

CAMILA BELLINI COLUSSI

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA
PARA CRIANÇAS DE UMA ESCOLA EM
CAMPO GRANDE/MS**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE
2009**

CAMILA BELLINI COLUSSI

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA
PARA CRIANÇAS DE UMA ESCOLA EM
CAMPO GRANDE/MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, Área de Concentração: Psicologia da Saúde, sob orientação da Profª Drª Angela Elizabeth Lapa Coêlho.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE
2009**

Ficha catalográfica

Colussi, Camila Bellini
C726r Representações sociais de saúde e doença para crianças de
uma escola em Campo Grande/MS / Camila Bellini Colussi;
orientação Angela Elizabeth Lapa Coêlho 2008
142 f. + anexos

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica Dom
Bosco. Campo Grande, 2008
Inclui bibliografias

1. Psicologia social 2. Crianças - Doenças 3.Crianças
Saúde I. Angela Elizabeth Lapa II. Título.

CDD – 302

Bibliotecária responsável: Clélia T. Nakahata Bezerra CRB 1/757

A dissertação apresentada por CAMILA BELLINI COLUSSI, intitulada “AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA PARA CRIANÇAS DE UMA ESCOLA EM CAMPO GRANDE/MS”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Angela Elizabeth Lapa Coêlho – UCDB (Orientadora)

Profª Drª Silvia Helena Koller – UFRGS/RS

Profª Drª Anita Guazzeli Bernardes – UCDB

Profª Drª Sonia Grubits – UCDB

Campo Grande-MS, 14 de abril de 2009.

Às crianças da Clínica e CTI Pediátricos do
Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela oportunidade que me deu, pela qual não há formas de expressar minha gratidão.

Ao meu marido Cláudio, pelo incentivo nos momentos difíceis, pelo carinho e compreensão nas horas em que não estive presente por conta dos estudos.

Aos meus pais, que muito me apoiaram nesta trajetória, tanto emocionalmente, como financeiramente, enquanto a esperada bolsa não saía. Esse trabalho é o resultado de anos de educação proporcionados por vocês.

Ao meu irmão Cassiano, meu amigo, pelo incentivo e pelos momentos de troca de figurinhas sobre a pesquisa.

À amiga Betha (Maria Alberta Ratier Jajah Nogueira), com quem dividi todas as angústias e as alegrias desses anos no mestrado, meu agradecimento pela amizade e apoio, pelas contribuições e incentivo, por nossas conversas e risadas.

À amiga e colega de trabalho, psicóloga Profa. Msc. Ana Flávia Weis Gama Serpa, pela amizade, atenção e carinho, por ler meu trabalho e contribuir imensamente para o seu aprimoramento.

À professora Dra. Angela Elizabeth Lapa Coêlho, orientadora desse estudo, pelo carinho, atenção e paciência nas incontáveis horas de leitura, correção e orientação. Por me proporcionar a oportunidade de compreender e amar a pesquisa científica. E pela amizade que tanto prezo.

À professora Dra. Anita Guazzeli Bernardes, meu agradecimento por aceitar participar de minha banca e colaborar com a construção dessa pesquisa.

À professora Dra. Sonia Grubits, por aceitar participar de minha banca, e contribuir para minha formação profissional, não apenas no mestrado, mas também nas disciplinas ministradas na graduação e no estágio em que foi minha orientadora.

À professora Dra. Silvia Helena Koller, por compor a banca examinadora e dedicar seu tempo e atenção à elaboração final desse trabalho.

À Escola Estadual Rui Barbosa, à diretora Ilze Ruch e aos professores, pelo acolhimento e compreensão que recebi ao longo de desenvolvimento desta pesquisa. Pelos inesquecíveis anos de estudos, e pela oportunidade de desenvolver minha pesquisa de mestrado na escola onde aprendi os primeiros passos.

Às crianças que participaram desta pesquisa de forma magnífica, enriquecendo de forma brilhante esse estudo, e a seus pais, por permitirem sua participação e depositarem sua confiança nesse trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio no financiamento do estudo.

A todos os amigos que de uma forma ou outra estiveram apoiando e acompanhando esta trajetória.

*A gente descobre que o tamanho das coisas
há que ser medido pela intimidade que temos com as coisas.
Há de ser como acontece com o amor.
Assim, as pedrinhas do nosso quintal são
sempre maiores do que as outras pedras do mundo.
Justo pelo motivo da intimidade.*

Manoel de Barros,
Memórias Inventadas - A Infância, 2003

RESUMO

As crianças desenvolvem um entendimento próprio sobre as enfermidades, suas causas e os modos de tratamentos. As respostas das crianças em relação à saúde e às doenças se baseiam em suas experiências pessoais e na influência da família, da escola e dos meios de comunicação. Essas percepções podem ser reflexo das percepções dos adultos que estão à sua volta e também pode ocorrer que essas percepções sejam bastante diferentes das percepções dos adultos, indicando concepções próprias sobre os assuntos. Esses fatores devem ser levados em consideração quando pensamos em campanhas de prevenção voltadas para as crianças. Esse trabalho buscou analisar as representações sociais de saúde e doença para crianças em Campo Grande/MS, analisando o entendimento das crianças acerca das causas das doenças e seus sintomas, os conhecimentos sobre medidas de recuperação e prevenção, e as representações sociais de saúde e doença entre as crianças em relação à faixa etária. Foram entrevistadas 33 crianças, com idade entre sete e 12 anos, alunas de uma escola pública. As entrevistas também incluíram questões referentes à última vez em que a criança esteve doente: como ela soube que estava doente, o que ela sentiu e por que achou que ficou doente. Também foram elaborados dois desenhos, que representavam o que elas entendiam por saúde e doença. Os resultados indicam que ao definir saúde, as crianças utilizaram com maior freqüência aspectos subjetivos (17,89%), como alegria e paz. Já a doença foi definida mais comumente em termos físicos. As crianças apresentaram uma percepção da doença a partir de aspectos físicos como os sintomas (19,81%), sendo que os mais mencionados foram dor de cabeça, febre e vômito. A principal causa das doenças mencionada pelas crianças foi a ingestão de alimentos que não fizeram bem (11,76%), seguida por ficar perto de pessoas doentes (5,88%) e não lavar as mãos (5,88%). Os remédios foram considerados como o principal fator no processo de cura (32,35%). A mãe é mencionada como a principal cuidadora, quando as crianças estiveram doentes. A restrição de atividades é apontada como principal aspecto negativo das doenças (45,59%). Cerca de 40% das crianças não mencionaram aspectos positivos, no entanto, 10,64% apontaram faltar aula e receber atenção especial como aspectos positivos das doenças. Ter boa alimentação é apontado pelas crianças como principal fator para prevenção (9,38%). Os desenhos confirmaram as respostas das entrevistas. As crianças mais velhas apresentaram respostas mais elaboradas que as crianças mais jovens. Sugere-se uma continuidade no estudo e a utilização de tais informações na elaboração de programas de prevenção e promoção da saúde para crianças.

Palavras-chave: representação social; saúde; crianças.

ABSTRACT

Children develop their own understanding of diseases, their causes and treatment. Their answers in relation to health and diseases are based on their personal experiences and family influence, the school and means of communication. These perceptions may be a reflection of the adults' perceptions who are close to them but they may also be very different from the adults' ones, showing that these children create their own opinions about this issue. These factors should be taking into account when we think of prevention campaigns toward the children. This study aimed to analyze the social representations of health and disease among children in Campo Grande-MS, analyzing their understanding of causes and symptoms of diseases, the knowledge about the recovery and measures of prevention, as well as, the social representations of health and disease among them in relation to their age. Thirty-three children were interviewed, aged between 7 and 12, all of them studying at a government school. The interviews included questions about the last time they got sick, how they knew they were sick; what they felt, and why they got sick. Two drawings representing what they understood of health and disease were done. The results pointed out that when asked to define health, the children used most of the time subjective aspects (17.89%), like happiness and peace, while disease was defined more commonly by its physical terms. The children showed their perception of disease from physical aspects like symptoms (19.81%), being mostly mentioned headache, fever and vomit. The main cause of the diseases related by the children was the consume of food that did not agree with them (11.76%), followed by being close to sick people (5.88%) and not having washed their hands (5.88%). Medicine was considered the main factor in their recovery process (32.35%). The mother was mentioned as the most important caregiver when they were sick. The most negative aspect related to disease was the restriction on activities (45.59%). About 40% of the children did not mention positive aspects, although, 10.64% of them pointed out that missing classes and having special attention were positive points of the diseases. According to the children (9.38%), eating well is the main factor of prevention. The drawings confirmed the interviews answers. The oldest children showed more elaborate answers than the youngest ones. We suggest that this study goes on and that the information collected here should be used on the development of prevention and health programs for children.

Keywords: Social representation; health; children.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Desenho 1	106
Desenho 2	107
Desenho 3	109
Desenho 4	110
Desenho 5	111
Desenho 6	112
Desenho 7	113
Desenho 8	114
Desenho 9	117
Desenho 10.....	118
Desenho 11.....	119
Desenho 12.....	120
Desenho 13.....	121
Desenho 14.....	122
Desenho 15.....	124
Desenho 16.....	125
Desenho 17.....	126

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico dos participantes	64
Tabela 2 – Como você soube que estava doente?	66
Tabela 3 – O que é estar com saúde para você?.....	70
Tabela 4 – O que é estar doente para você?	76
Tabela 5 – Sintomas.....	81
Tabela 6 – Causa das doenças	83
Tabela 7 – O que acontece com as pessoas que ficam internadas em um hospital?	87
Tabela 8 – Como você melhorou?	89
Tabela 9 – Quem cuidou de você quando esteve doente?	94
Tabela 10 – Para que você tomou remédios?	95
Tabela 11 – Aspectos negativos da doença.....	97
Tabela 12 – Aspectos positivos da doença	99
Tabela 13 – O que fazer para não ficar doente?	102
Tabela 14 – Representações sociais de saúde expressas por meio de desenhos	105
Tabela 15 – Representações sociais de doença expressas por meio de desenhos	116
Tabela 16 – Representações sociais de saúde em relação à idade das crianças.....	128
Tabela 17 – Representações sociais de doença em relação à idade das crianças	129

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro de Entrevista 144

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 145

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Declaração de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco.....147

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	17
II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
2.1. REFLEXÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA.....	23
2.1.1. Os modelos biomédico e biopsicossocial.....	24
2.1.2. O processo saúde-doença	27
2.1.3. A Psicologia da Saúde	31
2.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	34
2.2.1. A pesquisa em representações sociais.....	36
2.2.2. Representações sociais na área da saúde	38
2.2.3. Saúde e doença para as crianças.....	40
III. OBJETIVOS.....	54
3.1. OBJETIVO GERAL	55
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	55
IV. MÉTODO.....	56
4.1. LOCAL	57
4.2. PARTICIPANTES.....	57
4.3. INSTRUMENTOS.....	58
4.3.1. Entrevista	58
4.3.2. Desenhos	59
4.4. MATERIAL.....	60

4.5. PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS.....	60
4.6. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.....	62
V. RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
5.1. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	64
5.2. ANÁLISE DOS RELATOS DAS CRIANÇAS.....	65
5.2.1. As representações sociais de saúde	70
5.2.2. As representações sociais de doença.....	76
5.2.3. Os sintomas	81
5.2.4. As causas das doenças	83
5.2.5. Hospitalização	86
5.2.6. O processo de recuperação da saúde	89
5.2.7. Cuidadores.....	92
5.2.8. O uso de medicamentos	94
5.2.9. Aspectos negativos e positivos de estar doente	96
5.2.10. Relatos sobre prevenção.....	100
5.3. ANÁLISE DOS DESENHOS SOBRE SAÚDE E DOENÇA	104
5.3.1. Saúde.....	104
5.3.2. Doença	115
5.4. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA E A IDADE DAS CRIANÇAS	127
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS.....	135

APÊNDICES143

ANEXOS146

I INTRODUÇÃO

Entre os inúmeros aspectos abordados na área da saúde, a prevenção é considerada imprescindível no que tange as formas de cuidado e atenção à saúde, conforme Lei nº 8080 (BRASIL, 1990). Por meio dela, podemos reduzir o acometimento de determinadas doenças na população, reduzir sua mortalidade e otimizar a qualidade de vida. Embora muitos estudos sobre prevenção tenham abordado a fase adulta (BEGHINI et al., 2006; HELMAN, 2003), novas perspectivas (DUVEEN, 1995; HELMAN, 2003; LAUWE; FEUERHAHN, 2001; SCHMIDT; FRÖHLING, 2000) têm enfatizado que a prevenção deve começar ainda na infância, uma vez que se trata de uma fase do desenvolvimento humano na qual esse aspecto pode ser abordado com grande sucesso, de modo que as crianças venham a se transformar em adultos sensibilizados em relação aos fatores de prevenção e de risco.

Desse modo, conhecer o entendimento que as crianças têm sobre a saúde e a doença, tais como as representações dadas à prevenção, causas das doenças, o processo de cura, entre outros, permite que possamos abordar tais assuntos de forma focalizada para alcançarmos a prevenção.

Esse entendimento sobre as representações sociais de saúde e doença para as crianças deve ser considerado quando nos referimos tanto a crianças saudáveis quanto a crianças que apresentam enfermidades. No caso das crianças que não apresentam enfermidades, o conhecimento das representações que elas atribuem a todos os aspectos referentes à saúde e à doença possibilita que sejam elaborados programas educativos e preventivos, que buscam minimizar a ocorrência de determinadas doenças e promover a adoção de hábitos que permitem à criança manter-se saudável. Destaca-se a importância do papel educativo e preventivo da escola, uma vez que tem acesso à criança para dar início, assim como continuidade, a um processo de prevenção.

As famílias das crianças também se destacam como fundamentais nesse processo educativo. O grupo familiar também obtêm ganhos quando pode compreender melhor as representações que as crianças dão à saúde e à doença, pois isso lhes permite auxiliá-las na adoção de medidas preventivas e durante o tempo em que a criança apresenta determinada doença e necessita de tratamento.

Em relação às crianças que já apresentam algum tipo de doença, o entendimento de tais aspectos também é indispensável, e isso diz respeito a todo tipo de doença. Isso porque quando se trata de doenças cujo tratamento e cura são mais viáveis, como um resfriado, uma abordagem adequada da criança permite que ela se torne ativa em seu tratamento, o que reduz os riscos de agravamento e intercorrências, diminui o tempo de tratamento e o torna menos penoso.

Os aspectos descritos também devem ser considerados quando as doenças apresentadas pelas crianças são crônicas, exigindo tratamentos permanentes, intensivos, dolorosos e/ou invasivos e, até mesmo, em alguns casos, tratamentos que não apresentam sucesso. Conhecer o sentido que as crianças dão à doença permite auxiliá-las a tornarem-se mais receptivas na adesão ao tratamento, adaptarem-se melhor às mudanças que a doença acarreta em seu cotidiano, suportar os longos tratamentos e internações, entre outros.

O meu interesse pela temática vem desde o início do meu curso de graduação em Psicologia, quando fui voluntária em uma organização não governamental, que realiza um trabalho de apoio à criança vivendo com HIV/AIDS. Nesse trabalho, fazia visitas semanais à instituição e realizava diversas atividades com as crianças, tais como brincadeiras, elaboração de comemorações para datas festivas, entre outras. Era possível perceber o modo particular como as crianças reagiam frente a sua doença, aos procedimentos que necessitavam suportar, as idas ao hospital e as internações, ao uso diário de medicação e a adoção de hábitos saudáveis, entre outros. Notava que elas podiam atribuir gravidade à doença a partir de referenciais muitas vezes considerados incomuns pelos adultos, como o número de idas ao hospital.

Ainda durante a graduação, realizei três projetos de iniciação científica, na área de Psicologia da Saúde, que buscavam identificar conhecimentos, atitudes e percepção de risco de estudantes universitários frente à AIDS. Tais trabalhos permitiram observar atitudes negativas frente a AIDS, tais como perceber a doença como uma punição, conhecer os meios de transmissão, porém preferir não trabalhar ou estudar com pessoas portadoras do vírus HIV, entre outros. Observa-se que as formas como as pessoas caracterizaram a AIDS, nesses estudos, pode diferenciar-se dos conceitos médicos e apresentar conceitos oriundos de construções sociais.

A infância e a saúde sempre foram temas de interesse particular. Em meus estágios curriculares e extra-curriculares desenvolvi atividades voltadas para a área infantil, em brinquedoteca e na área clínica, além de atividades na área da saúde, no contexto hospitalar.

Desde abril de 2006, desenvolvo minhas atividades profissionais no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, onde atuo como psicóloga nos setores de Clínica Pediátrica e CTI Pediátrico, tendo trabalhado também no Pronto Atendimento Médico Pediátrico. O referido hospital atende aos mais diversos casos, desde pequenas emergências até quadros clínicos bastante complexos, que exigem tratamentos longos e árduos. Em minha prática diária, pude observar a necessidade de adoção de medidas preventivas em relação à saúde das crianças, evitando a ocorrência de doenças tais como Pneumonia e Leishmaniose, que seriam facilmente reduzidas com medidas simples de prevenção, sem desconsiderar as questões econômicas e o próprio desconhecimento sobre os meios de prevenção.

A partir desse contexto, surge a proposta desta pesquisa de dissertação de mestrado que apresento a seguir. Pretende-se identificar as representações sociais sobre saúde e doença apresentadas pelas crianças, de modo que o conhecimento das mesmas possa contribuir para trabalhos realizados com essa população em todos os níveis de prevenção. Para tal, busca compreender o entendimento das crianças acerca das causas das doenças, seus sintomas, meios de recuperação e prevenção, além de verificar as representações sociais nas diferentes faixas etárias.

Inicialmente, apresentarei uma revisão bibliográfica sobre temas relevantes ao estudo, como aspectos acerca do processo saúde-doença, e considerações sobre os modelos biomédico e biopsicossocial, fundamentais para a compreensão das práticas de atuação em saúde. Abordarei aspectos sobre as representações sociais, sua definição e a pesquisa na área da saúde. Em seguida, realizarei considerações sobre as representações sociais de saúde e doença na infância, apontando estudos sobre os sentidos de saúde e doença para crianças.

Posteriormente, descreverei os objetivos geral e específicos da pesquisa, e no capítulo seguinte, apresentarei o método utilizado no estudo, apresentando de forma detalhada os procedimentos, participantes, instrumentos e materiais utilizados, além dos aspectos éticos.

No capítulo V, apresentarei os resultados obtidos e a discussão a respeito dos mesmos, e no capítulo VI, as considerações finais sobre o estudo, refletindo sobre a importância de pesquisas na área.

II FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Apesar da constatação de alguns avanços sociais nos países pobres, como a redução nas taxas de mortalidade infantil, apontada por Rossetti-Ferreira, Ramon e Silva (2002), a atenção à saúde da criança é ainda um campo primordial entre os cuidados à saúde das populações (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002; SAMICO et al. 2005). A saúde da criança é objeto de vigilância de órgãos internacionais, que tratam, entre outras coisas, de sua mortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005) e de sua imunização contra determinadas doenças (UNICEF, 2004).

De acordo com Pineault e Daveluy (1989 apud TEIXEIRA; SCHULZE; CAMARGO, 2002), os programas de saúde devem ser produzidos também a partir da compreensão de saúde da população e, não apenas a partir das carências de saúde ou da visão de especialistas. Segundo Stroebe e Stroebe (1995), o entendimento das representações de saúde e doença para as crianças é necessário e imprescindível para a elaboração de programas de saúde que satisfaçam suas necessidades, pois as atitudes e as crenças de uma pessoa sobre saúde podem determinar seu estilo de vida.

Compreender a percepção das crianças acerca desses temas pode amparar os profissionais da educação e da saúde, auxiliando as crianças acometidas por doenças a cooperarem mais efetivamente em relação a sua doença e ao tratamento e, principalmente, trabalhando na prevenção das mesmas (PERRIN; GERRITY, 1981; SCHMIDT; FRÖHLING, 2000).

2.1. REFLEXÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA

Conforme Scliar (2002), a preocupação em conceituar saúde surgiu recentemente, em razão das necessidades de planejamento de ações de saúde, tanto individuais quanto coletivas. Tais ações devem considerar as diferentes fases do processo saúde-doença, pois cada uma pressupõe diferentes formas de intervenção.

As intervenções em nível de prevenção primária são voltadas para a pessoa saudável, e são caracterizadas por medidas que incluem mudanças de hábito e comportamento, saneamento básico, nutrição adequada e educação em saúde. Também faz parte da prevenção primária, a proteção das pessoas contra doenças, por exemplo, por meio de vacinas. Um grande tema de estudo relacionado à prevenção primária é o fato de que, ao contrário do que se pressupõe, apenas fornecer informações à população sobre saúde não basta. Ter conhecimento não significa necessariamente a adoção de hábitos saudáveis. Dessa forma, inúmeras pesquisas propõem-se a analisar essa questão (SCLiar, 2002).

