetizar, também, que os sujeitos, especialmente os mais velhos, estão em uma fase de desenvolvimento em que há uma forte preocupação com o aspecto altruísta envolvido nas ações (Lustosa, 2005).

A partir das justificativas oferecidas pelas crianças pode-se inferir que doar sangue foi considerado um ato de generosidade. Para La Taille (2006), dentre os valores, a generosidade tem três peculiaridades: primeiramente é uma ação altruísta, o outro é beneficiário da ação. Em segundo lugar, implica em um sacrifício, ou seja, há uma doação (dom de si) e, por último, dá-se a outrem, não o que lhe cabe de direito, mas o correspondente a uma necessidade singular. Essas características não deixam dúvida de que a generosidade é uma virtude pertencente ao campo da moral.

Se as justificativas apresentadas por crianças mais velhas confirmaram o que era esperado, com relação a crianças mais novas se esperava, majoritariamente, uma postura heterônoma que reforçasse a relação com a autoridade, hedonismo e medo de castigo. No entanto, 36,7% das crianças mais novas também justificaram a doação como um ato de ajuda ao próximo.

Estudos recentes parecem mostrar que não há uma associação linear entre desenvolvimento cognitivo e aquisição de valores. Bussab (1997) observou que crianças no segundo ano de vida já manifestavam atitudes confortadoras frente ao sofrimento do outro, mostrando percepção do sofrimento e capacidade de agir no sentido de amenizá-lo. Knafo, Zahn-Waxler, Van Hulle, Robinson e Rhee (2008) também observaram a empatia, uma disposição estável e motivadora de comportamentos pró-sociais, em crianças no segundo e terceiro ano de vida.

Nos estudos de La Taille (2006) sobre a aquisição de valores específicos, observou-se que, com relação à generosidade, independente da idade, as crianças apresentavam modos de pensar semelhantes, o que não ocorria frente ao valor justiça. As crianças de seis anos consideravam negativo quem agia sem generosidade, mas não condenavam quem agia de forma injusta. Para o autor, crianças de diferentes idades, mesmo as mais novas, se posicionaram de forma semelhante frente à falta de generosidade, por se tratar de um valor relacionado com simpatia e empatia (capacidade de perceber e ser afetado pelo estado emocional de outras pessoas), capacidades emocionais bastante precoces, uma vez que estão presentes universalmente em situações do cotidiano infantil.

Se na entrevista, na medida em que aumentava a idade, a porcentagem de respostas de ajuda ao outro também aumentava, no dilema o desenvolvimento progressivo não foi tão evidente. Se, por um lado, houve uma porcentagem maior de crianças de oito e 10 anos que verbalizaram a ajuda ao outro, quando comparadas às de seis anos, a porcentagem de crianças de 10 anos que referiu ajuda ao outro (73,3%) foi menor que aquela das crianças de oito anos (84,3%). Vale e Alencar (2008), com resultados semelhantes, levantaram a hipótese de que a generosidade tem um papel importante na gênese da moralidade, mas que outros sentimentos também estariam influenciando as escolhas de crianças pequenas, especialmente o respeito às regras impostas pelos adultos. Esses motivos justificariam a alta porcentagem de respostas de ajuda nas crianças de seis e especialmente oito anos, mas no caso do grupo de 10 anos, seu distanciamento da referência de figuras de autoridade poderia explicar a redução dessas respostas nessa faixa etária.

Com relação aos sentimentos do doador, a dor foi bastante citada (40,7%), especialmente por crianças de seis anos, do estágio pré-operatório e operatório concreto: “Ah, ele deve sentir muita, muita dor na hora de doar!” (M. seis anos) e o medo como razão da não doação foi citado por crianças de 10 anos: “Ah, ele não doa porque tem muito medo” (H. 10 anos). Segundo Ludwig e Rodrigues (2005), alguns dos fatores que afastam doadores potenciais dos hemocentros são o medo do processo em si (picada de agulha), de adquirir doenças em decorrência dos procedimentos envolvidos na doação e falta de confiança no Hemocentro. Possivelmente, além do medo de injeção, o maior conhecimento sobre a etiologia e a transmissão de algumas doenças, especialmente a AIDS, verdadeiras ou não, pode ter determinado essa associação medo/doação de sangue em crianças mais velhas.

A maioria das crianças teve mais dificuldade em identificar os sentimentos dos receptores do que dos doadores. De forma geral, foi grande a dificuldade em analisar sentimentos e decisões do ponto de vista do outro, principalmente por parte de crianças de seis e oito anos. Pode-se supor que as crianças menores ainda têm dificuldade de considerar a realidade externa e os objetos como diferentes de si mesmas e de um ponto de vista diverso do seu, isto é, estão no início do processo de descentração psicológica, capacidade fundamental para que a criança supere a heteronomia em direção à autonomia moral (Piaget, 1977). A alta porcentagem de crianças de 10 anos (73,2%), do estágio operatório formal, que verbalizaram que os receptores têm prazer em receber sangue devido sua melhora física e reconhecimento da generosidade das pessoas (“Ah, elas ficam felizes porque alguém ajudou”, C. 10 anos) pode confirmar esses pressupostos teóricos.