A prevenção secundária é voltada para pessoas nas quais a doença já está presente, porém ainda não se manifestou, o que inclui o diagnóstico precoce. Nesse ponto, a saúde pública procura responder a questões tais como que doenças devem ser procuradas, em que grupo, com quais métodos e com que freqüência. Tal nível de prevenção também pretende limitar os danos causados pela enfermidade, impedindo que o paciente piora. Por fim, cita-se a prevenção terciária, voltada para a reabilitação das seqüelas de uma determinada enfermidade, mais uma vez evitando a piora do paciente (SCLiar, 2002).

O processo que vai da saúde até a doença pode ser visto a partir de perspectivas diferentes. No próximo segmento deste trabalho, analisaremos dois modelos de entendimento do processo saúde-doença.

2.1.1. Os modelos biomédico e biopsicossocial

O modelo dominante de doença, presente por muitos séculos, é caracterizado pela idéia de que as enfermidades possuem causa biológica predominante e esta causa é objetivamente identificável. Se adotarmos tal modelo, devemos considerar que os fatores comportamentais e de condições de vida nada influem nesse processo, e dessa forma, não são incluídos na definição de um

diagnóstico, e também na prevenção da doença e manutenção da saúde (STROEBE; STROEBE, 1995).

O modelo biomédico possui caráter reducionista, uma vez que separa mente e corpo, e prioriza a doença sobre a saúde. Ambas, doença e saúde, são descritas a partir de aspectos físicos, químicos e fisiológicos, sem menção ao contexto social (ENUMO, 2003).

Laplantine (2001) argumenta que esse é o modelo dominante na Medicina contemporânea. O sintoma é tratado como um inimigo que deve ser destruído, por exemplo, por meio de quimioterápicos que combatem os sintomas e os fazem desaparecer. A pessoa é vista como não tendo responsabilidade sobre o seu processo de tratamento e os médicos não devem se preocupar em considerar aspectos psicossociais.

Segundo Stroebe e Stroebe (1995), considerando-se apenas as causas biológicas das doenças, deixamos de lado os fatores sociais, psicológicos e culturais que também estão envolvidos no aparecimento ou não das doenças. Isso não contribui para o desenvolvimento de programas de prevenção de doenças, já que os fatores comportamentais não são considerados importantes no processo. Enumo (2003) também alerta para esse ponto, afirmando que se considerarmos apenas as questões biológicas, a prevenção atinge apenas os níveis secundário e terciário, desprezando o nível primário de prevenção, que diz respeito, fundamentalmente, à atenção básica.

De modo a agregar esses fatores, surge um outro modelo, denominado modelo biopsicossocial, que considera não apenas os fatores biológicos, mas também os psicológicos e sociais como integrantes da saúde e da doença. Nota-se, que agora, não apenas as ciências médicas responsabilizam-se pelas enfermidades, mas também outras áreas do conhecimento, como a Sociologia e a Psicologia (STROEBE; STROEBE, 1995).

Spink (2003, p.47) também aponta para o fato de que, no modelo biopsicossocial, “[...] a doença é vista como um fenômeno psicossocial, historicamente construído, e como tal, é, sobretudo, um indicador da ideologia vigente sobre o adoecer e os doentes em uma determinada sociedade”.

Conforme Herzlich (2005), a doença é um fenômeno que ultrapassa o saber médico, e seu entendimento não depende apenas de formulações mais ou menos coerentes, mas também das interpretações e dos sentidos dados a ela. Dessa forma, podemos pensar que as representações de saúde e doença dão acesso a uma imagem da sociedade e das imposições às quais submete as pessoas.

Ainda segundo Spink (2003), há dois avanços importantes desse modelo em relação ao anterior. Primeiramente, pode-se notar que a doença deixa de ser uma experiência individual e passa a ter um caráter coletivo, estando, portanto, sujeita às ideologias de determinada sociedade. Além disso, a ótica médica passa a dividir espaço com a visão do paciente, deixando de ser o único padrão legítimo.

Nota-se que a doença não é mais vista como o contrário da saúde, até porque não se considera que exista a doença e a saúde em si mesmas. A doença precede da pessoa e tem função significativa. Inicia-se um discurso que trata de ações reguladoras, que priorizam as potencialidades da pessoa doente (LAPLANTINE, 2001).

Helman (2003) também discute as duas perspectivas, apontando para o fato de que, no modelo biomédico, há grande ênfase na racionalidade científica, sendo necessário que os fenômenos relacionados à saúde e à doença sejam confirmados quantitativamente por meio de verificações objetivas, empíricas e controladas. Os sintomas são tidos como diretamente ligados a aspectos fisiológicos, e não consideram os fatores sociais, culturais e psicológicos. A Medicina torna-se reducionista, uma vez que passa a tratar de órgãos específicos, o que se deve em parte pelos avanços da tecnologia, que revelam mudanças em níveis celulares e moleculares.

Por outro lado, o modelo biopsicossocial acata as experiências subjetivas relacionadas às mudanças físicas ou emocionais, sendo que a confirmação de determinada doença pode ser feita por meio da percepção de outras pessoas. Para isso, é necessário que haja um consenso entre as pessoas de uma sociedade para que se defina o que é estar doente (HELMAN, 2003). Cada grupo social apresenta

definições diferenciadas a respeito dos fenômenos de saúde e doença, como veremos a seguir.

2.1.2. O processo saúde-doença

As representações de saúde e de doença aparecem relacionadas às visões que homens e mulheres têm dos aspectos biológico e social, diferenciando-se muitas vezes, do saber médico (CARDOSO; GOMES, 2000; HERZLICH, 2005). Para Cardoso e Gomes (2000), a doença é reinterpretada pelo médico, que faz uso dos aspectos reportados pelo paciente e os analisa à luz dos apontamentos médicos biológicos. Já o paciente, interpreta tais aspectos a partir de um referencial baseado na cultura em que está inserido. Nota-se, portanto, que o fenômeno da doença não é visto somente por meio do conhecimento da Medicina.

Segundo alguns autores (HERZLICH, 2005; SEVALHO, 1993), a doença gera uma necessidade de discurso e interpretação, devido ao fato de que traz alterações para a vida individual e coletiva. Ela aparece como um evento que ameaça ou modifica a vida individual, assim como a inserção social das pessoas. Dessa forma, causa um desequilíbrio coletivo, o que faz com que a sociedade produza discursos interpretativos para tais fenômenos, de forma a lidar melhor com eles. Conforme Fortes e Baptista (2004), a percepção de doença está baseada na vida da pessoa e é influenciada por aspectos familiares e também culturais.

O estudo de Martin e Angelo (1998), sobre o significado do conceito de saúde para famílias em situação de risco¹, confirma a influência cultural no entendimento sobre saúde e doença. As autoras entrevistaram nove mães de

¹ Embora o termo “risco” tenha sido utilizado no artigo referido, nota-se a emergência de um novo conceito que considera não apenas os aspectos individuais, mas também coletivos e contextuais que acarretam em maior ou menor suscetibilidade ao adoecimento. Trata-se do conceito de “vulnerabilidade” (AYRES et al., 2003).

crianças que eram atendidas em um Centro Comunitário de uma comunidade de baixa renda, em situação de risco pessoal e social, no município de São Paulo/SP. Elas verificaram que as definições fornecidas pelas participantes em relação a conceitos de saúde eram frutos da interação entre a família e as condições sócio-econômicas desfavoráveis em que estavam inseridas. Essa relação determinava comportamentos peculiares em relação à saúde, como por exemplo, em relação à verificação da saúde da família, que incluía como indicador significativo a existência de alimentos para comer.

Alves e Rabelo (1999 apud GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002) apontam para o fato de que as respostas aos problemas relacionados a doenças são constituídas socialmente, por meio de práticas, crenças e valores compartilhados. A experiência da enfermidade é entendida pela forma como uma pessoa situa-se perante a enfermidade ou como assume a situação de doença, e essa forma está diretamente relacionada ao contexto social.

Conforme Laplantine (2001), a representação de saúde e doença pode estar relacionada a aspectos tais como o *status* social das pessoas, o que inclui sua profissão, seu status sócio-econômico, entre outros. O autor questiona as formas pelas quais cada profissional define o conceito de doença, que pode ser diferenciado entre médicos, psicólogos, psicanalistas, pesquisadores de diversas áreas e outros. Além disso, questiona a forma como esse conceito é visto por esses profissionais quando eles se encontram doentes. A lógica dos sistemas etiológico-terapêuticos também influencia a representação de saúde e doença. Como exemplo, o autor cita as lógicas nas quais a doença é encarada como fator exógeno ou endógeno à pessoa. Os modelos epistemológicos que a sociedade utiliza para pensar cientificamente a doença (modelo biomédico, psicológico, relacional) e os sistemas assistenciais de uma determinada sociedade também influenciam.

Segundo Sevalho (1993), as primeiras representações de saúde e doença estavam ligadas a aspectos mágicos, sendo que a doença era vista como resultado de influências de entidades sobrenaturais, sobre as quais a pessoa tinha pouco ou nenhum controle.

A história das representações de saúde e doença foi sempre pautada pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos e as coisas e os demais seres que os cercam. Elementos naturais e sobrenaturais habitam estas representações desde tempos imemoriais, provocando os sentidos e impregnando a cultura e os espíritos, os valores e as crenças dos povos. Sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios, envolvendo o fogo, o ar, a terra, os astros, a organização da natureza, estão indissoluvelmente ligados às expressões da doença, à ocorrência de epidemias, à dor, ao sofrimento, às impressões de desgaste físico e mental, à visão de deterioração dos corpos e à perspectiva da morte. (SEVALHO, 1993, p.352)

Para os povos da Mesopotâmia, as doenças eram provocadas por demônios que se apossavam dos corpos, havendo, então, a necessidade de exorcizar esses corpos. A doença também já foi associada à obra dos deuses, podendo estar ou não relacionada com o comportamento da pessoa (SEVALHO, 1993).

Em um estudo realizado por Laplantine (2001), a respeito de pesquisas antropológicas desenvolvidas na França e reexaminadas à luz da experiência brasileira, notou-se que a doença pode ser considerada a partir de dois aspectos: como uma entidade exógena que penetra no corpo da pessoa, sendo que esta não tem responsabilidade sobre o fato; ou como uma entidade não estranha ao doente, que possui função significativa que deve ser decodificada, já que pode estar representando aspectos do mundo mental das pessoas. Nesse estudo, o autor cita a experiência da doença observada em 12 terreiros de Umbanda², em uma cidade do Brasil. Analisou-se dois aspectos preponderantes, sendo eles as consultas individuais, realizadas fora dos cultos, e as consultas coletivas, nas quais os médiuns, por meio de comunicações diretas com as forças do sagrado, realizam diagnósticos, prescrevem tratamentos e dão conselhos. Segundo essas observações, a doença e a saúde são organizadas em torno da noção de “axé”, ou seja, uma força vital que, se reduzida, causa a doença. Apenas a ação ritual pode redistribuir essa força, e conforme o autor, esse é o único recurso terapêutico de

² Religião que integra espíritos indígenas, orixás dos candomblés, santos do catolicismo e o tema da reencarnação africana reinterpretado no espiritismo europeu (LAPLANTINE, 2001).

uma grande parcela da população da cidade, que não tem acesso a outros serviços por motivos financeiros.

Nota-se uma relação entre os aspectos citados por Sevalho (1993), característicos de sociedades mesopotâmias, e os resultados encontrados na pesquisa de Laplantine (2001), referente à sociedade atual, o que demonstra que aspectos da doença ligados aos deuses e entidades divinas ainda estão presentes na atualidade.

Outro aspecto comum entre os períodos é o fato de a doença ser vista como punição ou como maldição, comum na antiguidade, mas encontrado ainda hoje nas concepções de saúde e doença, relacionadas, por exemplo, às doenças como a sífilis e a AIDS. Sevalho (1993) atenta para a relação de medo e culpa entre a pessoa e a doença, sempre presentes nas concepções de saúde e doença.

Entre egípcios e gregos notava-se a adoção de uma postura de naturalização da doença, que era adquirida com a absorção de uma determinada substância por parte do corpo, levando-o ao seu apodrecimento, e podendo ser evitada com cuidados como a prática de exercícios e a alimentação adequada. Essa postura também era adotada por hindus e chineses, mas foi Hipócrates que demonstrou essa passagem do sobrenatural para o natural, por meio da perspectiva humoral. O corpo humano seria constituído de quatro líquidos ou humores ligados aos elementos da natureza, sendo eles terra, água, fogo e ar. A saúde e a doença dependiam do equilíbrio e desequilíbrio dos humores, respectivamente (SEVALHO, 1993).

Segundo Sevalho (1993), na Idade Média, sob a forte influência da igreja, as noções de saúde e doença apresentavam um caráter religioso. Já era possível perceber uma distinção entre corpo e mente, a partir da noção de corpo e espírito. Apesar da necessidade de se zelar pelo espírito, o corpo também devia ser mantido puro. A doença, e também a morte, causava grande temor, devendo ser mantida à distância. Após a Idade Média, os avanços científicos, o uso de microscópio, as descobertas de Pasteur e Koch, as teorias de contágio e a classificação e catalogação das doenças influenciaram as concepções de saúde e doença, que

passaram a ser vistas a partir de aspectos microbiológicos. Essa concepção imperou até o começo do século XX.

Scliar (2002, p. 93) fala sobre a definição de saúde feita pela Organização Mundial de Saúde, em 1948, como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”. O autor aponta para o fato de que, anterior a esse conceito, a saúde era vista apenas como ausência de enfermidade, bastando, portanto, que a pessoa não apresentasse sintomas ou sinais de doenças. Dessa forma, o conceito de 1948 foi considerado um avanço, se levarmos em conta as definições anteriores. No entanto, reflexões posteriores sobre a definição levaram a considerá-la pouco operacional. Os aspectos orgânicos e até mentais e sociais podem ser definidos por parâmetros desejáveis, porém a noção de “bem-estar” é bastante subjetiva e dificilmente quantificável (SCLiar, 2002).

Para Segre e Ferraz (1997), o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, a despeito de ter sido considerado positivo quando foi instituído, está ultrapassado, já que o completo bem-estar pode ser considerado utópico, além de que a divisão entre físico, mental e social foi superada, uma vez que tais aspectos interagem mutuamente. Dentro desta perspectiva histórica, analisaremos agora como a Psicologia se insere nesse contexto, suas reflexões e contribuições para o campo da saúde.

2.1.3. A Psicologia da Saúde

A Psicologia da Saúde, definida por Stroebe e Stroebe (1995) como um campo voltado para o conhecimento psicológico significativo para a manutenção da saúde, prevenção da doença e adaptação à doença, começa a emergir no final dos anos 1970, com o reconhecimento de que os estilos de vida e o estresse psicossocial são bastante influentes na determinação da morbidade e mortalidade de algumas enfermidades, como por exemplo, as doenças cardiovasculares. Para

Sebastiani (2000), a Psicologia da Saúde surge para responder a uma demanda sociossanitária.

Conforme Sebastiani (2000), o desenvolvimento da Psicologia da Saúde e o trabalho realizado pelos psicólogos nos sistemas de saúde variam em diferentes países. Os psicólogos com maior grau de capacitação científica e profissional encontram-se na América do Norte, Europa, Japão e Austrália, o que ocorre devido ao desenvolvimento econômico dessas localidades e também pelo desenvolvimento histórico da Psicologia. No entanto, na América Latina, os avanços têm acontecido de forma rápida. O autor lembra que, quando o termo *Health Psychology* foi proposto na Universidade da Califórnia em 1974, já existia a Sociedade Cubana de Psicologia da Saúde.

Spink (2003) ressalta os avanços conquistados em Cuba, onde ocorreu uma integração plena entre práticas psicológicas e os serviços de saúde, em todos os níveis de atenção. Houve uma ampliação do objeto de estudo, abordando aspectos psicológicos, psicopatológicos e também sociopsicológicos.

Segundo Sebastiani (2000), ainda dentro da América Latina, o Brasil é um dos países onde a Psicologia da Saúde tem se desenvolvido satisfatoriamente, observando-se avanços na área acadêmica e no próprio sistema de saúde do país. Por volta de 1957, surgiram os primeiros serviços de Psicologia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, inicialmente no setor de reabilitação, expandindo-se, posteriormente, para todos os outros setores. Desde então, a participação dos psicólogos no sistema de saúde têm crescido significativamente.

No Brasil, a partir de 1982, o campo antes dominado pelas atividades realizadas nos consultórios particulares ou em hospitais e ambulatórios de saúde mental, adotando, de modo geral, uma perspectiva médica, amplia-se por meio de um processo de desospitalização e de extensão dos serviços de saúde mental à rede básica. Surgiram equipes de saúde mental formadas por psiquiatras, assistentes sociais e psicólogos. Essa nova forma de atuação sofreu resistência por parte de outros profissionais, por não compreender o papel atribuído a cada profissional dessa nova equipe. Além disso, faltava uma fundamentação teórico-

prática para tal atividade, uma vez que diferia de padrões até então utilizados (SPINK, 2003).

Em resposta a essas necessidades, começam a ser integradas às grades curriculares dos cursos de formação as disciplinas de Psicologia Hospitalar e/ou da Saúde, crescendo a produção científica nessa área. Nos anos 1990, surgem novas propostas de trabalho, abrangendo as áreas de Psico-oncologia, Psicologia voltada para a cardiologia, cuidados paliativos, programas de DST-AIDS e projetos de saúde materno-infantil (SEBASTIANI, 2000).

Dessa forma, notam-se mudanças no papel do psicólogo, como argumenta Spink (2003, p.33): “É fácil constatar e até mesmo buscar dados quantitativos para comprovar a ampliação do papel do psicólogo na área da saúde e a consequente ampliação de seu objeto de estudo e intervenção”.

De acordo com Spink (2003), a Psicologia da Saúde passou por algumas fases no entendimento do processo saúde-doença até chegar ao momento atual, que considera os aspectos construtivistas dos conceitos. Inicialmente, influenciada pela visão psicanalítica, a Psicologia da Saúde fez uso da esfera intra-individual para explicar a saúde e a doença. Estudou as relações entre as emoções e o surgimento das doenças e entre os tipos de personalidade e determinados tipos de doenças. Posteriormente, passou a enfatizar os aspectos psicossociais, voltando-se para os eventos de vida e o estresse. É apenas em uma terceira etapa que passa a enfocar a perspectiva do paciente em relação à saúde e à doença, deixando de lado o enfoque médico e do sistema de saúde. A partir de então, passa a enfatizar as representações do processo saúde-doença, estudando as teorias do senso comum, as relações entre a representação e o comportamento, além das ligações entre o saber popular e o saber oficial. Nesse ponto, as representações sociais assumem papel fundamental dentro de tais estudos, como veremos a seguir.

Para Enumo (2003), a Psicologia da Saúde possui uma vertente promissora de pesquisa e assistência em Psicologia. No entanto, é importante ressaltar que muitos avanços ainda devem ser almejados, como uma melhor incorporação da disciplina nas grades curriculares, maior vinculação do trabalho com

as demandas sociais, além de maior amadurecimento profissional (SEBASTIANI, 2000).

2.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

De acordo com Teixeira, Schulze e Camargo (2002), as representações sociais são formas de conhecimentos produzidos socialmente, por um grupo de pessoas, de modo que permita a comunicação e o entendimento de determinados aspectos.

As representações sociais possibilitam interpretar, questionar e atribuir sentido, além de proporcionar a intervenção na realidade, auxiliando na organização das relações sociais, das pessoas entre si e com a natureza (GARNELO; WRIGHT, 2001; PESTANA; PÁSCOA, 1998).

Conforme Laplantine (2001), as representações sociais não são domínio de um campo disciplinar específico, pois são utilizadas em muitas especialidades das ciências humanas. Segundo o autor, as representações sociais situam-se sempre na relação do individual e do social e em três campos distintos de investigação: o conhecimento, o valor e a ação. As representações sociais consistem em uma interpretação que se torna, para aqueles que a adotam, a própria realidade.

Para Jodelet (2001), as representações sociais são fenômenos em ação no campo social, formadas por diversos elementos que expressam a realidade, para um determinado grupo.

[...] as representações sociais são fenômenos complexos sempre ativados e em ação na vida social. Em sua riqueza como fenômeno, descobrimos diversos elementos (alguns, às vezes, estudados de modo isolado): informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, etc. Contudo, estes elementos são organizados sempre sob a aparência de um saber que diz algo sobre o estado da realidade (JODELET, 2001, p.21).

Segundo a autora, as representações sociais possuem um objetivo prático, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais, e intervêm em diversos processos, como a transmissão e a apropriação de conhecimentos, desenvolvimento individual e coletivo, definição de identidades pessoais e sociais, transformações sociais e expressão de grupos. Nota-se, portanto, a importância de seu estudo para uma abordagem da vida mental individual e coletiva. As representações sociais estabelecem uma relação de simbolização e de interpretação com seu objeto, uma vez que o substitui e lhe confere significados (JODELET, 2001).

Conforme Moscovici (2003), as representações sociais constituem uma espécie de teoria pela qual é possível classificar pessoas ou coisas, descrever e/ou explicar suas características, sentimentos e ações. Para Vala (2004), elas não são formadas apenas de teorias científicas, mas também de aspectos culturais, ideologias formalizadoras, experiências e comunicações cotidianas. Algumas representações são transmitidas calmamente, de uma geração para outra, o que podemos chamar de “tradição”. Outras se disseminam rapidamente, e apresentam curto período de vida, conhecidas como “modas”.

Como estruturas cognitivo-afetivas, as representações sociais não podem ser reduzidas aos seus conteúdos cognitivos, e devem ser compreendidas levando-se em consideração o contexto do qual fazem parte e sua funcionalidade nas interações sociais (SPINK, 1993, 1995).

Segundo Vala (2004), as representações sociais são constituídas de um sistema ou núcleo central, caracterizado pela rigidez, coerência e estabilidade, e ligado à história coletiva. Esse núcleo, manifestante da homogeneidade do grupo, organiza a representação e gera a significação dos elementos da representação.

Também são constituídas pelo sistema periférico, formado por elementos mais flexíveis, que são sensíveis ao contexto e manifestam a heterogeneidade do grupo. O sistema periférico tem função de adaptação contextual da representação e protege o núcleo central. As práticas sociais geralmente são coerentes com as representações sociais, porém, caso isso não ocorra, surgem novos elementos periféricos, que protegem o núcleo. Apenas quando as situações forem irreversíveis, há transformações no núcleo.

2.2.1. A pesquisa em representações sociais

Segundo Moscovici (2001), o estudo das representações sociais surge a partir da noção de representação coletiva, postulada por Durkheim, por volta de 1895. Durkheim separa as representações individuais e as representações coletivas, e as utiliza para estudar os mais variados fenômenos sociais (DURKHEIM, 1970). As representações coletivas são definidas por Vala (2004), como produções sociais que se impõem às pessoas como forças exteriores, realizando a coesão social. Constituem-se de fenômenos variados como a religião, a ciência, os mitos e o senso comum.

Posteriormente, em 1961, Moscovici retoma o conceito com um estudo sobre as representações sociais da Psicanálise (VALA, 2004). As representações coletivas, mais estáticas, dão lugar às representações sociais, considerando-se, a partir de então, a diversidade nas pessoas e nos grupos. Busca-se compreender não a vida social já feita, mas a vida em construção (MOSCOVICI, 2001).

As representações sociais são concebidas como processos sociais, mas também podem ser operacionalizadas como atributos individuais. Dessa forma, o pesquisador se remete a características coletivas, e também pode avaliar os aspectos individuais. Utilizando uma amostra de várias pessoas, busca, como ponto de interesse, o conjunto de elementos comuns constantes nessa amostragem (WAGNER, 1995).

Jodelet (2001) aponta para três particularidades inter-relacionadas na pesquisa com representações sociais. No primeiro ponto, a autora fala sobre a vitalidade relacionada ao estudo com as representações sociais, uma vez que se trata de um conceito renovador na Psicologia Social, apresentando uma gama de possibilidades de empreendimentos empíricos e conceituais e de articulação da concepção psicossociológica à de outras disciplinas que permite múltiplas interpretações e discussões. A segunda particularidade citada é a possibilidade de transversalidade que o trabalho em representações sociais permite, demonstrando sua operacionalidade por meio da articulação entre diversas disciplinas e campos de pesquisa. E por fim, o terceiro ponto trata da complexidade do conceito, pois articula elementos variados, afetivos, mentais e sociais.

Conforme Jodelet (2001), no estudo em representações sociais, merecem destaque duas orientações utilizadas no modo de se apreender o conteúdo das representações sociais. A autora fala sobre a primeira orientação, que trata dos constituintes das representações sociais (informações, imagens, crenças, valores, opiniões, elementos culturais, ideológicos, entre outros), comumente colhidos a partir de entrevistas, questionários ou tratamento de material verbal registrado em documentos. Também aponta para a segunda orientação que trata das estruturas elementares em torno das quais se cristalizam as representações. Nesse ponto, pode-se distinguir elementos centrais e periféricos, relacionados com a estabilidade e a mudança das representações sociais.

Segundo Vala (2004), a formação das representações sociais se dá através de dois processos, a objetivação e a ancoragem. A objetivação consiste no processo pelo qual os elementos que compõe a representação se organizam e se tornam expressões de uma realidade. Envolve a construção seletiva, que trata da forma como alguns elementos são reduzidos e outros acentuados; a esquematização, que compreende a organização dos elementos; e a naturalização, por meio da qual os elementos se constituem como categorias naturais. A ancoragem trata de como algo que não é familiar se torna familiar, passando a organizar as relações sociais. Para tal, é necessário analisar as âncoras que sustentam uma representação e modelam seus conteúdos semânticos. Ainda segundo o autor, as representações sociais possuem algumas funções, como

orientar as atividades avaliativas e explicativas nos atos comunicativos e orientar os comportamentos e as relações sociais.

Jodelet (2001) aponta para o fato de que as representações sociais, apesar de não constituírem um conhecimento científico, são consideradas objetos de estudo tão legítimos quanto os primeiros, pois apresentam grande importância social e permitem o esclarecimento dos processos cognitivos e das interações sociais.

O estudo das representações sociais abrange diversas áreas do conhecimento. Segundo Laplantine (2001), diversas especialidades das ciências humanas fazem uso da noção de representação, de forma que esta não pode ser descrita como pertencente a um campo disciplinar mais do que a outro, mesmo que em diferentes disciplinas ela seja utilizada a partir de definições diferentes.

2.2.2. Representações sociais na área da saúde

Entre as áreas que têm sido estudadas pela teoria das representações sociais, a saúde aparece com destaque. Segundo Schmidt e Fröhling (2000), nas últimas décadas, o interesse pelos conceitos de doença tem crescido. Isso se mostra importante por diversas razões. As pesquisas que visam tais objetivos trazem à tona dados que podem ser usados para comparações com diferentes grupos etários e em estudos multicêntricos. Também permitem descrever as interações entre os conceitos de doença e as etapas do desenvolvimento humano e planejar programas de educação em saúde.

De acordo com Enumo (2003), o primeiro trabalho em representações sociais na área da saúde é datado de 1969, com o trabalho de Claudine Herzlich, na França. Por apresentar aspectos ameaçadores e estranhos, a doença implica em uma grande capacidade para gerar representações, e disto surge o interesse por este tema. Para o autor, o estudo da representação social do processo saúde-doença se preocupa com o “modo de conhecer” do doente, desmistificando a idéia

divulgada pelo discurso médico de que a doença e o doente são fenômenos universais. Dessa forma, ocorre uma valorização do senso comum como um tipo de conhecimento legítimo, com lógica e coerência próprias, cuja análise é imprescindível para a eficácia do tratamento e o sucesso dos projetos sociais de saúde.

Adam e Herzlich (2001) explicam que este primeiro trabalho, sobre as representações sociais, analisou as representações de saúde e doença para pessoas das classes média e alta, por meio de entrevistas aprofundadas. Acreditava-se que havia noções de saúde e doença independentes dos conhecimentos médicos, o que foi confirmado no estudo, no qual se observou que a linguagem utilizada para falar a respeito da saúde e da doença “[...] é uma linguagem do indivíduo em relação com a sociedade” (p.77). As pessoas atribuíam seus estados de saúde a um estilo de vida errado, relacionado a uma sociedade competitiva, na qual a saúde pode ser prejudicada por conta do ritmo de vida, a poluição do ar, o barulho, os hábitos alimentares, entre outras coisas.

De acordo com Spink (2003), as representações sociais, dentro de uma perspectiva construcionista, oferecem importantes contribuições para a Psicologia da Saúde. As representações, por se constituir de uma forma de conhecimento prático, proporcionam uma orientação à ação. Para que haja uma influência sob a ação, é importante, antes de tudo, que se conheça as bases que norteiam esta ação. É possível perceber que não se aponta para a educação, mas para uma conscientização fundamentada na transparência e ênfase nos aspectos criativos do pensamento individual. Dá-se importância também aos sentidos pessoais dados aos fenômenos.

Enumo (2003, p.17) ainda enfatiza a importância de que a compreensão do binômio saúde-doença se faça a partir do contexto em que se insere, de modo que os conhecimentos do senso comum possam ser considerados legítimos e com lógica própria. Dessa forma “valoriza-se [...] o senso comum como um tipo de conhecimento legítimo, autônomo, com uma lógica e coerência próprias, exigindo ser analisado caso se busque a eficácia do tratamento ou o sucesso de projetos sociais de saúde”.

A teoria da representação social tem sido bastante utilizada, especialmente em nosso país, em estudos na área da saúde. A saúde e a doença são descritos por Enumo (2003) como o segundo tema mais estudado, e como exemplo, pode-se citar os estudos no campo da AIDS. Analisaremos agora alguns aspectos sobre as representações sociais de saúde e doença para crianças, iniciando o capítulo com um breve relato sobre as características da terceira infância, período do desenvolvimento em que se encontram os participantes deste estudo.

2.2.3. Saúde e doença para as crianças

Segundo alguns autores (BEE, 1997; PAPALIA; OLDS, 2000), a maioria das crianças em período escolar apresenta boa saúde e não sofre de problemas de saúde crônicos. Trata-se de uma fase do desenvolvimento na qual há menor taxa de mortalidade. No entanto, as crianças nesta fase podem apresentar doenças breves e transitórias, como resfriados ou viroses. As infecções respiratórias comuns estão associadas à transmissão dos germes na escola ou ao brincar.

Entre os seis e os 12 anos, a criança encontra-se num período do desenvolvimento denominado de terceira infância, no qual a escola aparece como experiência central e viabilizadora do desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial. As crianças tornam-se mais altas e pesadas e suas habilidades motoras se aperfeiçoam, permitindo-lhes atividades vigorosas, mais rápidas e bem coordenadas. Também apresentam avanços nas habilidades cognitivas, passam a ser menos egocêntricas e fazem uso do pensamento lógico para resolver problemas. Têm maior compreensão de conservação e conseguem diferenciar a fantasia e a realidade. Sua memória se aperfeiçoa e o uso da linguagem também, já podem ler e escrever. Passam a desenvolver conceitos sobre si mesmos, buscam e se beneficiam do relacionamento entre pares (PAPALIA; OLDS, 2000; RAPPAPORT; FIORI; DAVIS, 1981-82).

No entanto, notam-se diferenças entre as crianças conforme sua idade, dentro da mesma fase de desenvolvimento. Em relação à linguagem, as crianças mais jovens fazem uso de vocabulário extenso e gramática complexa, mas ainda tem dificuldades de compreender aspectos sofisticados da linguagem, o que será alcançado por volta dos nove anos de idade. A aquisição da escrita e da leitura também se complementa com o decorrer da idade, e a alfabetização serve como instrumento cada vez mais eficaz para a interação com o meio social. Do mesmo modo, a interação social permite maior desenvolvimento da linguagem (PAPALIA; OLDS, 200; RAPPAPORT; FIORI; DAVIS, 1981-82).

Para Freud (1905), o desenvolvimento da linguagem e a possibilidade de maior interação social são aspectos característicos da fase do desenvolvimento psicossexual denominada de fase de latência, na qual a libido se dispersa e a criança desenvolve suas habilidades, se socializa e aprende a respeito de si mesma e da sociedade. Erikson (1998) aponta para o estágio psicossocial, cuja crise de personalidade se dá entre produtividade versus inferioridade. Trata-se de uma fase na qual a criança com idade entre seis e 12 anos deve aprender as habilidades da cultura ou enfrentar sentimentos de inferioridade.

Todas essas características da terceira infância influenciam no modo como as crianças vivenciam os aspectos referentes à saúde e à doença. As experiências das crianças com as doenças implicam na aquisição de maior compreensão cognitiva do processo saúde-doença (PAPALIA; OLDS, 2000), além de que a maior socialização lhes permite internalizar as representações sociais do grupo em que está inserida. De acordo com Helman (2003) e com base na revisão bibliográfica realizada para o desenvolvimento desse estudo, pesquisas recentes têm enfocado o modo como as crianças percebem e reagem às doenças e aos tratamentos aos quais são submetidas.

Para Duveen (1995), as crianças internalizam as representações sociais de sua comunidade de modo gradativo, assumindo papéis como atores sociais pouco a pouco, o que inclui seu entendimento acerca do processo saúde-doença. Apesar disto, o papel da criança como ator social ficou marginalizado pela Psicologia Social. No entanto, o autor aponta que a compreensão desse ponto é fundamental para o entendimento acerca das representações sociais, já que se torna requisito

importante para seu entendimento o conhecimento dos processos pelos quais as representações são produzidas e transformadas. A questão fundamental era entender como a criança nasce em um mundo que já está estruturado quanto às representações sociais e se torna um membro participativo em sua comunidade. O autor acreditava que, apesar de nascer em um mundo estruturado por representações sociais, a criança não nascia com competência para ser um ator social independente no mundo. Inicialmente, ela apenas figurava como objeto para representações que outros sustentavam, e, só posteriormente, internaliza pouco a pouco essas representações sociais, identificando sua posição em meio a esse mundo estruturado e adquirindo identidade. A criança internaliza as práticas coletivas da comunidade na qual está inserida por meio da interação com adultos competentes e outras crianças que já possuem maior conhecimento.

De acordo com Lauwe e Feuerhahn (2001), a representação é um mecanismo importante na infância, servindo como ferramenta de socialização e de comunicação.

Ela aparece como um instrumento de cognição que possibilita à criança interpretar as descobertas do meio físico e social realizadas por meio de suas sensações, ações e experiências, conferindo-lhe um sentido e valores fornecidos pelo meio, principalmente em suas relações e trocas com o outro. (LAUWE; FEUERHAHN, 2001, p.281)

Nota-se como é de fundamental importância o estudo das representações sociais na infância, tanto para adquirirmos conhecimentos sobre os sentidos que as crianças dão aos fenômenos, de modo que possamos auxiliá-las nos mais diversos aspectos, quanto para entendermos as representações sociais de modo geral, sua estruturação e modificações durante o desenvolvimento.

Dessa forma, é importante entender o quê as crianças têm em mente quando falam sobre saúde e doença e como elas estruturam seus pensamentos e cognições sobre esses temas. Poderemos, então, entender seus comportamentos e sentimentos em relação ao processo saúde-doença e auxiliá-las a lidarem com tais aspectos de forma ativa (SCHMIDT; FRÖHLING, 2000).

Conforme Helman (2003), as crianças desenvolvem um entendimento próprio sobre as enfermidades, suas causas e os modos de tratamentos. Indagam e exploram o porquê e, como adoeceram e porque isto aconteceu naquele momento. As respostas das crianças em relação à saúde e às doenças se baseiam em suas experiências pessoais e na influência da família, da escola e dos meios de comunicação. Algumas vezes, essas percepções podem ser reflexo das percepções dos adultos que estão à sua volta. Também pode ocorrer que essas percepções sejam bastante diferentes das percepções dos adultos, indicando concepções próprias sobre os assuntos. Esses fatores devem ser levados em consideração quando pensamos em campanhas de prevenção voltadas para as crianças.

Segundo Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996, p.310), as crianças podem dicotomizar a saúde e a doença. Em seu estudo, foram entrevistadas crianças com idade entre sete e dez anos, e notou-se que:

[...] saúde e doença [...] foram frequentemente expressas como qualidades opostas: a saúde com características positivas e a doença faltando aquelas qualidades. [...] Frequentemente a doença era vista como um fenômeno fisiológico e a saúde mais em termos psicológicos e mentais.

No estudo de Schmidt e Fröhling (2000), explorou-se os conceitos de saúde e doença de crianças, adolescentes e suas mães. Foram entrevistados 99 participantes, nas faixas etárias de cinco, oito, 12 e 16 anos, assim como 48 mães dessas crianças. Os conceitos de saúde e doença relatados pelos participantes foram considerados menos sofisticados se comparados aos conceitos médicos. Os autores apontam para o fato de que tais conceitos não são menos importantes, uma vez que a descrição desses conceitos são os pontos iniciais nos quais se devem basear as campanhas de prevenção. Os autores também apontam, em seu estudo, para o uso de formulações dicotomizadas, com respostas polarizadas como sentir-se bem e sentir-se mal, estar ativo e ter as atividades restrinvidas. As definições de saúde como uma construção interna, abrangendo aspectos abstratos, foram expressas pela minoria dos participantes.

Os autores também confirmaram o fato de que crianças mais jovens têm menos entendimento sobre condições sérias de doenças. Entre os adolescentes que participaram da pesquisa, 60% apontaram a AIDS como a doença mais grave que conhecem. Este número cai para 12% entre as crianças na faixa etária de oito anos de idade. Já entre as crianças com aproximadamente cinco anos de idade, a compreensão acerca de doenças mais graves é bastante pequena. Para as crianças menores, os resfriados e as infecções de estômago foram consideradas as doenças mais graves, sendo que a AIDS e o câncer foram raramente mencionadas, provavelmente, por se tratar de elementos não familiares, que só seriam incorporados às representações sociais dessas crianças por meio dos processos de objetivação e ancoragem (VALA, 2004). O estudo demonstrou também que aspectos de vulnerabilidade, condições ambientais e estresse foram mencionados apenas por adolescentes e suas mães, e não pelas crianças menores.

Conforme Perrin e Gerrity (1981), o entendimento sobre a saúde e sobre as causas, prevenção e tratamento de doenças varia conforme os estágios do desenvolvimento, desde a criança mais jovem até o adulto, o que nos faz considerar as características das crianças em diferentes idades.

Para Papalia e Olds (2000), as crianças mais jovens podem vivenciar a experiência da enfermidade como aflitiva e perturbadora. Segundo Piaget (1974), a compreensão que as crianças têm de saúde e doença está relacionada ao seu desenvolvimento cognitivo. Conforme amadurecem, seus entendimentos mudam. Esse aspecto foi confirmado por outros autores, como Campbell (1975), Schmidt e Fröhling (2000) e Williams e Binnie (2002).

Campbell (1975) realizou um estudo sobre as definições de doença dadas pelas crianças, relacionando-as às mudanças no seu desenvolvimento e às definições de doença utilizadas pelas mães dessas crianças. Ele entrevistou 264 crianças que tinham entre seis e 12 anos, pacientes de um hospital pediátrico, e suas mães. As crianças mais velhas demonstraram ter conhecimento sobre doenças e diagnósticos específicos. Elas também definiam a doença utilizando conceitos mais peculiares. Diferentemente, as crianças mais jovens, tendiam a dar respostas com definições mais vagas. Dessa forma, o autor notou que as perspectivas de

doença estavam relacionadas ao desenvolvimento da criança, sendo que não notou relação importante com o sexo das crianças e seu status sócio-econômico.

Banks (1990) realizou um estudo em que foram entrevistadas 75 crianças e adolescentes entre três e 15 anos de idade, provenientes de uma comunidade com predominância de famílias de classe média baixa. As entrevistas foram realizadas nas escolas e nas casas das crianças, a partir da permissão dos pais. As questões abrangiam temas como o que faz uma pessoa ficar doente, como elas melhoraram e o que são os remédios. Também se solicitou às crianças que produzissem desenhos sobre germes. A autora concluiu em seu estudo que as crianças mais velhas eram capazes de responder de forma mais específica e de dar respostas mais consistentes e relacionadas a conhecimentos científicos e também relacionados à cultura em que estão inseridas. Crianças mais jovens fornecem conceitos externos sobre as doenças, diferentemente das crianças mais velhas que apresentavam conceitos internos sobre as doenças, como as ações pessoais e a responsabilidade sobre as doenças. As crianças mais jovens também apresentam idéias egocêntricas, ou seja, atribuem a elas mesmas os aspectos referentes à doença, como sua ocorrência. Já as crianças mais velhas apresentavam idéias menos egocêntricas e mágicas, e mais voltadas para os aspectos culturais e médicos.

Conforme Lewis e Volkmar (1993), o desenvolvimento das crianças é um dos fatores aos quais estão relacionadas as reações psicológicas das crianças frente às doenças. Outros fatores citados por esses autores são o grau de sofrimento e mutilação, o significado que a doença tem para a criança e para seus pais, a relação entre pais e filhos e a resposta da criança frente à reação dos pais e frente aos procedimentos.

Para alguns autores (BEE, 1997; TORRES, 2002), as crianças em idade pré-escolar apresentam dificuldades de compreensão dos aspectos de irreversibilidade da morte, o fato de que a morte atinge a todos e que ela significa a interrupção de todas as funções. Esse entendimento só será adquirido em idade escolar, e elas podem, ainda, utilizar suas defesas para lidar com sua própria morte potencial.

Torres (2002) aponta para o fato de que as doenças crônicas na infância podem causar um impacto desestruturante sobre a aquisição do conceito de morte se ocorrerem no nível Pré-Operacional, conforme os estágios descritos por Piaget. No entanto, se as doenças crônicas ocorrem no nível de Operações Concretas, a doença funciona como um fator de amadurecimento do conceito de morte. Em um estudo realizado pela autora, participaram 167 crianças de ambos os sexos, com idade entre cinco e 13 anos, em condições de carência sócio-econômica, atendidas em hospitais da rede pública do Rio de Janeiro e portadoras de diversas patologias crônicas. Segundo a autora, além das diferenças encontradas entre as idades das crianças, as concepções de morte também se diferenciam com as experiências das crianças. As crianças portadoras de doenças terminais têm concepções mais amadurecidas sobre a morte do que as crianças que não vivenciaram tal experiência.