Coube à família o papel de fornecer informações, de associar valores e sentimentos positivos à doação, apesar do baixíssimo número de pais doadores. A mídia foi a segunda fonte de informação citada (17,9%) principal-

mente por crianças de 10 anos, estudantes da quarta-série. Segundo Spink, Medrado e Mello (2002), os meios de comunicação de massa são considerados veículos poderosos de formação de opinião devido ao seu poder de transformar e colocar em circulação conteúdos simbólicos e culturais para a sociedade. No entanto, há relatos de literatura que alertam para o fato de que o conhecimento adquirido pela população pelas campanhas não é suficiente para a mudança de hábitos de vida (Alves, 2005).

De acordo com o relato das crianças pode-se inferir que, até o momento, a escola pouco se envolveu nos programas de doação de sangue. Para Rodrigues (2001) jamais a escola teve um papel tão importante na formação do ser humano como nos dias atuais, já que as crianças são matriculadas muito novas, permanecem na escola por longos períodos e, conseqüentemente, ficam menos tempo sob os cuidados da família. Segundo o site Portal do Voluntário (2007), nos países desenvolvidos, a tentativa de contornar o problema de baixos índices de doação, partiu de campanhas educativas iniciadas no ensino fundamental, conscientizando as crianças, da importância de serem doadores.

Assim, é necessário discutir o papel da escola nos programas de Educação em Saúde. Ela já está engajada em programas que visam trazer ganhos pessoais e imediatos à criança, como campanhas de saúde bucal e dietas saudáveis, podendo assim, participar mais ativamente de campanhas que preconizam a aquisição de comportamentos a serem emitidos a longo prazo (quando maiores de 18 anos), cujos benefícios visam a coletividade e o futuro cidadão. Os dados desta pesquisa parecem indicar que programas que envolvem informações e valores, como cidadania e altruísmo, podem ser iniciados em níveis escolares bem precoces.

Referências

- Alcântara, M. (2006). *Começa a semana nacional de doação de sangue*. Retrieved January 20, 2007, from <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2006/11/20/materia.2006-11-20.0748635112/view>
- Alves, V. S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: Pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 39-52.
- Berthoud-Papandropoulou, I. D., Favre, C., & Veneziano, E. (1990). Construction et reconstruction des conduites d'explication. *Le Jeune Enfant et L'explication*, 78, 9-35.
- Bussab, V. S. R. (1997). O desenvolvimento de comportamentos pró-sociais na criança: Considerações sobre a natureza dos fatores e dos processos envolvidos. *Temas em Psicologia*, 3, 7-17.
- Carvalho, A. M. A., Beraldo, K. E. A., Pedrosa, M. I., & Coelho, M. T. (2004). O uso de entrevistas em estudo com crianças. *Psicologia em Estudo*, 9(2), 291-300.
- Eisenberg-Berg, N. (1979). Development of children's prosocial moral judgment. *Developmental Psychology*, 15(2), 128-137.

- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Spinrad, T. L. (2006). Prosocial development. In W. Damon, R. M. Lerner (Series Eds.), & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 3. Social, emotional and personality development* (5th ed., pp. 646-718). Hoboken, NJ: Wiley.
- Eisenberg, N., Lennon, R., & Roth, K. (1983). Prosocial development: A longitudinal study. *Developmental Psychology, 19*(6), 846-855.
- Eisenberg, N., Zhou, Q., & Koller, S. (2001). Brazilian adolescents' prosocial moral judgment and behavior: Relations to sympathy, perspective taking, gender-role orientation, and demographic characteristics. *Child Development, 72*(2), 518-534.
- Eiser, C., Havermans, T., & Casas, R. (1993). Healthy childrens understanding of their blood: Implications for explaining leukemia to children. *British Journal of Education Psychology, 63*, 528-537.
- Fundação Pró-Sangue. (2006). *Doadores do amanhã*. Retrieved July 25, 2006, from <http://www.prosangue.sp.gov.br/prosangue/actiondoadoroamanha.do?method=doadoroamanha>
- Gonçalves, F. D., Catrib, A. M. F., Vieira, N. F. C., & Vieira, L. J. E. S. (2008). Health promotion in primary school. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 12*(24), 181-192.
- Goodman, L. A. (1964). Simultaneous confidence intervals for contrasts among multinomial populations. *Annals of Mathematical Statistics, 35*(2), 716-725.
- Goodman, L. A. (1965). On simultaneous confidence intervals for multinomial proportions. *Technometrics, 7*(2), 247-254.
- Hart, C., & Chesson, R. (1998). Children as consumers. *British Medical Journal, 316*, 1600-1603.
- Knafo, A., Zahn-Waxler, C., Van Hulle, C., Robinson, J. L., & Rhee, S. H. (2008). The developmental origins of a disposition toward empathy: Genetic and environmental contributions. *Emotion, 8*(6), 737-752.
- La Taille, Y. (2006). A importância da generosidade no início da gênese da moralidade na criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 19*(1), 9-17.
- Ludwig, S. T., & Rodrigues, A. C. M. (2005). Doação de sangue: Uma visão de marketing. *Cadernos de Saúde Pública, 21*(3), 932-939.
- Lustosa, A. V. M. I. (2005). A compreensão da moralidade: Contribuições teóricas da psicologia do desenvolvimento. In M. A. Dessen & A. L. C. J. Costa (Eds.), *A ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 249-263). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Malti, T., Gummerum, M., Keller, M., & Buckmann, M. (2009). Children's moral motivation, sympathy, and prosocial behavior. *Child Development, 80*(2), 442-460.
- Peltzer, K., & Promtussananon, S. (2003). Black South African children's understanding of health and illness: Colds, chicken pox, broken arms and AIDS. *Child Care, Health and Development, 5*(29), 385-393.
- Perosa, G. B., & Gabarra, L. M. (2004). Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: Implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação, 8*(14), 135-148.
- Perrin, E. C., & Gerrity, S. (1981). There's a demon in your belly: Children's understanding of illness. *Pediatrics, 67*(6), 841-849.
- Perrin, E. C., Sayer, A., & Willet, J. (1991). Sticks and stones may break my bone... Reasoning about illness causality and body functioning in children who have a chronic illness. *Pediatrics, 88*(3), 604-619.
- Piaget, J. (1977). *O julgamento moral na criança*. São Paulo, SP: Mestre Jou.
- Piaget, J. (1978). *A formação do símbolo na criança*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Portal do Voluntário. (2007). *Voluntariado do sangue*. Retrieved June 20, 2007, from <http://www.portal.dovoluntario.org.br/site/pagina/php?idconteudo=402>
- Rodrigues, N. (2001). Educação: Da formação humana à construção do sujeito ético. *Educação e Sociedade, 22*(76), 232-257.
- Spink, M. J., Medrado, B., & Mello, R. P. (2002). Perigo, probabilidade e oportunidade: A linguagem dos riscos na mídia. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*(1), 131-164.
- Vale, L. G., & Alencar, H. M. (2008). Generosidade X interesse próprio: Juízos morais de crianças e adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 24*(4), 423-431.

Recebido: 10/12/2009
1ª revisão: 29/04/2010
Aceite final: 13/05/2010

Anexo A

Motivos relacionados à doação de sangue:

1. Não sei;
2. Confusão com outros procedimentos (exame de sangue): “. . . doa para ver se tem bichinho no sangue . . .”;
3. Finalidade: ajudar outras pessoas: “. . . para ajudar as pessoas que ‘tão’ precisando”;
4. Conteúdos Fantásticos: “Porque não sabe fazer continhas”.

Motivos relacionados a não doação de sangue:

1. Não sei;
2. Prejuízos ao doador: “. . . porque elas acham que isso é só pra perder sangue . . .”;
3. Opção pessoal do doador: “. . . porque elas não ‘gosta’ de doar pra aquela gente lá! Acha que aquela gente é diferente . . .”;
4. Medo: “. . . porque tem uns que têm medo, né? Acha que dói, essas coisas... mas na verdade não deve doer nada! . . .”;
5. Falta de condições de saúde: “. . . não pode doar porque tem alguma doença que passa pra outro. . .”;
6. Não há necessidade de sangue: “. . . não está precisando de sangue no hospital . . .”;
7. Conteúdos fantasiosos: “Porque senão explode”.

Pré-requisitos à doação:

1. Não sei;
2. Enumera procedimentos, materiais: “. . . ah, injeção e uma agulha . . .”;
3. Características relacionadas ao sangue: “. . . precisa ter o tipo certo para poder doar . . .”;
4. Condições de vida do doador (hábitos de vida, ausência de doenças) e/ou características exatas (peso e idade): “. . . não pode ter nenhuma doença . . .”; “. . . tem que ter mais de 18 anos e pesar mais de 50 kg . . .”;
5. Condições emocionais do doador: “. . . ter coração bom . . .”;
6. Conteúdos Fantásticos: “Precisa saber falar direito e fazer continha para doar . . .”.

Sentimentos vinculados à doação e recepção:

1. Não sei;
2. Dor: “Sentem uma doízinha . . .”;
3. Sentimentos positivos: “Sentem alegria por ajudar outra pessoa”; “Sentem-se agradecidas porque melhoraram”;
4. Conteúdos Fantásticos: “Que elas sabem fazer muitas continhas”.

Dilema

1. Não sei;
 2. 1º nível: justificativas relacionadas ao ganho pessoal: “. . . Porque se um dia ela precisar [de sangue], a outra pessoa vai doar . . .”;
 3. 2º nível: necessidade dos outros: “Deve doar sangue! Porque as pessoas tão sentindo muito mais dor do que ele vai sentir numa picada!”;
 4. Conteúdos fantasiosos: “Não doam porque senão explode”; “Doa para saber falar”.
-