Conforme Perrin e Gerrity (1981), o estágio Pré-Operacional ocorre entre dois e sete anos de idade, e é caracterizado pela predominância do uso do pensamento baseado em aspectos empíricos em detrimento dos aspectos lógicos, além do início da aptidão das crianças para usar símbolos como a linguagem e as representações sociais. Elas conseguem entender apenas uma dimensão de um fenômeno e têm dificuldades para generalizar de uma experiência ou observação para outra similar. Porém, segundo Torres (2002), quando essas crianças atingem o período de Operações Concretas, a vivência relacionada a doenças crônicas torna-se fator de amadurecimento na aquisição do conceito de morte. Perrin e Gerrity (1981) também estudaram essa fase, que abrange a idade entre sete e 12 anos, e na qual a criança já pode entender mais de uma dimensão de um fenômeno ao mesmo tempo. Elas se tornam menos egocêntricas e já podem resolver problemas com elementos lógicos. Esses conhecimentos são importantes tanto para as famílias quanto para os profissionais da educação, uma vez que lhes permitem ter maior compreensão em relação à experiência que a criança vivencia frente a uma doença crônica e a eminência da morte.

Segundo Papalia e Olds (2000), se receberem instruções, até mesmo crianças menores podem adquirir conhecimentos e entendimento corretos sobre as doenças. Em um estudo de Sigelman et al. (1996 apud PAPALIA; OLDS, 2000),

desenvolveu-se um programa para 306 alunos de terceira, quinta e sétima séries, estudantes de baixa renda de uma escola católica mexicana. Profissionais da saúde conduziram sessões de palestras, apresentação de vídeos e discussões. Os temas abordados nessas sessões estavam relacionados à AIDS, como informações sobre o vírus, o significado das letras na palavra “AIDS”, diferenças entre as transmissões do vírus da AIDS e da gripe, fatores de risco e prevenção. As crianças foram divididas em dois grupos, experimental e controle. No grupo experimental, as crianças recebiam as informações sobre a AIDS, e no grupo controle, as crianças não recebiam as informações. As crianças eram avaliadas antes do desenvolvimento das atividades, e também duas semanas após. Os estudantes que receberam instruções apresentaram maior conhecimento sobre AIDS e suas causas do que as crianças que não receberam instruções. Esses conhecimentos permaneceram após quase um ano, quando foram testadas novamente. Notou-se também, que os estudantes da terceira série beneficiaram-se tanto quanto os da sétima série, o que demonstra que mesmo as crianças menores podem incrementar seus conhecimentos se forem devidamente orientadas.

No estudo de Williams e Binnie (2002), foram entrevistadas 60 crianças, sendo 30 com quatro anos de idade e 30 com sete anos de idade. Uma semana depois, a metade das crianças de cada grupo participou de uma intervenção, na qual recebeu informações sobre saúde e doença, e participou de grupos de discussão. As crianças que não foram incluídas nesse grupo não receberam nenhum tipo de intervenção. Uma semana depois, todas as crianças foram novamente entrevistadas. Quando foram comparadas as respostas relatadas pelas crianças, na primeira e na segunda entrevista, notou-se um aprimoramento no conhecimento das crianças que participaram do grupo de intervenção, o que confirma a afirmação de Papalia e Olds (2000).

De acordo com o trabalho de Schonfeld et al. (1993 apud PAPALIA; OLDS, 2000), as crianças apresentam maior entendimento de doenças como gripes e resfriados, provavelmente por estarem mais familiarizadas com esses tipos de doenças. Conforme Cordazzo (2004), o entendimento das crianças acerca de outras doenças, como a AIDS, pode se mostrar prejudicado. Isso ocorre pelo fato de que, diferentemente de doenças como gripes e resfriados, a AIDS pode não fazer parte

da experiência de vida da criança e, dessa forma, ela pode se mostrar menos familiarizada com a doença. Em seu estudo, participaram da pesquisa 55 crianças entre nove e 12 anos, que cursavam a quarta e a quinta séries do ensino fundamental de uma escola particular. Elas responderam um questionário que continha questões tais como o que é AIDS, como se pega AIDS, como prevenir-se, uma criança pode pegar AIDS e porquê. Os resultados apontaram para a existência de mitos e preconceitos em torno da AIDS, como não passar perto de alguém contaminado, que revelam a falta de conhecimento em relação às formas de prevenção da doença, além de conhecimentos inadequados em relação à transmissão e a própria definição de AIDS.

Para Campbell (1975), esse entendimento acerca de doenças diversas mostra-se mais complexo em crianças mais velhas, como pôde notar no estudo que desenvolveu, no qual entrevistou 264 crianças, com idades entre seis e 12 anos, e suas mães, internados em um hospital pediátrico de Washington, nos Estados Unidos. As crianças mais velhas apresentavam maior entendimento sobre doenças e diagnósticos específicos, o que não acontecia com as crianças mais jovens, que apresentavam entendimento mais vago em suas definições de doença.

O estudo de Williams e Binnie (2002) também aponta para o fato de que as crianças mais velhas (sete anos de idade) apresentavam conhecimentos mais aprimorados em relação às crianças mais jovens (quatro anos de idade).

Outro aspecto importante na concepção das crianças sobre as doenças e a saúde são os sintomas. Em uma pesquisa de Trakas e Sanz (1996 apud HELMAN, 2003), realizada com crianças entre sete e 12 anos, com objetivo de examinar a experiência de enfermidades e consumo de remédios entre crianças de nove países europeus, os principais sintomas de doenças relatados pelas crianças diziam respeito à febre, dor de cabeça, tontura ou erupções na pele. Suas percepções indicavam que a doença estava relacionada ao isolamento, solidão ou tédio, ansiedade e tristeza. Quando doentes, elas se colocavam como figuras centrais, cercadas por pessoas ou objetos familiares, sendo que a mãe era a principal provedora de cuidado. Essa posição da mulher como uma das principais cuidadoras das crianças em casos de enfermidades é relatada em outros estudos (BANKS, 1990; QUEIROZ, 1993). Além das mães, os médicos e outros membros da família

foram apontados como as principais pessoas que auxiliam na doença (BANKS, 1990).

Num estudo de Ianotti e Kapor (1996), no qual participaram 50 crianças de uma pré-escola e uma escola primária, divididas em três grupos de quatro, sete e 11 anos de idade, foram questionados os aspectos referentes à última vez em que elas sentiram-se mal. Na análise dos desenhos realizados pelas crianças sobre os sentidos dados à saúde e à doença, notou-se que a maioria das crianças desenhou auto-retratos. De modo geral, as crianças desenharam-se sozinhas, porém, notou-se também um grande número de desenhos nos quais as crianças estavam acompanhadas de suas mães. As crianças mais velhas desenhavam-se sozinhas com mais freqüência do que as crianças menores.

Também foi questionado como as crianças sabiam que estavam doentes. Aproximadamente 93% das crianças responderam que elas mesmas perceberam que estavam doentes. Elas sabiam que estavam doentes quando percebiam o estado de suas gargantas, febre, mau humor, insônia, calafrios, ou quando estavam sob estresse. Com relação às causas das doenças, as crianças mais jovens, por volta de quatro anos de idade, atribuíram suas doenças a aspectos como o “ar”. Algumas crianças disseram que seus amigos do jardim de infância passaram suas doenças para elas, mas elas não souberam dizer como isso aconteceu. As crianças com sete anos de idade relacionaram suas doenças a eventos como não utilizar roupas adequadas no frio, beber água gelada, não obedecer a suas mães. Já as crianças na faixa etária de 11 anos de idade apontaram para aspectos fisiológicos e até psicológicos como responsáveis pelo aparecimento de suas doenças.

No estudo de Banks (1990), notou-se que as crianças mais jovens também associavam a doença ao clima frio e ao uso de roupas inadequadas ao sair nesse mesmo clima. As crianças mais velhas mencionavam o contágio por germes ou o fato de estar próximo a pessoas doentes.

Essa diferença nas concepções de saúde e doença relacionadas à faixa etária também aparece no estudo de Boruchovitch e Mednick (2000). As autoras entrevistaram 96 crianças entre seis e 14 anos e concluíram que crianças mais jovens atribuem saúde e doença a fatores incontroláveis, diferentemente das

crianças mais velhas. As respostas das crianças incluíam categorias que associavam saúde e doença à sorte ou falta dela, ao clima, a ter nascido com saúde ou com doença, à obediência ou desobediência.

Iannotti e Kapor (1996) apontam para o fato de que é prática comum que o médico pediatra dirija-se aos pais para dar-lhes recomendações sobre prevenção e tratamento das doenças, e não às crianças, o que lhes isenta da responsabilidade sobre o cuidado e manutenção de sua saúde. No entanto, segundo Brazelton e Sparrow (2003), entre três e seis anos, as crianças podem preocupar-se com sua responsabilidade sobre a sua enfermidade, já que correlacionam a doença com a consciência de seus efeitos sobre o mundo que as cercam. Além disso, elas captam o estresse que sua doença gera em seus pais, o que pode reforçar sua culpa.

Conforme Papalia e Olds (2000) e Piaget (1926), até a terceira infância, as crianças têm características egocêntricas e tendem a acreditar que as doenças são produzidas de forma mágica pelas ações humanas, e até por suas próprias ações. Posteriormente, o uso da magia diminui, e elas passam a entender as enfermidades como produtos da ação de germes, e acreditam que sua prevenção se dá por meio de comportamentos supersticiosos, como verbalizar para que os germes permaneçam longe. Com a proximidade da adolescência, elas passam a entender que múltiplos fatores podem estar envolvidos no aparecimento de enfermidades.

No estudo de Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996), foram entrevistados 55 meninos e 66 meninas, entre sete e dez anos de idade. Para os participantes, a transmissão das doenças estava relacionada não apenas a estar próximo a pessoas doentes. As crianças enfatizavam a duração desse contato e a proximidade da pessoa doente como fatores importantes para o contágio. Além disso, elas apontaram para algo concreto que se move de uma pessoa para outra, durante o contágio, como os micróbios. O estilo de vida também foi responsabilizado pelas doenças. Entre os comportamentos mencionados encontram-se ingerir alimentos contaminados e/ou estragados e comer muito.

Nota-se, porém, que as experiências de enfermidade relatadas pelas crianças nas pesquisas revisadas, não apresentavam apenas aspectos negativos. Segundo a pesquisa de Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996), as experiências de

enfermidade das crianças não eram totalmente ruins, já que, além de sensações negativas, elas descreviam aspectos positivos, como a possibilidade de assistir televisão ou vídeos, ganhar doces e brinquedos, receber visitas e atenção. Suas explicações para as causas das enfermidades envolviam conceitos e modelos absorvidos do mundo adulto e da cultura em que estavam inseridas, e incluíam conceitos sobre germes, contágio, clima frio, alimentação e seus próprios estilos de vida ou comportamentos. Para as crianças, as doenças carregam tanto aspectos de interrupção dos relacionamentos sociais quanto maior aproximação dos pais. Além disso, as crianças tendem a perceber as enfermidades a partir de seus aspectos funcionais, como a incapacidade de realizar determinada tarefa.

Em um estudo de Moreira e Dupas (2003), foram entrevistadas crianças entre sete e 12 anos, sendo que 14 crianças encontravam-se em contexto escolar e 13 em contexto hospitalar. Para as crianças entrevistadas na escola, a doença estava relacionada ao impedimento ou limitação das atividades que gostam ou que fazem parte de seu cotidiano. Porém, para as crianças hospitalizadas, a doença era considerada como algo que as separava de seus familiares e amigos.

Para Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996), a visão das crianças em relação à saúde é, de forma geral, holística, multidimensional, e incorpora elementos físicos, psicológicos e sociais. Já com relação à doença, elas tendem a vê-la em termos funcionais, como a incapacidade de fazer determinadas coisas. Segundo Queiroz (1993), essa concepção de doença, a partir da incapacidade de desempenhar determinada atividade, é percebida também em adultos, sendo que, para eles, essas atividades estão relacionadas à capacidade de trabalhar e garantir a subsistência familiar.

A doença de uma criança é considerada por Brazelton e Sparrow (2003) como um momento de solidariedade familiar. Para as crianças, as visitas ao médico e ao hospital são potencialmente assustadoras, já que podem desvendar o que elas têm “de ruim”. A hospitalização é especialmente ameaçadora, pois pode acarretar separação e procedimentos dolorosos, exigindo, portanto, o apoio dos pais.

Para Moreira e Dupas (2003), a hospitalização exige da criança profundas adaptações, já que ela sai do ambiente familiar para estar em outro ambiente, com pessoas estranhas e procedimentos que lhe causam dor e sofrimento, geram medo, ansiedade e insegurança. Além disso, a criança se percebe desprovida dos objetos que lhe proporcionam sentido à sua identidade.

Os pais devem preparar a criança para a hospitalização, além disso, é necessário que se respeite seu ponto de vista sobre a enfermidade e sobre a hospitalização. Também devem ser dadas explicações, em relação à doença e ao tratamento, que façam sentido à criança e que sejam verdadeiras, especialmente sobre a dor, as separações necessárias e a necessidade da criança ir ao hospital (BRAZELTON; SPARROW, 2003; HELMAN, 2003).

Para Brazelton e Sparrow (2003), a utilização de desenhos sobre a experiência de enfermidade e hospitalização é uma forma satisfatória pela qual a criança expressa seu trauma e medos, sendo terapêutico e propiciando maior rapidez na recuperação.

Outro aspecto discutido aponta para o fato de que as crianças também apresentam um ponto de vista próprio sobre a adoção de medicamentos. Para elas, o repouso é mais importante do que o uso de remédios para a recuperação. A percepção que têm dos remédios também é importante na descrição da experiência de enfermidade (HELMAN, 2003).

No estudo de Banks (1990), os remédios são apontados como meios de auxílio para a melhora e o hospital foi descrito como o lugar que faz as pessoas melhorarem, no qual são realizadas operações e cuidados, e ocorrem nascimentos de bebês. Quando questionadas sobre os medicamentos, as crianças mais velhas descreviam as propriedades específicas dos remédios, como aparência e sabor, e, em alguns casos, descreviam o processo pelo qual os remédios atuam no organismo. As crianças mais jovens apenas diziam que os remédios faziam as pessoas melhorarem.

Iannotti e Kapor (1996) notaram, em seu estudo, duas categorias de respostas dadas pelas crianças em relação à sua melhora, sendo elas o uso de métodos convencionais para o tratamento das doenças, o que inclui o uso de

medicação, e a utilização de métodos alternativos, como ingestão de chá, repouso e mudanças na alimentação.

Em relação à prevenção, Schmidt e Fröhling (2000) apontaram, a partir dos dados de sua pesquisa, que a alimentação saudável e a prática de exercícios físicos eram mencionadas pelas crianças e adolescentes que participaram do estudo como as categorias mais importantes. Os aspectos psicológicos eram mencionados apenas pelas mães dessas crianças e adolescentes, e assim mesmo, por apenas 17% delas. A abstenção de álcool e cigarro só foi mencionada pelas crianças a partir de 12 anos. Entre as crianças menores, com cerca de cinco anos de idade, os comportamentos preventivos mencionados incluíam comer frutas e vegetais, usar roupas quentes, se exercitar e tomar ar fresco.

Perrin e Gerrity (1981) convidaram crianças do jardim de infância, segundo, quarto, sexto e oitavo anos de uma escola pública do subúrbio de Nova Iorque para participar de seu estudo, no qual questionavam aspectos referentes às causas, prevenção e tratamento das doenças. Os autores perceberam que o conceito de prevenção de doenças era particularmente difícil para as crianças compreenderem. Tal aspecto é importante para pensarmos nas formas como os adultos explicam as doenças e os aspectos relativos a elas para as crianças. É necessário que as explanações sejam feitas de forma menos sofisticada para que as crianças alcancem um entendimento próprio.

Cordazzo (2004) relaciona a adoção de medidas de prevenção ao maior entendimento sobre as doenças, característico das crianças mais velhas. Dessa forma, nota-se que os adolescentes apresentam maior atenção ao asseio e cuidado pessoal.

A partir dessas considerações sobre saúde e doença sob a ótica das crianças, surge a proposta deste trabalho, que buscou entender a representação social de saúde e doença para crianças entre sete e 12 anos, estudantes de uma escola de ensino público da cidade de Campo Grande/MS.

III OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Analisar as representações sociais de saúde e doença para crianças de uma escola em Campo Grande/MS.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as características sócio-demográficas dos participantes.

Analisar o entendimento das crianças acerca das causas das doenças e seus sintomas.

Verificar os conhecimentos sobre medidas de recuperação e prevenção.

Analisar as representações sociais de saúde e doença entre as crianças em relação à faixa etária.

Observar os aspectos referentes à saúde e à doença expressos graficamente em desenhos.

IV MÉTODO

O método qualitativo foi utilizado neste estudo, descrito por alguns autores como um método conveniente para as ciências humanas (CALIL; ARRUDA, 2004; CHIZZOTTI, 2001). Conforme Marconi e Lakatos (2004), o método qualitativo permite acesso a significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, alcançando dessa forma, uma compreensão mais profunda e detalhada dos fenômenos estudados. Nota-se que se trata de um método bastante adequado para essa pesquisa por estar de acordo com a teoria das representações sociais.

4.1. LOCAL

As entrevistas foram realizadas em uma escola do ensino público. A escolha da instituição foi por conveniência. A Escola Estadual Rui Barbosa localiza-se na rua João Thomas, 222, em Campo Grande/MS. Foi edificada em um terreno pertencente à Missão Salesiana, a partir de um acordo com o Estado e a instituição. Este acordo preconizava que o diretor da escola seria indicado pela Missão Salesiana, o que se refletiu no fato de que alguns diretores da escola tinham formação sacerdotal e a escola siga preceitos salesianos.

4.2. PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa 33 crianças com idade entre sete e 12 anos, estudantes do terceiro ao quinto ano do Ensino Fundamental de uma escola pública de Campo Grande/MS. Esse grupo etário foi definido de modo que fosse possível realizar uma análise das representações sociais em diferentes idades do período de desenvolvimento humano da infância.

As crianças são identificadas no trabalho pela sigla composta pela letra C (criança) e um número que corresponde à numeração aleatória feita para identificar cada participante.

4.3. INSTRUMENTOS

4.3.1. Entrevista

Realizaram-se entrevistas individuais, cujo roteiro foi construído com base em entrevistas de outros estudos publicados (BANKS, 1990; BORUCHOVITCH; MEDNICK, 2000; PERRIN, GERRITY, 1981; VASKILAMPI; KALPIO; HALLIA, 1996; WIRSING; TRAKAS, 1996).

A entrevista apresentou questões referentes à última vez em que a criança esteve doente: como ela soube que estava doente, o que ela sentiu, por que acha que ficou doente, se alguém cuidou dela, se lhe foram administrados medicamentos, se esteve em um hospital, como ela melhorou, o que achou bom e ruim de estar doente e o que é saúde e doença para ela (APÊNDICE A). Também foram coletados os dados sócio-demográficos das crianças, referentes à idade, sexo e escolaridade. Tais dados são importantes, pois a partir deles, pode-se definir o grupo estudado e compreender sua localização dentro da teoria das representações sociais.

4.3.2. Desenhos

Solicitou-se a cada criança que elaborasse dois desenhos, um representando o que ela entendia por saúde e o outro o que entendia por doença. Também foi solicitado às crianças que descrevessem o conteúdo dos desenhos, de modo a auxiliá-las a verbalizar sobre os temas solicitados. Os desenhos não foram utilizados com intuito de obter dados diagnósticos ou terapêuticos. Eles foram analisados tendo como principais aspectos a aculturação e a coletividade, a fim de se apreender as representações sociais de saúde e doença para as crianças participantes desse estudo.

A técnica do desenho é definida por Darrault-Harris e Grubits (2000) como um campo de estudos original da Psicologia da criança. Segundo Widlöcher (1998 apud GRUBITS, 2003), as crianças, diferentemente dos adultos, que não desenham a menos que sejam artistas, apresentam uma conduta que lhes parece própria e espontânea em relação aos desenhos. Para Arantes (2007), o desenho da criança expressa sua individualidade e, também, um saber coletivo, tornando-se adequado para o estudo em representações sociais. Seu grafismo é indicador de socialização e aculturação, pois é por meio dele que as crianças dão início a uma compreensão do mundo em que estão inseridas.

É por meio dos desenhos que as crianças organizam informações, processam experiências vividas e pensadas, revelam seu aprendizado e desenvolvem um estilo próprio de representação do mundo. Trata-se de um meio para comunicação e representação. O grafismo revela a visão da pessoa em relação a si mesma e ao seu ambiente (ARANTES, 2007).

De acordo com Luquet (1994 apud DARRAULT-HARRIS; GRUBITS, 2000), a evolução do desenho infantil representa um modo particular de realismo. Inicialmente, trata-se do realismo fortuito, no qual o traçado é feito apenas com intenção de produzir linhas, como podemos observar nos rabiscos, e não para fazer imagens representativas. Posteriormente, a criança passa para a fase do realismo intelectual, e reproduz, em seus desenhos, não o que ela vê, mas o que sabe sobre as coisas. Apenas em uma terceira fase, realismo visual, a criança passa a

reproduzir aquilo que vê. Entre quatro e 12 anos, a criança se preocupa com o significado, mas também vai ao encontro do realismo visual. Para Wallon (1990 apud DARRAULT-HARRIS; GRUBITS, 2000), a evolução do desenho está diretamente ligada à maturação cerebral, dos aparelhos perceptivos e motores.

Algumas características do período de realismo intelectual, estágio de desenvolvimento em que se encontram as crianças que participaram desse estudo, são a multiplicidade de detalhes, os aspectos narrativos do desenho, o uso de detalhes típicos exagerados, o uso do reverso das imagens, a diversidade de pontos de vista e o fenômeno da transparência (ROYER, 1995 apud DARRAULT-HARRIS; GRUBITS, 2000).

4.4. MATERIAL

Foram utilizados lápis preto, lápis colorido, borracha, apontador, e folhas de papel, para realização dos desenhos. Também utilizou-se um gravador para o registro das entrevistas.

4.5. PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente, a escola foi contatada e solicitou-se a autorização da mesma para realização do projeto. Após a obtenção da autorização pela escola e a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) (ANEXO 1), deu-se início a escolha das salas para ser feito o convite aos alunos para participarem da pesquisa. Devido ao grande número de salas de aula com alunos que compreendiam a faixa etária pretendida para o

estudo, selecionou-se, primeiramente, uma sala, de modo aleatório. Os alunos dessa sala receberam informações sobre a pesquisa e para cada criança foi dado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que esse fosse levado aos pais para obter a autorização dos mesmos.

Anexado ao Termo, foi enviado também um documento com informações sobre os horários da presença da pesquisadora na escola e a sua disponibilidade para que os pais pudessem tirar dúvidas e/ou receber outros esclarecimentos sobre o trabalho. Além disso, a pesquisadora esteve presente nos horários de entrada e saída das crianças, de modo a se colocar disponível aos pais para maiores esclarecimentos.

Após a obtenção das autorizações dos pais nessa primeira sala, deu-se início às entrevistas, que foram realizadas individualmente, em local disponibilizado pela escola para tal. Quando o número de crianças que possuíam autorização para participar se esgotava, sorteava-se outra sala, na qual foi realizado o mesmo procedimento. Dessa forma, seguiu-se até que fosse alcançado um número de participantes que permitisse aprender os conteúdos das representações sociais de saúde e doença para os mesmos, conforme análise baseada no referencial teórico.

As entrevistas foram feitas no período de 06 a 17 de agosto de 2007, com duração média de 30 minutos, incluindo a elaboração dos desenhos. As entrevistas foram gravadas em aparelho de MP3, para posterior transcrição e análise dos dados.

A entrevista com as crianças foi feita mediante a autorização dos pais e/ou responsáveis pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), e respeitando-se também a Resolução n. 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2000).

4.6. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

A análise dos dados iniciou-se a partir da transcrição das entrevistas na íntegra. Realizou-se, então, um agrupamento das respostas dos participantes para cada pergunta, e posteriormente, uma leitura minuciosa a fim de destacar temas que sintetizassem o conteúdo dos relatos produzidos pelas crianças. Os temas são apresentados como categorias de respostas, e foram organizados levando-se em consideração elementos de análise próprios da teoria das representações sociais, tais como informações, crenças, valores, opiniões, elementos culturais (JODELET, 2001).

As categorias de respostas foram organizadas em tabelas, para uma melhor visualização dos dados, assim como foi feito com os dados sócio-demográficos.

V RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos com a análise dos dados e a discussão dos mesmos. Inicialmente, será apresentado o perfil sócio-demográfico dos participantes, seguido dos sentidos de saúde e doença relatados pelos participantes, e a análise dos desenhos.

5.1. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

Entre os participantes desta pesquisa, aproximadamente 75% (n=25) eram meninas e 24,24% (n=8) eram meninos. Quanto à faixa etária, as crianças tinham entre sete e 12 anos, sendo que 45,45% (n=15) delas tinham oito anos de idade. Em relação à escolaridade, 48,48% (n=16) dos participantes estavam matriculados no 4º ano do Ensino Fundamental, 30,30% (n=10) no 3º ano e 21,21% (n=7) no 5º ano.

A Tabela 1 apresenta um panorama geral dos dados sócio-demográficos dos participantes.

Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico dos participantes

Variáveis	Meninas		Meninos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo	25	75,76	8	24,24	33	100
Idade						
7 anos	4	12,12	0	0	4	12,12
8 anos	13	39,39	2	6,06	15	45,45
9 anos	7	21,21	2	6,06	9	27,27
10 anos	1	3,03	2	6,06	3	9,09
12 anos	0	0	2	6,06	2	6,06
Escolaridade						
3º ano	8	24,24	2	6,06	10	30,30
4º ano	13	39,39	3	9,09	16	48,48
5º ano	4	12,12	3	9,09	7	21,21

A maior freqüência de meninas não estava relacionada a aspectos específicos, uma vez que as crianças participaram da pesquisa conforme recebiam autorização dos pais e/ou responsáveis, a partir da assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.

5.2. ANÁLISE DOS RELATOS DAS CRIANÇAS

Inicialmente será feita uma análise dos relatos produzidos durante as entrevistas. Nota-se que o número de respostas, muitas vezes, não é equivalente ao número de crianças, pois, de modo geral, cada uma delas relatou mais de uma resposta, analisadas separadamente. As respostas foram agrupadas em categorias que as representavam de forma mais concisa, e a freqüência com que foram relatadas aparece nas tabelas apresentadas. As tabelas receberam como título a própria pergunta que foi feita às crianças, ou o tema sobre o qual a pergunta se referia. As respostas que apareceram de forma isolada foram agrupadas na categoria Outros.

Para iniciar a entrevista, utilizou-se uma pergunta que remetia a criança à última vez em que ela esteve doente. Foi perguntado a cada criança, como ela sabia que estava doente, na última vez em que esteve assim. A partir dos relatos, realizou-se uma classificação das respostas dadas, conforme está descrito na Tabela 2, de modo a organizá-las conforme o aspecto ao qual se relacionavam.

Tabela 2 – Como você soube que estava doente?

Categorias	<u>n</u>	%
Sintomas	39	47,56
Doenças	13	15,85
Outros	6	7,32
Restrição de atividades	5	6,10
Local	4	4,88
Profissional	4	4,88
Aspectos subjetivos	3	3,66
Remédios	3	3,66
Procedimentos	2	2,44
Comida	2	2,44
Causas	1	1,22
Total	82	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras respostas que foram pouco mencionadas nas entrevistas.

Os relatos mostraram que 47,56% (n=39) das respostas diziam respeito aos sintomas observados pelas crianças como indicativos de que estavam doentes. Entre os sintomas mencionados pelas crianças, a dor de cabeça foi citada de forma mais freqüente, em 10,98% (n=9) das respostas. Outros sintomas prevalentes eram vômito e ânsia de vômito, 12,2% (n=10), febre, 7,32% (n=6) e dor de barriga, 3,66% (n=3). A seguir, estão alguns relatos que ilustram os dados mencionados.

É... Eu *tava* com muita dor de cabeça, com febre... (C1, 9 anos, 5º ano, feminino)

É... Eu comecei assim... eu acordei já com bastante dor de cabeça. (C4, 9 anos, 5º ano, feminino)

Eu acho que a última vez que eu fiquei doente deu febre e dor de cabeça. (C5, 9 anos, 5º anos, feminino)

Da última vez que eu fiquei doente, eu não lembro, não, hein. Porque faz tempo. [...] Gripe eu já peguei, muitas vezes, mas, é difícil lembrar. Ah, esses dias aí eu *tava* com uma dor de cabeça... Dor de barriga, assim... umas... esses *tempo* atrás aí, eu *tava* assim copiando, aí, quando deu a

hora do recreio me deu uma tontura, né. (C17, 10 anos, 5º ano, masculino)

Porque eu tava com muita dor de cabeça e eu vomitei. (C22, 8 anos, 4º ano, feminino)

Vixi, foi ontem. Eu *tava* com dor... é... dor aqui, ó. (C33, 9 anos, 4º ano, masculino)

As crianças também responderam que perceberam que estavam doentes ao reconhecerem as doenças que apresentavam. Essa categoria corresponde a 15,85% (n=13) das respostas. Aproximadamente 4,88% (n=4) das respostas mencionadas pelas crianças diziam respeito a gripes e resfriados. Outras doenças relatadas foram inflamação na garganta, dengue e catapora, cada uma correspondendo a 2,44% (n=2) das respostas. É importante notar que as crianças mencionaram sintomas e doenças bastante comuns na infância, excluindo enfermidades mais graves. Vivenciar sintomas e doenças como gripe e catapora predispõe as crianças a lidarem com tais enfermidades mais facilmente do que se levarmos em conta doenças menos comuns na infância. Esses dados confirmam os trabalhos de outros autores como Schonfeld et al. (1993 apud PAPALIA; OLDS, 2000) e Cordazzo (2004), nos quais as crianças apresentavam maior conhecimento em relação a doenças com as quais estavam mais familiarizadas. A falta de proximidade com outras enfermidades pode dificultar a experiência da criança em relação a tais doenças.

Vale lembrar que as representações sociais são formas de conhecimentos produzidos por determinado grupo social em relação a determinados aspectos, permitindo atribuir sentido a eles (TEIXEIRA; SCHULZE; CAMARGO, 2002). Nesse caso, nota-se que as crianças demonstraram que se perceberam doentes quando apresentavam doenças sobre as quais possuíam algum tipo de familiarização, que as permitiam elaborar uma representação. Em relação às doenças que não lhe são familiares, essas não foram mencionadas, o que indica que essas crianças provavelmente não tiveram contato algum com elas, ou o fizeram minimamente,

impedindo-as de apresentar uma representação sobre o tema. No entanto, por meio do processo de ancoragem (VALA, 2004), no qual elementos não familiares se tornam familiares e são incorporados, seria possível incrementar tais representações, permitindo que as crianças se percebessem doentes em outras situações que não apenas resfriados e catapora, o que seria importante para manutenção de sua saúde e qualidade de vida.

Aproximadamente 6% (n=5) das respostas mencionavam a restrição de atividades como o fator pelo qual as crianças perceberam-se doentes. Esse dado aponta para o fato de que as crianças relacionam saúde e doença a aspectos funcionais, da mesma forma como foi relatado nas pesquisas de outros autores (HELMAN, 2003; MOREIRA; DUPAS, 2003; VASKILAMPI; KALPIO; HALLIA, 1996; QUEIROZ, 1993). Nota-se que as representações sociais de doença estão diretamente ligadas à impossibilidade de realizar tarefas, o que nos aponta, não apenas aos fatores científicos que determinam a representação social de saúde e doença, mas também os aspectos culturais, as experiências e as comunicações cotidianas que formam tais representações (VALA, 2004). Os relatos a seguir exemplificam essa questão.

[...] não conseguia fazer nada, nem ouvir... nem ouvir... falando alguma coisa. Aí eu tive que faltar na escola. (C4, 9 anos, 5º ano, feminino).

[...] eu não queria... eu não queria fazer nada, só ficar deitada. (C20, 8 anos, 4º ano, feminino)

As crianças também falaram sobre os profissionais que as atenderam em 4,88% (n=4), porém mencionaram apenas os médicos. Nota-se a importância dada ao médico como principal profissional ligado à saúde, deixando-se de mencionar outras categorias de profissionais, como enfermeiras, fisioterapeutas, entre outros. Os locais para onde foram levadas também foram lembrados em 4,88% (n=4) dos relatos, e incluíam o posto de saúde e o hospital. Os remédios utilizados e os procedimentos realizados foram mencionados em 3,66% (n=3) e 2,44% (n=2) das respostas, respectivamente. É possível verificar características próprias do modelo

biomédico de atenção à saúde, no qual há uma separação entre mente e corpo e se considera apenas os fatores físicos, químicos e fisiológicos da doença, desconsiderando o contexto social (ENUMO, 2003). Nesse modelo, o médico tem papel principal no cuidado com a saúde e outros profissionais não são considerados (STROEBE; STROEBE, 1995), uma vez que o processo saúde-doença, nesse modelo, não leva em conta a esfera psicossocial (SPINK, 2003).

Alguns relatos abaixo apresentam tais aspectos.

Aí eu fui no posto... que era... que tá... era perto de casa, que não dava pra mim ir no hospital por causa que... meu pai *tava* trabalhando. Ele trabalha de manhã. E daí, eu fui no posto [...]. (C9, 7 anos, 3º ano, feminino)

É porque minha mãe me levou no hospital. (C10, 7 anos, 3º ano, feminino)

Porque eu fui no médico e daí ele receitou um remédio, daí eu fiquei bem, já. (C23, 9 anos, 4º ano, feminino)

Eu fui no posto, tomei injeção... E fiz exame pra mim saber se eu *tava* com... com alergia, ou com dengue, com catapora. [...] Era... era... era dengue. (C32, 8 anos, 4º ano, feminino)

Os aspectos subjetivos foram relatados por apenas 3,66% (n=3) das crianças, que disseram que perceberam que estavam doentes porque estavam se sentindo mal. Nota-se uma prevalência de respostas voltadas para os aspectos físicos, comumente utilizados para definir doença, como descrito por Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996).

5.2.1. As representações sociais de saúde

Serão analisadas agora as representações sociais de saúde para as crianças que participaram desta pesquisa. A Tabela 3 apresenta um quadro geral de respostas para a questão ‘o que é estar com saúde para você’. A categoria de respostas denominada Outros inclui respostas que apareceram isoladamente.

Tabela 3 – O que é estar com saúde para você?

Categorias	n	%
Aspectos subjetivos	17	17,89
Atividades	12	12,63
Não estar com sintomas ou doenças físicas	9	9,47
Outros	8	8,42
Brincar	7	7,37
Poder comer doces	6	6,32
Se alimentar bem	6	6,32
Descrições de saúde	5	5,26
Ser saudável	5	5,26
Não fumar ou usar drogas	4	4,21
Não fazer “arte”	3	3,16
Não precisar ir ao médico ou usar medicamentos	3	3,16
Estar forte	2	2,11
Fazer o que quiser ou puder	2	2,11
Não beber	2	2,11
Não brigar	2	2,11
Peso adequado	2	2,11
Total	95	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras respostas que foram pouco mencionadas nas entrevistas.

As representações sociais são formadas por diversos elementos que expressam a realidade para determinado grupo (JODELET, 2001). Em relação às representações sociais de saúde relatadas pelas crianças nas entrevistas, nota-se que a maior parte dos elementos que compõem esta representação, 17,89% (n=17), estava relacionada a aspectos subjetivos, como se pode notar nestas falas:

Quando a gente tá feliz quer dizer que a gente tá com saúde. (C1, 9 anos, 5º ano, feminino)

É ficar alegre. (C27, 12 anos, 4º ano, masculino)

[...] ter paz com os pais. (C16, 7 anos, 3º ano, feminino)

Estar com saúde é você viver bem, ter bons amigos... (C31, 8 anos, 4º ano, feminino)

As crianças demonstraram perceber a saúde a partir de aspectos subjetivos como estar feliz e estar alegre. Também apontaram para a importância dos relacionamentos como aspecto importante para definirmos a saúde e para se estabelecer que uma pessoa tem saúde. Elas citaram as relações com os pais e os amigos.

Os aspectos subjetivos apresentam maior destaque entre as categorias de respostas relatadas, reforçando a importância dada pelas crianças não apenas aos aspectos físicos, quando falamos em saúde e doença, mas também à subjetividade. Esses dados podem apontar uma transição do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial, o que caracteriza um avanço nas formas pelas quais as crianças dão sentido ao processo saúde-doença (STROEBE; STROEBE, 1995). Se considerarmos as colocações de Duveen (1995), de que a criança agrega de forma gradativa as práticas da comunidade, podemos pensar que suas respostas podem indicar uma mudança no modelo adotado na sociedade, uma mudança gradativa na adoção do modelo biopsicossocial em substituição, ou complementação, ao modelo biomédico.

Cerca de 12% (n=12) das respostas apresentavam a saúde como a realização de atividades, sendo elas soltar pipa, correr, passear, ir para a escola, poder jogar bola, poder pular no pula-pula ou ir ao *cyber*. A realização de atividades

aparece como segunda categoria mais citada pelas crianças ao definir estar com saúde.

Com saúde? Estar com saúde é correr, brincar, brincar na rua, soltar pipa. Ainda mais, eu vou participar no festival de pipa. Aqui no colégio. E eu tô com saúde. [...] A saúde sempre foi boa, né?! Eu gosto de correr, brincar. (C12, 8 anos, 3º ano, masculino)

[...] poder vim pra escola, é... poder jogar bola, ir no *cyber*, soltar pipa. (C17, 10 anos, 5º ano, masculino)

Algumas crianças não especificaram que tipos de atividades realizam quando estão com saúde, mas mencionaram o brincar de modo geral, o que foi contabilizado em uma categoria à parte, correspondendo a 7,37% (n=7) das respostas.

Estar com saúde é você poder brincar, você fazer quase tudo que você puder, né?! (C22, 9 anos, 4º ano, masculino)

A saúde definida como a possibilidade de realizar atividades está diretamente relacionada à definição de doença como a impossibilidade de desempenhar determinadas tarefas como veremos no item que será discutido a seguir, no qual questiona-se o que é estar doente.

Estar com saúde também foi relacionado a não apresentar sintomas ou doenças físicas, como notamos em 9,47% (n=9) das respostas. Seguem abaixo, alguns relatos nos quais as crianças definiam saúde como ausência de sintomas.

É... é quando você não tá pálida, não tá vomitando, não tá com dengue, nem um tipo de... de vírus que provoca doença. (C9, 7 anos, 3º ano, feminino)

Sem ficar com doença, sem doença [...] doente. (C11, 10 anos, 5º ano, masculino)

Ser uma pessoa normal, que não tem nada. (C5, 9 anos, 5º ano, feminino)

Definir saúde como ausência de sintomas ou doenças físicas é considerada uma definição simplista e potencialmente perigosa se considerarmos doenças de cunho inicial assintomático, como a diabetes e a hipertensão arterial. No caso de doenças como essas, a ausência de sintomas pode indicar à criança, e também às pessoas em outras fases do desenvolvimento, que não há necessidade de adoção de medidas de prevenção, e essas tendem, então, a não aderir ao tratamento. Além disso, é importante salientar a necessidade de se considerar outros elementos relacionados à saúde, tais como a distribuição de água tratada, a rede de esgoto, a coleta seletiva do lixo e sua reciclagem, entre outros.

Pode-se observar que as representações sociais de saúde para as crianças que participaram deste estudo, e também para o grupo social em que estão inseridas, já que consideramos que as representações sociais estão situadas na relação entre o individual e o social (LAPLANTINE, 2001), são bastante restritas, deixando de considerar elementos fundamentais. Laplantine (2001) aponta para três campos distintos relacionados às representações sociais, sendo eles o conhecimento, o valor e a ação. A partir disso e dos aspectos relatados nas entrevistas, pode-se questionar que tipo de conhecimentos as crianças que participaram deste estudo possuem, que valor atribuem a ele e como será sua ação. Jodelet (2001) também fala sobre um objetivo prático próprio das representações sociais, e que nos faz pensar sobre as formas com as quais as crianças vivenciam a saúde, uma vez que demonstraram entender saúde como ausência de sintomas.

Outra resposta relacionada à ausência de sintomas apresenta o sentido de saúde mesclado aos aspectos informais e populares, muitas vezes baseados em informações do cotidiano. O relato está transcrito abaixo.

Quando o sangue não tá muito sujo. (C18, 8 anos, 4º ano, feminino)

Nota-se uma representação social de saúde que aponta para o sangue, e suas qualidades, como elemento que permite definir saúde ou doença. As representações sociais permitem uma intervenção na realidade (GARNELO; WRIGHT, 2001; PESTANA; PÁSCOA, 1998), e, desta forma, é importante que tais informações sejam levadas em consideração pelos cuidadores e educadores, de modo que as crianças possam ser orientadas em relação à necessidade de considerarmos a saúde não apenas quanto à ausência de sintomas. Além disso, devem considerar as idas ao médico não apenas como sinal de doença, mas como um hábito importante na prevenção de doenças.

Outro aspecto relacionado à saúde foi descrito em 6,32% (n=6) das respostas e dizia respeito a não fumar, usar drogas ou beber. Para essas crianças, ser saudável está relacionado a manter hábitos de saúde que excluem o uso de substâncias tóxicas como o álcool, as drogas e o cigarro, como podemos ver nos relatos que seguem abaixo.

Estar com saúde? Não beber. Não fumar. Não beber cerveja também, né.
(C6, 9 anos, 3º ano, feminino)

Estar com saúde... é não fumar, não... é... se dopar. Não fumar *dogra...*
droga. (C13, 8 anos, 3º ano, feminino)

Se alimentar bem e manter o peso ideal foram aspectos apontados em 8,43% (n=8) das respostas. Os relatos que seguem demonstram a preocupação das crianças entrevistadas em relacionar a saúde a bons hábitos alimentares.

Estar saudável, não... não ser magro nem gordo... (C3, 12 anos, 5º ano, masculino)

Estar com saúde é a... uma pessoa *tiver...* *tiver* comendo bem, e tudo. E daí, não precisar fazer nada, tipo, on... na escola, faz tempo já, a gente foi ali dentro, a gente *pesamo*, a gente *fizemo* um monte de coisa. Daí,

eles deram um papelzinho pra gente ver se a gente *tava* normal ou... ou acima do peso. Daí... daí a gente... daí a gente viu se a gente *tava* com... com... com a saúde... *tava* bem ou se tava acima do peso, entendeu? (C20, 8 anos, 4º ano, feminino)

Se alimentar bem. Comer sempre verdura, alface, tomate. Muitas outras coi... muitas outras coisas. Tomate eu não gosto muito, mas alface eu como. (C30, 8 anos, 4º ano, feminino)

Cuidados com os hábitos alimentares foram apontados no estudo de Schmidt e Fröhling (2000) como indispensáveis na prevenção de doenças, associados à prática de exercícios físicos. As crianças que participaram deste estudo apontaram para o fato de que ser saudável está diretamente relacionado à adoção de hábitos saudáveis em relação aos alimentos, o que serve como fator de prevenção de doenças.

Pode-se observar que as crianças que participaram desse estudo relacionam saúde a aspectos subjetivos, como bons relacionamentos e sentimentos de alegria e felicidade. Além disso, fazem menção à necessidade de adoção de hábitos saudáveis, como não fumar, beber ou usar drogas, e ter uma alimentação saudável. Essas afirmações estão de acordo com o modelo psicossocial de atenção à saúde (SPINK, 2003) e, se considerarmos que as representações sociais são interpretações sobre determinado assunto para um grupo social (LAPLANTINE, 2001), podem indicar novas tendências sociais para o entendimento da saúde, tanto para as crianças, quanto para o meio social em que estão inseridas.

No entanto, as crianças também apresentaram representações sociais de saúde relacionadas à possibilidade de realizar determinadas tarefas e a ausência de sintomas ou doenças físicas, o que nos remete ao modelo biomédico (ENUMO, 2003), e nos indica que, apesar de novas tendências aparecerem no relato dos participantes, ainda estão presentes representações sociais de saúde com caráter reducionista que devem ser incrementadas se objetivamos a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Nota-se que elementos divergentes são postos nos relatos das crianças, e, por meio da objetivação (VALA, 2004), se organizam para expressar a realidade dessas crianças, apesar das divergências. Todos esses elementos

devem ser considerados quando pensamos em ações voltadas para a saúde na infância.

5.2.2. As representações sociais de doença

Também foi perguntado às crianças qual o sentido de doença para elas. Os percentuais para cada resposta estão na Tabela 4.

Tabela 4 – O que é estar doente para você?

Categorias	n	%
Sintomas físicos	21	19,81
Restrição de atividades	17	16,04
Ficar de cama	14	13,21
Outros	11	10,38
Aspectos subjetivos	9	8,49
Descrição	9	8,49
Ter alguma doença	9	8,49
Tomar medicação	6	5,66
Ir ao médico	4	3,77
Ficar no hospital	2	1,89
Não sabe	2	1,89
Restrição na alimentação	2	1,89
Total	106	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras respostas que foram pouco mencionadas nas entrevistas.

Aproximadamente 20% (n=21) das crianças entrevistadas disseram que estar doente, para elas, era apresentar algum sintoma físico. Entre os sintomas mencionados, pode-se citar dor de cabeça e febre, com percentual de 3,77% (n=4) do total de respostas. Outros sintomas relatados foram falta de apetite, dor de barriga, vômito ou ânsia de vômito. Alguns relatos que seguem abaixo apresentam tais descrições:

Estar doente é ter dores no corpo, muita dor de cabeça todo dia [...] (C3, 12 anos, 5º ano, masculino)

Quando... é, quando a pessoa tá com... com vontade de vomitar. (C20, 8 anos, 4º ano, feminino)

[...] fica com dor de cabeça. Dor de barriga, febre. (C25, 9 anos, 4º ano, feminino)

No estudo de Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996), notou-se que as definições de doença estavam relacionadas, mais frequentemente, a aspectos fisiológicos e a saúde era definida, de modo geral, a partir de termos psicológicos e mentais. Esses resultados foram confirmados neste estudo, no qual os aspectos físicos foram mencionados de forma mais freqüente em relação à doença e os aspectos subjetivos relacionados à saúde. Nota-se que alguns elementos se mostram mais ou menos acentuados conforme o tema em discussão. Isso ocorre por meio do processo de construção seletiva (VALA, 2004) e dessa forma esses elementos se organizam para formar uma representação social sobre o processo saúde-doença.

Como se pode notar na Tabela 4, 16,04% (n=17) das crianças disseram que estar doente é ter suas atividades restrinidas. Soma-se a este item a segunda categoria de resposta mais mencionada, que é descrita como ficar de cama, 13,21% (n=14). Podemos perceber isso nas falas a seguir:

Ah, ficar doente é quando você fica de cama, assim, não pode fazer nada. Ficar de cama, praticamente sem poder fazer nada, com aquela tontura, se levanta você pode cair. Isso pra mim é estar doente. (C2, 9 anos, 5º ano, feminino)

[...] não dá pra fazer tanta coisa, e... não dá pra brincar também. [...] Tem que ficar só deitado, lá, descansando, senão não melhora. (C4, 9 anos, 5º ano, feminino)

É não poder brincar, não vim pra escola. (C7, 8 anos, 3º ano, feminino)

Estar doente... ai... fica... ficar na cama, com febre. Deitar. Ah! Minha matéria preferida é ficar deitado. Eu gosto. [...] Eu gosto de correr, brincar. Mas quando tô doente não tenho nenhuma dessas oportunidades. (C12, 8 anos, 3º ano, masculino)

Doente, tem horas assim, que é bom não fazer nada, né, é bom não fazer nada mesmo. É... mas tem horas que é chato. Você fica doente, não pode passear, não pode brincar, tem que ficar na cama, deitado em casa. (C19, 8 anos, 4º ano, feminino)

Nota-se que, assim como os adultos, as crianças percebem as doenças a partir de aspectos funcionais. Para os adultos, as enfermidades estão relacionadas à dificuldade ou incapacidade de realizar determinadas tarefas, entre elas trabalhar e garantir o sustento da família. Esse padrão reflete-se no entendimento que as crianças têm acerca do mesmo tema. Tais aspectos já foram citados por outros autores (HELMAN, 2003; MOREIRA; DUPAS, 2003; VASKILAMPI; KALPIO; HALLIA, 1996; QUEIROZ, 1993) e apontam para o fato de que as representações sociais de doença para estas crianças são formadas por aspectos que permeiam as relações entre crianças e adultos, as relações familiares, permitindo que tais elementos se constituam nas representações que elas apresentam sobre doença. Trata-se do processo de ancoragem, no qual os aspectos não familiares se tornam familiares e passam a organizar as relações sociais (VALA, 2004). Duveen (1995) também aponta para as formas pelas quais as crianças internalizam as representações sociais de sua comunidade, passando por um processo de identificação de sua posição no contexto que se insere e adquirindo, então, sua própria identidade.

Também podemos pensar no uso de polaridades, mencionado por alguns autores (VASKILAMPI; KALPIO; HALLIA, 1996; SCHMIDT; FRÖHLING, 2000). Para eles, as crianças podem dicotomizar a saúde e a doença, definindo-as a partir de termos opostos, tais como sentir-se bem e sentir-mal. Nesse caso, as crianças definem saúde como a possibilidade de realizar atividades e a doença como a incapacidade de realizar tais tarefas.

No estudo de Schmidt e Fröhling (2000), no qual foram entrevistados 99 participantes nas faixas etárias de cinco, oito, 12 e 16 anos, e 48 mães dessas crianças, apenas alguns participantes mostraram-se aptos a dar uma definição de saúde e de doença como construções em si mesmas, sem fazer uso de características opostas. Resultados semelhantes aparecem no estudo de Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996), com crianças entre sete e 10 anos, no qual as crianças freqüentemente expressavam qualidades opostas de determinados aspectos referentes à saúde e à doença.

Entre as respostas dadas pelas crianças, em relação à questão sobre o que é estar doente, os aspectos subjetivos foram mencionados em 8,49% (n=9) das respostas. Os aspectos subjetivos incluem estar triste, não estar disposto e ter preguiça, como vemos abaixo:

Pra mim, estar doente é quando a gente tá triste... (C1, 9 anos, 5º ano, feminino)

Pra mim, é você não ter ânimo pra levantar, pra brincar. Você não tá di... disposto, né!? (C22, 9 anos, 4º ano, masculino)

Nota-se que, diferentemente das respostas que foram mais freqüentemente mencionadas na questão referente à saúde, nas quais os aspectos subjetivos foram bastante privilegiados, em relação à doença, as crianças mencionam os aspectos subjetivos como a quinta categoria apenas. No estudo de Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996), a saúde também foi relacionada a aspectos subjetivos de forma mais freqüente que no caso da doença, a qual foi mais

relacionada a aspectos físicos. Para melhor análise desta questão, pode-se retomar o processo de objetivação (VALA, 2004), por meio do qual os elementos que formam uma representação se organizam e passam a expressar uma realidade. Essa organização pode se dar pela construção seletiva, sendo que alguns elementos são reduzidos e outros acentuados na composição da representação social, o que se pode notar nos aspectos referidos anteriormente, no qual os aspectos subjetivos aparecem mais acentuados quando se refere à saúde, e reduzidos quando se refere à doença.

Algumas crianças, 8,49% (n=9), deram respostas que incluíam descrições de doença. Elas demonstraram preocupação em relação à doença, e relatavam de forma enfática tal preocupação. Para essas crianças, as doenças podem ser consideradas eventos difíceis de lidar, causando preocupação. Alguns relatos abaixo demonstram as descrições que as crianças forneceram:

Estar doente é uma coisa ruim, né!? (C4, 9 anos, 5º ano, feminino)

Pra mim, um problema muito difícil. (C13, 8 anos, 3º ano, feminino)

Outras categorias de respostas estavam relacionadas à necessidade de ingestão de remédios, com percentual de 5,66% (n=6), ir ao médico, 3,77% (n=4) e ficar hospitalizado, 1,89% (n=2).

5.2.3. Os sintomas

Outra questão da entrevista tratava dos sintomas sentidos pelas crianças quando estavam doentes. A Tabela 5 apresenta os dados referentes a essa questão. Entre os sintomas mais mencionados nota-se dor de cabeça, relatada em 15,69% (n=16) das respostas, e febre, que aparece em 12,75% (n=13) das respostas. Outros sintomas bastante citados foram vômito (7,84%), ânsia de vômito (6,86%) e dor de barriga (5,88%). Juntas, as categorias referentes a algum tipo de dor somam 31,37%.

Tabela 5 – Sintomas

Categorias	n	%
Outros	22	21,57
Dor de cabeça	16	15,69
Febre	13	12,75
Vômito	8	7,84
Ânsia de vômito	7	6,86
Dor de barriga	6	5,88
Dor	4	3,92
Dor de garganta	4	3,92
Falta ou pouco apetite	4	3,92
Tosse	4	3,92
Mal-estar	3	2,94
Tontura	3	2,94
Dor de ouvido	2	1,96
Não queria ou podia fazer nada	2	1,96
Nariz congestionado	2	1,96
Pontinhos vermelhos	2	1,96
Total	102	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras respostas que foram pouco mencionadas nas entrevistas.

A seguir estão alguns relatos das crianças:

Eu acordei já com bastante dor de cabeça. Minha cabeça tava pesada, não conseguia fazer nada, nem ouvir... nem ouvir... falando alguma coisa. Aí, eu tive que faltar na escola. Eu... aí, eu acho que durante a tarde eu vomitei umas cinco vezes. Isso foi ano passado eu acho. (C4, 9 anos, 5º ano, feminino)

Febre, ânsia de vômito e dor de cabeça. (C23, 9 anos, 4º ano, feminino)

Os sintomas relatados assemelham-se aos mencionados em outra pesquisa, onde as respostas incluíam febre, dor de cabeça, tontura ou erupções na pele (TRAKAS; SANZ, 1996 apud HELMAN, 2003). Neste estudo, porém, a doença estava também relacionada ao isolamento, solidão ou tédio, ansiedade e tristeza.

A categoria Outros, presente na tabela, inclui respostas como fraqueza, preguiça, etc., respostas que aparecem apenas em relatos isolados.

As categorias de respostas foram posteriormente divididas em duas outras categorias, sendo elas agrupadas em aspectos físicos, que incluíam alterações biológicas e fisiológicas, e aspectos subjetivos, que diziam respeito às questões emocionais. Nota-se que 91,18% (n=93) das respostas referentes aos sintomas tratavam de sintomas físicos e apenas 7,84% consideravam aspectos subjetivos. Ao considerarmos os aspectos referentes à prevenção, podemos observar a importância de destacar os aspectos subjetivos e não apenas os aspectos físicos. Embora as representações sociais do grupo de participantes deste estudo em relação aos sintomas estavam mais diretamente relacionadas a aspectos físicos, outros elementos podem ser introduzidos e enfatizados, como ocorre por meio do processo de ancoragem (VALA, 2004), incrementando tais representações sociais. Cabe ressaltar a necessidade de programas que abranjam não apenas alterações físicas como descritoras de patologias, mas que considerem saúde e doença como um continuum, garantindo a observação da saúde em sua integralidade.

A seguir, veremos a que aspectos foram atribuídas as causas das doenças pelas crianças que participaram deste estudo.

5.2.4. As causas das doenças

A próxima questão (Tabela 6), sobre a causa das doenças, mostra que 25,49% (n=13) das crianças relatam não saber ou não lembrar as causas das doenças que tiveram. Não saber ou lembrar o porquê de ter ficado doente é um dado importante para as campanhas de prevenção. Nota-se que se as crianças não sabem quais os motivos de terem ficado doentes, também não sabem como evitar esses mesmos motivos, o que prejudica a adoção de medidas de prevenção.

Tabela 6 – Causa das doenças

Categorias	<u>n</u>	%
Não lembra ou não sabe	13	25,49
Outros	10	19,61
Comeu alguma coisa que não fez bem	6	11,76
Ficou próximo a pessoas doentes ou que fumam	3	5,88
Não lavou a mão	3	5,88
Comeu gelo	2	3,92
Comeu muita bolacha	2	3,92
Comeu muito doce	2	3,92
Mosquito picou	2	3,92
Não se alimentou direito	2	3,92
Pé descalço	2	3,92
Sol	2	3,92
Tomou gelado	2	3,92
Total	51	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras respostas que foram pouco mencionadas nas entrevistas.

Entre os fatores aos quais as crianças atribuem a ocorrência de doenças, a ingestão de alimentos que não fizeram bem esteve presente em 11,76% (n=6) das respostas. Abaixo lê-se alguns relatos que apresentam estas respostas.

Porque eu acho que eu comi alguma coisa que não devia, alguma coisa estragada. Que o organismo rejeitou. (C3, 12 anos, 5º ano, masculino)

Eu acho que eu comi coisa estragada de certo. (C6, 9 anos, 3º ano, feminino)

Estas respostas também aparecem no estudo de Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996), no qual as crianças mencionaram a ingestão de alimentos contaminados e/ou estragados como causa das doenças.

Outra causa à qual as crianças conferem a origem das doenças é descrita na categoria ficar próximo a pessoas doentes ou que fumam, que foi relatado como causa das doenças em 5,88% (n=3) das respostas, como exemplificam os relatos abaixo.

É que... assim, onde eu andava tinha muita gente que fumava, essas coisas, eu sentia muito cheiro, daí eu acho que foi isso que fez... [...] onde eu ando, assim, que eu vou brincar com as minhas amigas, tudo, né, daí tem muita gente lá que é no meu condomínio, né... que fuma, fica na varanda fumando. (C1, 9 anos, 5º ano, feminino)

[...] você fica em área fechada com uma pessoa, é... esse ar que você respira não tem pra onde ir mais, você tem que respirar a doença. (C11, 10 anos, 5º ano, masculino)

No estudo de Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996), estar próximo a pessoas doentes também foi apontado como fator responsável pelo contágio de uma doença. No entanto, nesta pesquisa, as crianças não consideraram apenas o contato com outras pessoas, mas também o tempo de proximidade e a distância entre as pessoas, o que pode facilitar ou dificultar a transmissão de agentes concretos como os micróbios. Banks (1990) também notou, em seu estudo, a proximidade de pessoas doentes como forma de contágio relatada pelas crianças mais velhas, que também mencionavam o contágio por meio de germes. Trata-se de uma representação social na qual os elementos referentes às crenças e os elementos

culturais têm grande importância em sua formação. Segundo Jodelet (2001), os elementos constituintes de uma representação social, como imagens, valores, opiniões, elementos culturais e crenças, devem ser observados para uma compreensão adequada do conteúdo de uma determinada representação social.

Deve-se observar também que esse aspecto pode ser considerado adequado se considerarmos algumas doenças que realmente são transmitidas por meio da presença de pessoas doentes. No entanto, não se aplica a todo tipo de enfermidade, como por exemplo, a AIDS. Nota-se, portanto, a necessidade de esclarecimentos acerca da transmissão de determinadas doenças, de modo que aspectos discriminatórios sejam reduzidos ainda na infância.

Mais uma vez a categoria Outros inclui respostas não encontradas entre outros participantes. No entanto, uma resposta presente nesta categoria é bastante interessante está transcrita abaixo e demonstra o fato de que as crianças podem desenvolver um entendimento próprio, baseado em aspectos sócio-culturais, sobre os fatores relativos às doenças, como as suas causas, o que foi descrito também por Helman (2003).

Aí, eles falaram que era uma coisa que eu comi. Eles disseram isso. Eu não acho. Acho que foi... que não foi que a comida que *tava estragada*. Eu acho que foi que eu comi muito doce, muita bolacha, no dia. Aí, eu também comi... eu devo ter comido alguma coisa que não... que não combinou, e encheu no meu estômago. (C9, 7 anos, 3º ano, feminino)

Nota-se que a criança não aceita simplesmente a explicação que lhe foi dada em relação à sua enfermidade, mas questiona tal explicação e formula outra alternativa para explicar a origem de sua doença. Por meio desse processo, no qual novos elementos são agregados e se organizam para expressar uma realidade, é que são formadas as representações sociais (VALA, 2004). A criança faz uso de elementos variados para constituir uma representação social (JODELET, 2001). Entre esses elementos, pode-se citar informações, valores e opiniões.

Outro ponto bastante interessante, relatado em uma resposta, está descrito abaixo:

Eu acho porque que... que... que eu não tomei café da manhã. Eu só tomei um pouco de *Neston* com leite. [...] É porque decerto eu não me alimentei direito, né!? [...] Mas eu acho também que era sexta-feira. Era sexta-feira, né!? Aí, aí... assim, meu pai *tava* viajando. De segunda a sexta que ele viaja, quase todo dia, né, de segunda a sexta. Ah, acho que era saudade dele também, ou porque eu não tomei café da manhã. Mas eu acho que era mais café da manhã. (C22, 9 anos, 4º ano, masculino)

Trata-se de um relato bastante claro dos aspectos subjetivos aos quais se atribuem as enfermidades. Nota-se que a doença é atribuída também a eventos físicos, no entanto, o fator psicológico é, certamente, bastante importante neste relato. Mais uma vez pode-se observar os diferentes elementos que compõem uma representação social, tais como valores, crenças, informações e elementos culturais (JODELET, 2001).

5.2.5. Hospitalização

Com relação à experiência de hospitalização, apenas 24,24% (n=8) das crianças que participaram da pesquisa precisaram ficar internadas em um hospital. No entanto, perguntou-se às crianças, mesmo para aquelas que nunca ficaram internadas, se tinham conhecimento sobre o que era realizado em um hospital e para que servia uma internação. Aproximadamente 17,74% (n=11) das crianças relatou não saber ou não lembrar o que é feito com as pessoas que ficam internadas. Já entre as crianças que relataram saber o que acontece com as pessoas que ficam internadas, as respostas mais mencionadas são a realização de exames físicos e a administração de injeção e/ou medicação, cada categoria com 14,52% (n=9). Nota-se que a hospitalização fica reduzida a apenas alguns

elementos, o que se caracteriza como construção seletiva, processo envolvido na objetivação, por meio da qual se constituem as representações sociais (VALA, 2004). A Tabela 7 apresenta estes dados.

Tabela 7 – O que acontece com as pessoas que ficam internadas em um hospital?

Categorias	n	%
Não lembra ou não sabe	11	17,74
Exame físico	9	14,52
Injeção	9	14,52
Medicação	9	14,52
Outros	8	12,90
Toma soro	6	9,68
Atuação do médico	4	6,45
Cirurgia	2	3,23
Repouso	2	3,23
Tirar sangue	2	3,23
Total	62	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras respostas que foram pouco mencionadas nas entrevistas.

A categoria Outros inclui procedimentos como inalação e raio-X. Os relatos a seguir exemplificam a visão das crianças com relação ao processo de internação:

Primeiro, são examinadas pelo médico. Depois... o médico vê o ca... o quadro da pessoa. E com o resultado do quadro, ele passa alguns remédios. (C3, 12 anos, 5º ano, masculino)

Eles mede a temperatura, vê quanto que tá pesando. Aí, quando... ah, eles medem a pressão aqui... Que mais? Pega um negócinho assim, aí, vê como que tá o coração. Fazem tipo uma... umas coisas assim, fica apertando o corpo. (C16, 7 anos, 3º ano, feminino)

É importante perceber que muitos relatos apresentam um aspecto passivo, como se tais representações sociais se tornam familiares e passassem a organizar as relações sociais, por meio do processo de ancoragem (VALA, 2004). Essas relações colocam o hospital em uma posição na qual é tido como um lugar onde os profissionais realizam tarefas para a cura da criança, enquanto esta se mostra alheia e mera espectadora do processo. O relato abaixo exemplifica tal aspecto de forma bastante explícita.

Quando acontece alguma coisa grave. Elas... aí, o médico começa a curar elas. É... o médico começa a dar... é... os remédios certinho. (C18, 8 anos, 4º ano, feminino)

Nota-se caracteres do modelo biomédico (STROEBE; STROEBE, 1995), no qual o médico recebe toda a responsabilidade pela cura dos pacientes, o que além de excluir a atuação de outros profissionais, como enfermeiro e técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, entre outros, também retira da criança e da família as responsabilidades em relação ao processo de tratamento, e pode ainda eximí-las das questões referentes à prevenção e cuidados posteriores à internação.

Pode-se ainda observar a importância de compreender uma representação social devido ao seu objetivo prático, que organiza e orienta as condutas (JODELET, 2001). Compreender a representação social de um determinado grupo sobre aspectos referentes à saúde permite que possamos orientar as condutas quanto à atenção à saúde, de forma que possam obter maior alcance e eficácia.

5.2.6. O processo de recuperação da saúde

Em relação ao tratamento e o processo de cura das crianças, foi questionado às crianças como elas tinham melhorado. As categorias de respostas e seus respectivos percentuais são apresentados na Tabela 8. A categoria Outros incluía respostas como a ingestão de água de coco e manjericão, comer o biscoitinho que a avó faz e orar.

Tabela 8 – Como você melhorou?

Categorias	n	%
Remédio	22	32,35
Outros	18	26,47
Soro	5	7,35
Casa	3	4,41
Médico	3	4,41
Não lembra ou não sabe	3	4,41
Água	2	2,94
Chá	2	2,94
Dormiu	2	2,94
Injeção	2	2,94
Não ficou descalço	2	2,94
Óleo ungido da igreja	2	2,94
Suco	2	2,94
Total	68	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras respostas que foram pouco mencionadas nas entrevistas.

Quanto às formas pelas quais as crianças melhoraram, 32,35% (n=22) relataram que a cura estava associada ao uso de remédios, como vemos nos relatos que seguem abaixo.

Como que eu melhorei? Tomando... é... *Bromo...* é, não é *Bromopida*, não. É... *Bromopida...* é um que dá... o coração fica acelerado. Não lembro o nome, muito bem, mas vou tentar... É um tipo... um tipo que quando... quando você toma, ele dá ataque cardíaco. (C12, 8 anos, 3º ano, masculino)

Melhorei, é... melhorei por causa que eu fui no médico e tomei direito meu remédio. É. Mas... a... a médica, ela passou *Bucscopam*, você sabe?! (C13, 8 anos, 3º ano, feminino)

Foi quando... e... minha mãe... o médico nem receitou mas ela me deu um remédio, um *Histamin*. (C30, 8 anos, 4º ano, feminino)

Ah, eu melhorei quando minha mãe me deu um remédio, xarope, um monte de remédio que minha mãe me deu. (C32, 8 anos, 4º ano, feminino)

Estes resultados diferem dos dados mencionados por Helman (2003), de que as crianças apresentam um ponto de vista diferenciado em relação ao uso de medicamentos no processo de cura. Conforme Helman (2003), as crianças consideram o repouso mais importante na cura do que os remédios, porém, isso não foi notado nesse estudo. Apenas 7,35% (n=5) das respostas incluíram ficar em casa ou dormir como agentes responsáveis pela cura. Nota-se que estes aspectos exemplificam o fato de que representações sociais não são formadas apenas de teorias científicas, mas também por conhecimentos considerados de senso comum, fatores do cotidiano, aspectos culturais e ideologias. Além disso, demonstram a transmissão de representações sociais de uma geração para outra (VALA, 2004). Alguns relatos abaixo demonstram estes aspectos.

Aí, deitei um pouquinho, dormi. Aí, eu acordei bem já. (C17, 10 anos, 5º ano, masculino)

[...] eu dormi três vezes. (C21, 8 anos, 4º ano, feminino)

Ah, quando eu sinto assim que... que a pessoa tá gripada, eu... eu... eu penso que ela precisa ficar deitada descansando. Não ficar brincando, se não piora. Eu descansava. (C31, 8 anos, 4º ano, masculino)

A medicação foi mencionada como primeiro aspecto importante referente ao processo de cura da criança. Apenas algumas crianças mencionaram métodos alternativos utilizados para reconstituição de sua saúde. Entre eles, pode-se citar a utilização do óleo ungido pela igreja onde freqüentam as crianças.

Minha tia pingou remédio no meu ouvido, e daí, eu fui deitar e daí ela pingou o *olinho* da igreja e... e ela e o meu tio orou e daí, depois eu levantei... (C7, 8 anos, 3º ano, feminino)

[...] porque eu e a minha mãe *samo de igreja*, aí ela passou óleo ungido, aí, começou a parar. (C27, 8 anos, 4º ano, feminino)

A presença de duas categorias de respostas, que tratavam tanto dos métodos tradicionais quanto dos métodos alternativos utilizados no processo de cura, também foi comum ao estudo de Iannotti e Kapor (1996), descrito anteriormente. O estabelecimento de métodos diferenciados como alternativas para a cura das doenças, métodos tradicionais e alternativos, nos mostra aspectos referentes à ancoragem (VALA, 2004), por meio da qual novos elementos tornam-se familiares e passam a constituir uma representação social. Os dois fatores são importantes ao considerarmos as representações sociais deste grupo em relação às formas pelas quais melhoraram quando doentes.

Outro aspecto interessante diz respeito ao modo como os medicamentos são utilizados. Podemos observar nas duas falas abaixo:

Assim... eu a... assim... minha vó nunca... nunca dá qualquer remédio pra mim. Ela vai vê com o médico primeiro que que tem que *dá* e depois ela compra. (C28, 8 anos, 4º ano, feminino)

Minha mãe... o médico nem receito mas ela me deu um remédio, um *Histamin*. (C30, 8 anos, 4º ano, feminino)

De um lado, nota-se, na primeira fala, o uso adequado dos remédios, feito a partir de uma prescrição médica, o que garante a administração correta da medicação, otimizando o processo de cura sob supervisão de um profissional habilitado para tal. Por outro lado, a segunda fala relata o uso inadequado dos medicamentos, caracterizado pela auto-medicação, que desconsidera o fato de que o uso de remédios deve ser feito sob supervisão médica. Jodelet (2001) aponta para o fato de que as representações sociais possuem um objetivo prático e orientam as condutas, de modo que é importante observar que tais atitudes poderão ser adotadas pelas crianças quando estas tiverem autonomia em relação à sua saúde, o que pode lhes causar prejuízos.

A ingestão de líquidos foi mencionada em 8,82% (n=6) das respostas e diz respeito ao consumo de água, chás e sucos. Alguns relatos abaixo apresentam tal categoria de respostas.

Aí, o médico passou pra mim tomar suco, água..., bastante água, bastante suco, assim. É... e pra mim tomar soro e água de coco. (C17, 10 anos, 5º ano, masculino)

A minha vó, ela pegou um chá de cidreira, eu não sei. Foi lá e me deu. (C28, 8 anos, 4º ano, feminino)

5.2.7. Cuidadores

Entre as pessoas que cuidaram das crianças quando elas estavam doentes, a figura materna é mencionada em 48,28% (n=28) das respostas. As transcrições abaixo apresentam os relatos das crianças em relação aos cuidadores.

O meu pai *tava* no trabalho, *né*, e meus dois irmãos estavam aqui na escola, mais velhos, aí... só tinha o pequeno e minha mãe e eu lá em casa. Aí minha mãe ficou cuidando de mim. (C4, 9 anos, 5º ano, feminino)

Minha mãe... ela tinha que passar a noite inteira acordada pra cuidar de mim. (C7, 8 anos, 3º ano, feminino)

A avó aparece como segunda cuidadora mais mencionada pelas crianças com 17,24% (n=10), seguida da figura paterna, com 12,07% (n=7), como vemos nos relatos que seguem.

Meu pai e minha mãe. Únicos, né?! Minha vó não faz nada. (C13, 8 anos, 3º ano, feminino)

Quando eu *tava* doente, minha mãe *tava* trabalhando. Daí, o meu pai me levou no médico. (C20, 8 anos, 4º ano, feminino)

A minha vó. Eu não moro com a minha mãe. É... tem vez que é a minha vó, meu irmão, minha tia. Mas sempre quem me leva no médico é minha vó. (C28, 8 anos, 4º ano, feminino)

Outras respostas foram incluídas na categoria Outros, incluíam figuras como Jesus e Deus, e demonstram a importância da religiosidade na vida das crianças. Outros familiares, como primos e avô, também foram citados como cuidadores nos momentos de doença.

Uma vez que algumas crianças relataram mais de uma pessoa que lhes prestou cuidados quando estiveram doentes, podemos realizar uma análise referente apenas à primeira resposta mencionada, considerando que esta primeira resposta pode significar maior importância na ordem das pessoas que cuidaram da criança. Nesse caso, a mãe aparece em 66,67% (n=22) das respostas, seguida novamente pela figura da avó, com 15,15% (n=5), conforme dados demonstrados na Tabela 9.

Tabela 9 – Quem cuidou de você quando esteve doente?

Categorias	n	%
Mãe	22	66,67
Avó	5	15,15
Pai	3	9,09
Deus	1	3,03
Pais	1	3,03
Tio	1	3,03
Total	33	100

Os dados obtidos estão de acordo com os dados de outros autores que também apontaram a mãe como a principal cuidadora das crianças, quando essas estavam doentes. A figura materna foi indicada pelas crianças como a pessoa que lhes prestou cuidados nos estudos de Banks (1990), Queiroz (1993) e Trakas e Sanz (1996 apud HELMAN, 2003). A mãe também aparece com destaque no estudo de Ianotti e Kapor (1996), desenhada junto à criança nas produções gráficas referentes à doença. Nota-se que a figura paterna, assim como outras, aparece de forma secundária, o que pode nos alertar para a necessidade de maior participação dos pais em relação aos cuidados com a saúde das crianças. Os aspectos culturais, valores e crenças constituem esta representação social, que está relacionada aos papéis da mulher e do homem na sociedade e nos permite esclarecer elementos das interações sociais (JODELET, 2001).

5.2.8. O uso de medicamentos

Quanto à utilização de remédios, perguntou-se às crianças se tinham usado remédios, que tipo de remédios e para que eles serviam. A Tabela 10 apresenta as categorias de respostas e seus percentuais para esta questão. Algumas crianças relataram o uso de remédios para a falta de apetite e por não sentir as pernas. Tais respostas foram mencionadas isoladamente e incluídas na categoria Outros.

Tabela 10 – Para que você tomou remédios?

Categorias	n	%
Outros	10	20,41
Dor de cabeça	6	12,24
Melhorar ou reagir	6	12,24
-	5	10,20
Não lembra ou não sabe	5	10,20
Vômito	4	8,16
Tosse	3	6,12
Catarro	2	4,08
Dor	2	4,08
Dor de barriga	2	4,08
Febre	2	4,08
Gripe	2	4,08
Total	49	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras respostas que foram pouco mencionadas nas entrevistas.

Cerca de 90% (n=30) das crianças relataram que já usaram medicação. Poucas crianças sabiam dizer que tipos de remédios usaram, mas entre as que souberam relatar, o medicamento “Histamin” foi mencionado por 5,13% (n=2) das crianças. Trata-se de um remédio indicado, de modo geral, para casos de alergia. Nota-se que o percentual de crianças que utilizaram medicação é bastante alto, principalmente se levarmos em consideração o fato de que, de acordo com os relatos, a maior parte das enfermidades apresentadas era de baixa gravidade. Trata-se de uma representação social na qual a medicação é responsável pela melhora do paciente, sendo usada nas mais diversas situações. Isto nos faz pensar novamente quanto às ações em saúde. Se as representações sociais possuem um caráter prático, orientador de condutas (JODELET, 2001), pode-se questionar como as pessoas podem trabalhar elementos de prevenção e cuidados com a saúde que não se restrinjam apenas ao uso de remédios.

As crianças relataram que o principal motivo para que tomassem remédios foi a dor de cabeça, sendo que 12,24% (n=6) delas mencionaram tal resposta. Da mesma forma, 12,24% (n=6) disseram tomar remédios para melhorar ou reagir. Cerca de 8% (n=4) usaram remédios para vômito e 6,12% (n=3) para tosse. Alguns relatos abaixo exemplificam tais aspectos.

Tomei. É... o de dor de cabeça... e... o de... é o... para eu não ficar vomitando muito. (C10, 7 anos, 3º ano, feminino)

Tomei... cheguei lá, tomei *Dipirona*. Ah, porque é que eu *tava* com dor de cabeça. (C17, 10 anos, 5º ano, masculino)

Aproximadamente 10% das crianças tomaram medicação, mas não sabiam dizer para que servia, o que nos remete ao fato de que as crianças podem não estar participando de seu tratamento de forma ativa. Não seria esperado que as crianças apresentassem conhecimentos técnicos e específicos em relação ao tipo de medicamento utilizado, mas podemos perceber que, mesmo dentro da capacidade de entendimento que elas apresentam, em seu estágio de desenvolvimento, as crianças que somam a parcela de 10% dos participantes que não sabiam dizer para que tomaram remédio demonstram não ter qualquer tipo de entendimento sobre os mesmos. Esses aspectos criam representações sociais focadas no modelo biomédico (STROEBE; STROEBE, 1995), no qual fatores sócio-comportamentais não são incluídos nas questões de saúde, e as pessoas não possuem qualquer responsabilidade sobre seu tratamento. Tal informação pode ser considerada útil para os cuidadores, de modo que possam fornecer-lhes maiores informações e atenção em relação a esses cuidados.

5.2.9. Aspectos negativos e positivos de estar doente

Também foi questionado às crianças sobre os aspectos negativos e positivos de estar doente. Analisaremos inicialmente os aspectos negativos que as crianças relacionaram a estar doente. A Tabela 11 apresenta as categorias de respostas e seus percentuais para esta questão.

Tabela 11 – Aspectos negativos da doença

Categorias	n	%
Restrição das atividades	31	45,59
Outros	13	19,12
Ficar deitado	8	11,76
Vômito	5	7,35
Injeção	3	4,41
Dor	2	2,94
Dor de cabeça	2	2,94
Ficar em casa	2	2,94
Não sabe	2	2,94
Total	68	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras respostas que foram pouco mencionadas nas entrevistas.

Quanto aos aspectos negativos, podemos notar que 45,59% (n=31) das respostas dadas pelas crianças incluem o impedimento das atividades, como não ir para a escola, não poder brincar, não poder jogar bola ou sair, como exemplificado nos relatos a seguir.

Ah, não poder sair, jogar bola. Jogar bola... é... *ixi*, um monte de coisa. Ir no *cyber*. (C17, 10 anos, 5º ano, masculino)

Achei ruim porque eu não podia brincar. Só tinha que ficar olhando, lá em casa, todo dia meus amigos me chamava, sábado e domingo, pra brincar, eu não podia brincar. (C22, 9 anos, 4º ano, masculino)

É porque você fica em casa, não pode brincar. Não pode sair. (C25, 9 anos, 4º ano, feminino)

Ah, eu achei ruim de ficar deitada, sentindo falta das aulas. Queria ficar tanto nas aulas! (C32, 8 anos, 4º ano, feminino)

A segunda categoria mais mencionada reforça a categoria anterior, uma vez que 11,76% (n=8) das crianças apontaram que o aspecto negativo de ficar doente é a necessidade de ficar deitado. Os relatos abaixo apresentam tais respostas.

Ah, eu acho que eu tenho que ficar em cama... Tem que ficar em casa o dia todo. (C12, 8 anos, 3º ano, masculino)

O que eu achei ruim? É que a gente tem que ficar na cama. (C16, 8 anos, 3º ano, masculino)

Outro aspecto mencionado como ruim foi o vômito, mencionado em 7,35% (n=5) das respostas, como se pode ver no relato que segue.

Eu achei ruim de... de ficar doente por causa que eu... que eu ficava vomitando, e tinha gosto na minha boca de vômito e eu ficava vomitando mais e mais e mais. (C9, 7 anos, 3º ano, feminino)

A Tabela 12 aponta os aspectos positivos mencionados pelas crianças.

Tabela 12 – Aspectos positivos da doença

Categorias	n	%
Nada	19	40,43
Faltar aula	5	10,64
Outros	5	10,64
Receber cuidados	5	10,64
Ficar em casa	3	6,38
Não fazer nada	3	6,38
Remédio	3	6,38
Assistir TV	2	4,26
Ficar deitado	2	4,26
Total	47	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras respostas que foram pouco mencionadas nas entrevistas.

Cerca de 40% (n=19) das respostas dadas mencionavam que estar doente não tinha aspectos positivos. No entanto, 10,64% (n=5) disseram que não ir para aula era um aspecto positivo da doença. Outras 10,64% (n=5) das respostas apontavam para os cuidados recebidos como pontos positivos. Vejamos os relatos a seguir:

Ah, ter faltado aula. Ah, minha mãe fazia um monte de coisa para mim que ela não fazia antes. Comprava doce pra mim... (C1, 9 anos, 5º ano, feminino)

Ah, eu acho bom pra... pra não ficar vindo muito na escola, né!? Que às vezes eu... eu tô meio cansado. (C17, 10 anos, 5º ano, masculino)

Ah, bom é que eu não pude fazer nada. Assim, eu fiz nada... [...] Aí, minha irmã, vai pra cá, leva louça pra lá, limpa o fogão, faz comida, faz sei lá o quê, faz sei lá o quê... foi legal, divertido, aí, eu ria, mesmo tossindo, espirrando. Aí, teve uma hora que tava comendo farofa, aí eu fui rir e espirrar ao mesmo tempo, minha irmã fazia palhaçada, voou farofa pra tudo que é lado. Aí, o sofá teve que limpar. Foi bom que eu não limpei nada. [...] Aí, minha mãe colocou tudo nas costas da minha irmã, pra ela fazer tudo. (C19, 10 anos, 4º ano, feminino)

Conforme descrito por Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996), além dos aspectos negativos, as crianças consideram aspectos positivos nas enfermidades, como a possibilidade de assistir televisão ou vídeos, ganhar doces e brinquedos, receber visitas e atenção. As crianças que participaram desse estudo também mencionaram aspectos positivos, confirmado os dados dos outros autores. Para elas, a representação social de doença estava relacionada também a ganhos, além dos aspectos negativos. Aspectos do cotidiano relativos à vivência no cotidiano com as famílias e formadores das representações sociais (VALA, 2004), aparecem nesse ponto de forma importante, constituindo fator de grande relevância na análise dos dados.

5.2.10. Relatos sobre prevenção

A última pergunta da entrevista tratava sobre aspectos relacionados à prevenção. Foi questionado às crianças se elas achavam que podiam fazer alguma coisa para não ficarem doentes. A maior parte das crianças, 84,85% ($n=28$), acreditava que podia adotar medidas de prevenção em relação às doenças. Apenas 9,09% ($n=3$) disseram que não podiam fazer nada para evitar doenças, e 6,06% ($n=2$) não souberam responder. Podemos observar que, apesar do grande percentual de crianças que apresentam conhecimentos sobre possibilidades de prevenção, um percentual elevado (9,09%) acreditava que não podiam ter nenhum tipo de controle sobre sua saúde, apresentando inaptidão para definir aspectos de prevenção. Estes dados merecem atenção, pois indicam que uma parcela das crianças entrevistadas não apresenta qualquer tipo de comportamento preventivo, uma vez que não acredita que o surgimento de determinadas doenças pode ser impedido por medidas preventivas.

Nesse ponto, pode-se retomar os dados referentes às representações sociais de saúde, que indicavam que as crianças relacionavam saúde à ausência de sintomas ou doenças físicas. Partindo disso, a adoção de medidas de prevenção

parece desnecessária, uma vez que se não apresentam sintomas consideram-se saudáveis e sem necessidade de adotar cuidados com sua saúde. Nesse mesmo sentido, as representações sociais de saúde e doença estão relacionadas à possibilidade ou não de realizar determinadas tarefas, o que nos indica que enquanto as pessoas estiverem realizando essas atividades, pensam não necessitar de cuidados com relação a sua saúde. Notam-se elementos relacionados a crenças e valores como constituintes dessas representações sociais (JODELET, 2001).

Entre as crianças que relataram acreditar que podem adotar métodos de prevenção de doenças, cerca de 12% ($n=12$) das respostas relatadas mencionaram a prevenção de modo geral, e tais respostas foram agrupadas na categoria Se cuidar. A Tabela 13 apresenta os percentuais referentes a cada resposta. A categoria Outros inclui respostas como não brincar na terra e praticar esportes, pouco mencionadas.

Tabela 13 – O que fazer para não ficar doente?

Categorias	n	%
Se cuidar	12	12,50
Ter boa alimentação	9	9,38
Não beber ou fumar	7	7,29
Restrição de atividades	7	7,29
Tomar remédios corretamente	7	7,29
Outros	6	6,25
Não souberam responder ou acreditavam que não podiam fazer nada para evitar doenças	5	5,21
Cuidar dos reservatórios de água	5	5,21
Não ficar exposto ao frio	4	4,17
Não ficar na chuva	4	4,17
Não ficar perto de pessoas doentes	4	4,17
Não ingerir alimentos ou bebidas geladas	4	4,17
Ter bons hábitos de higiene	3	3,13
Ter cuidados com o meio ambiente	3	3,13
Cuidar do coração	2	2,08
Cuidar dos animais	2	2,08
Ir ao médico	2	2,08
Não andar descalço	2	2,08
Não ficar deitado o dia inteiro	2	2,08
Não ficar descoberto à noite	2	2,08
Obedecer aos pais	2	2,08
Ter cuidados com o sol	2	2,08
Total	96	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras respostas que foram pouco mencionadas nas entrevistas.

Ter boa alimentação foi apontado como fator para prevenção de doenças em 9,38% (n=9) das respostas. Não beber ou fumar, a restrição de atividades e tomar remédios corretamente são categorias mencionadas, cada uma, em 7,29% (n=7) das respostas. Entre as atividades descritas na categoria restrição de atividades, pode-se citar não ficar muito tempo assistindo televisão, não fazer bagunça e não subir em árvore. Outros aspectos mencionados foram cuidar dos reservatórios de água, não ficar exposto ao frio ou à chuva, não ficar perto de pessoas doentes, não ingerir alimentos ou bebidas geladas, ter bons hábitos de higiene, não andar descalço, obedecer aos pais e ter cuidados com o sol.

Abaixo estão as transcrições de algumas falas que demonstram os aspectos discutidos.

Ah, se cuidar. Se as pessoas *pará* de *fumá*, *pará* de *tomá* bebida alcoólica. Só também. É... *arrumá* também as coisas, *pará* as fábricas de soltar fumaça, os carros, que isso pode... nosso pulmão pode... *pegá* uma infecção no pulmão. Isso daí pode melhorar e muito. (C1, 9 anos, 5º ano, feminino)

Hum. Pra não ficar doente... só... não ficar muito no sereno. (C8, 7 anos, 3º ano, feminino)

Ahã. Nos cuidar. Não... não... não ficar brincando com água quando estiver frio. Não... não... deixa eu lembrar... não ficar descoberto à noite, pra não pegar dor de ouvido. Cuidar dos... cuidar caixas de água, reservatórios, pro mosquito da dengue, se não vai ficar com dengue... vai ficar dengoso. (C12, 8 anos, 3º ano, masculino)

Se alimentar bem, é... se cuidar bem, né!? Não ficar muito tempo no sol, né, que dá insolação. E passar sempre protetor solar quando você for no sol. Beber sempre... sempre vitamina, pra você estar sempre forte. (C22, 9 anos, 4º ano, masculino)

Ah, comendo... arroz, feijão, batata, batatinha, repolho, essas coisas que ajuda. (C32, 8 anos, 4º ano, feminino)

Schmidt e Fröhling (2000) também apontam para os cuidados com a alimentação, não beber ou fumar, de forma semelhante aos dados desta pesquisa. No entanto, cita também a prática de exercícios físicos como forma de prevenção de doenças. O hábito de praticar esportes é pouco mencionado pelos participantes desse estudo como meio para prevenir doenças.

Diferentemente do estudo de Perrin e Gerrity (1981), no qual as crianças apresentaram dificuldades para compreender o conceito de prevenção, as crianças desse estudo não apresentaram dificuldades em relatar diversas respostas referentes à prevenção. Programas de prevenção voltados para a infância devem levar em consideração as noções de prevenção que as próprias crianças apresentam, fazendo uso de tais conhecimentos de modo a alcançar os objetivos esperados para tais programas.

5.3. ANÁLISE DOS DESENHOS SOBRE SAÚDE E DOENÇA

Além da entrevista realizada com as crianças que participaram deste estudo, também foi solicitado que elas fizessem desenhos referentes à saúde e à doença. Será apresentada a seguir uma análise referente aos desenhos sobre saúde e doença produzidos pelas crianças. Duas crianças não puderam fazer os desenhos, pois estavam com o braço imobilizado devido a fraturas.

5.3.1. Saúde

As crianças que participaram do estudo produziram desenhos com o tema saúde. A Tabela 14 apresenta as categorias em que foram classificados os elementos dos desenhos realizados e o percentual para cada uma delas.

Tabela 14 – Representações sociais de saúde expressas por meio de desenhos

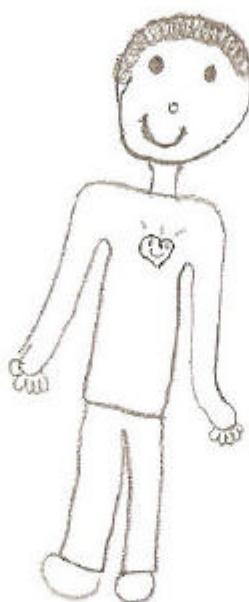
Categorias	n	%
Aspectos subjetivos	19	20,65
Elementos da natureza	17	18,48
Atividades	13	14,13
Saúde	5	5,43
Local	5	5,43
Alimentação adequada	5	5,43
Outros	4	4,35
Objetos em geral	4	4,35
Praticar esportes	3	3,26
Pessoas sem doenças ou sintomas	3	3,26
Cuidados com o meio ambiente	3	3,26
Água	3	3,26
Não desenhou	2	2,17
Cura	2	2,17
Coração saudável	2	2,17
Ambulância	2	2,17
Total	92	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras respostas que foram pouco mencionadas nas entrevistas.

Entre os temas mais desenhados por elas, 20,65% (n=19) dos elementos presentes nos desenhos estavam relacionados a aspectos subjetivos como felicidade, alegria, paz, amor, tranqüilidade, esperança e carinho. Esse resultado é bastante interessante e importante para entendermos que, não apenas os aspectos físicos podem determinar a saúde, na percepção das crianças, indicando a importância que os participantes dão aos aspectos subjetivos. Para as crianças deste estudo, a saúde inclui, antes de tudo, bem-estar psíquico e sentimentos positivos em relação a elas e aos outros. Estes dados confirmam os resultados obtidos nas entrevistas, quando as crianças demonstraram representações sociais de saúde relacionadas a aspectos subjetivos, como bons relacionamentos e sentimentos de paz. Trata-se de aspectos próprios do modelo psicossocial de atenção à saúde (SPINK, 2003), e indica um processo de ancoragem (VALA, 2004) na qual novos elementos tornam-se familiares e passam a expressar determinados temas.

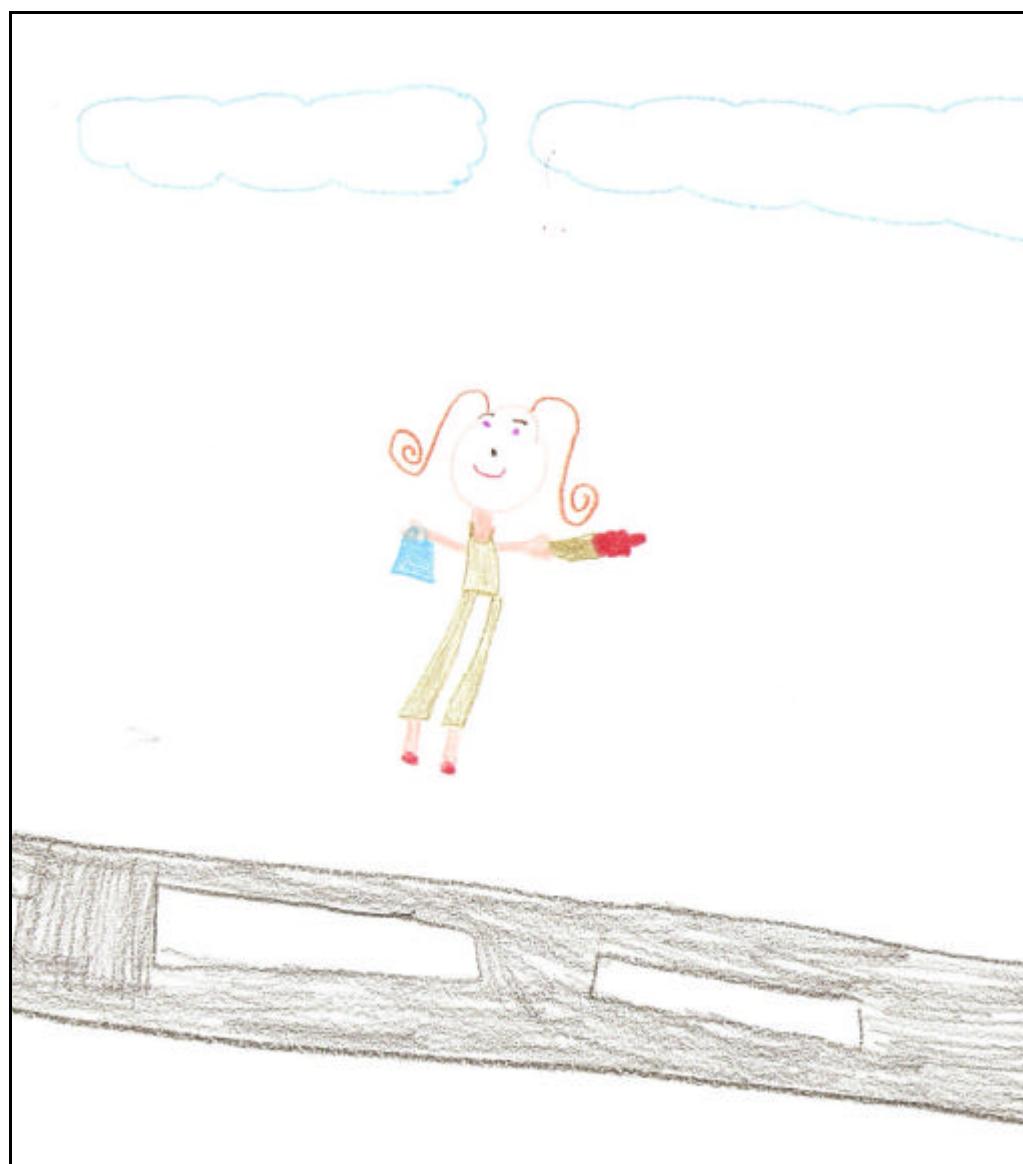
Tais aspectos são representados em dois desenhos produzidos pelas crianças C4 e C7 (Desenho 1 e 2). O primeiro desenho foi feito pela criança C4, uma menina de 9 anos, estudante do 5º ano do Ensino Fundamental. Segundo descrição da criança, o desenho apresenta uma pessoa de boa saúde, alegre, feliz e com o coração bom.

Desenho 1



O segundo desenho, da criança C7, uma menina que tem 8 anos e cursa o 3º ano, representa uma pessoa que está bem, passeando na rua, sorrindo, com um sorvete e sua bolsa. Nota-se que para estas crianças, a saúde pode ser representada por aspectos subjetivos, como a alegria, felicidade, um sorriso, e estes elementos aparecem relacionados à representação social de coração, como podemos notar no desenho elaborado pela criança, no qual o coração da pessoa é feito apresentando um rosto sorrindo.

Desenho 2



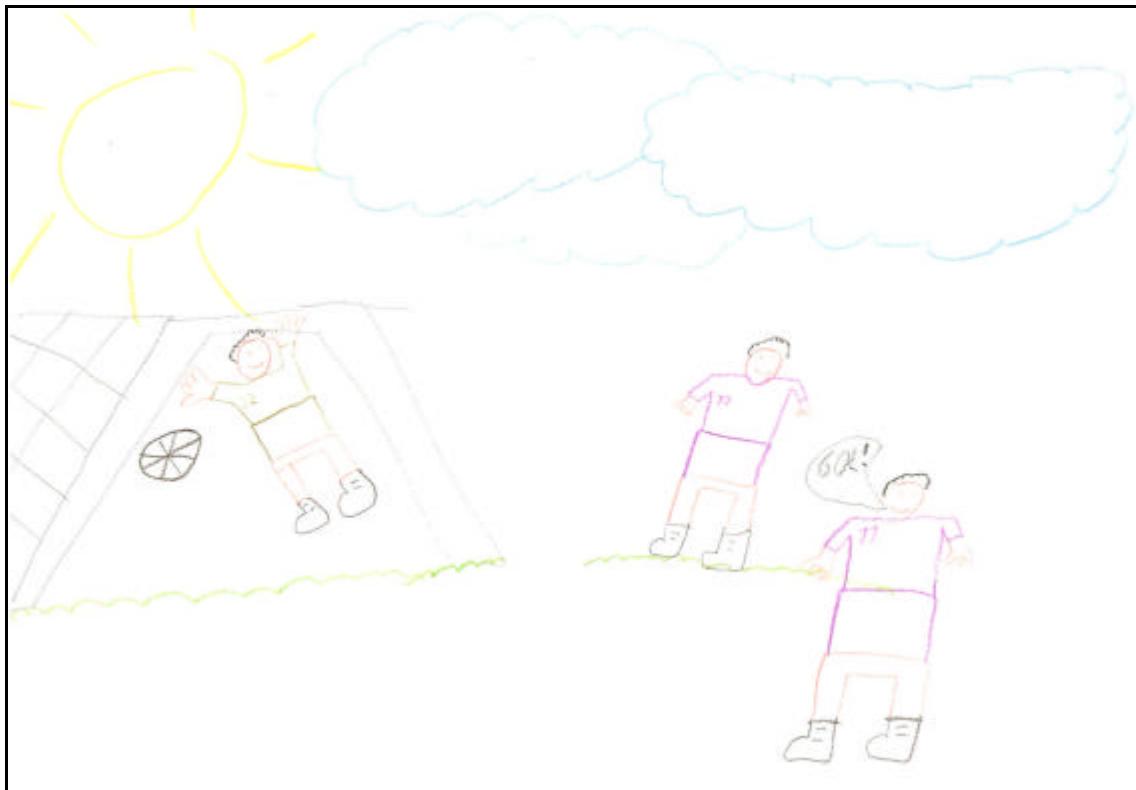
Os elementos da natureza também foram bastante utilizados nas imagens, com 18,48% (n=17). Entre eles, estavam árvores, flores e nuvens. O desenho da criança C32 (Desenho 3), uma menina de 8 anos de idade que cursa o 4º ano, nos mostra duas meninas, uma árvore com laranjas e três flores. A criança explica que este desenho sobre saúde foi feito com temas da natureza, e lembra que frutas, flores, terras e mares estão relacionados à saúde, em sua concepção. Talvez o grande percentual de desenhos com o tema natureza indique uma preocupação com as condições ambientais do planeta, o que seria um reflexo dos eventos da atualidade que incluem atenção ao aquecimento do planeta, desmatamento e extinção de animais e plantas, entre outros. Essa conclusão não pode ser afirmada apenas com esses dados, mas pode-se considerar o processo de ancoragem (VALA, 2004), no qual novos temas vão se tornando familiares e passam a constituir a representação social sobre determinado tema.

Desenho 3

A realização de atividades também foi bastante relacionada ao tema saúde nos desenhos produzidos, apresentando um percentual de 14,13% ($n=13$), e incluindo atividades como brincar, jogar bola, soltar pipa, pular corda e pular no pula-pula. O desenho produzido pela criança C9 (7 anos, 3º ano, feminino) apresenta uma menina brincando no pula-pula; a outra pessoa desenhada é um homem que está marcando o tempo que a menina pode permanecer no brinquedo (Desenho 4). Há uma relação com os dados obtidos nas entrevistas, nos quais a possibilidade de realizar tarefas estava diretamente ligada às representações sociais de saúde apresentadas pelas crianças entrevistadas.

Desenho 4

Já a criança C12 (8 anos, 3º ano, masculino) desenhou três meninos jogando futebol (Desenho 5). Segundo ele, a partida de futebol acontecia num dia lindo, com céu azul. Um dos meninos chutou a bola e marcou o gol, e o outro gritou “gol”. O goleiro não conseguiu defender. Os times adversários são Roxo contra Ouro. O jogo terminou com placar de 1 a 0, com vitória do time Roxo. A criança disse ainda que os meninos são sadios e estavam jogando bola na rua, em um campinho sem esgoto a céu aberto, “como o Lula disse na televisão” (sic). Nota-se que a representação social de saúde se apresenta de forma ampliada quando inclui aspectos referentes ao cuidado com o meio ambiente, o que está indicado quando a criança se refere à rede de esgoto.

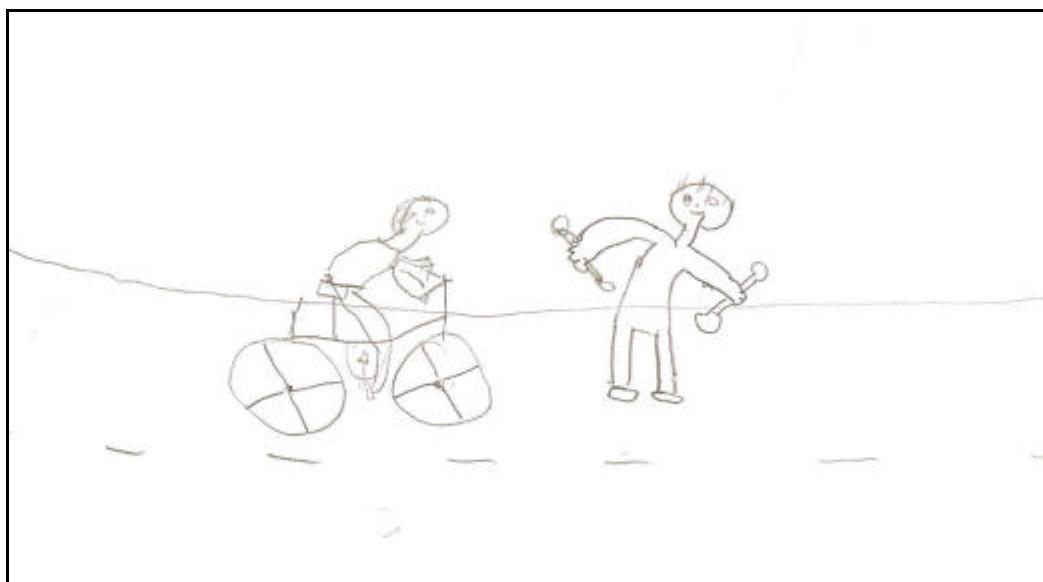
Desenho 5

No entanto, mais uma vez é possível notar uma relação entre saúde e a possibilidade de realizar tarefas, o que também aparece nos dados obtidos nas entrevistas. É importante perceber que se a saúde está relacionada à possibilidade de realizar atividades, a doença será então a impossibilidade dessa tarefa. Essas definições simplistas podem causar prejuízos no entendimento de determinadas doenças e na adoção de comportamentos de prevenção, uma vez que se pensarmos que só estamos doentes no momento em que nos vemos impedidos de realizar nossas atividades cotidianas, até então, não notamos necessidade em buscar atendimentos e adotar comportamentos preventivos. Esses aspectos estão relacionados com três pontos importantes das representações sociais: cognição, afeto e ação (LAPLANTINE, 2001). Esses três elementos nos permitem pensar sobre os cuidados com saúde dessas pessoas. Se o conhecimento que possuem sobre saúde a relaciona à possibilidade de realizar tarefas, e há uma valorização desse ponto, a ação voltada para prevenção será reduzida, uma vez que enquanto

puderem realizar tarefas consideram-se saudáveis e sem necessidade de adotar medidas de cuidado com a saúde.

Outro aspecto importante que aparece nas produções gráficas das crianças diz respeito à prática de esportes relacionada à percepção de saúde. Dois desenhos apresentam estes aspectos (Desenhos 6 e 7). A criança C3 (12 anos, 5º ano, masculino), elaborou um desenho que inclui uma pessoa fazendo ciclismo e outra fazendo ginástica na praça pública.

Desenho 6

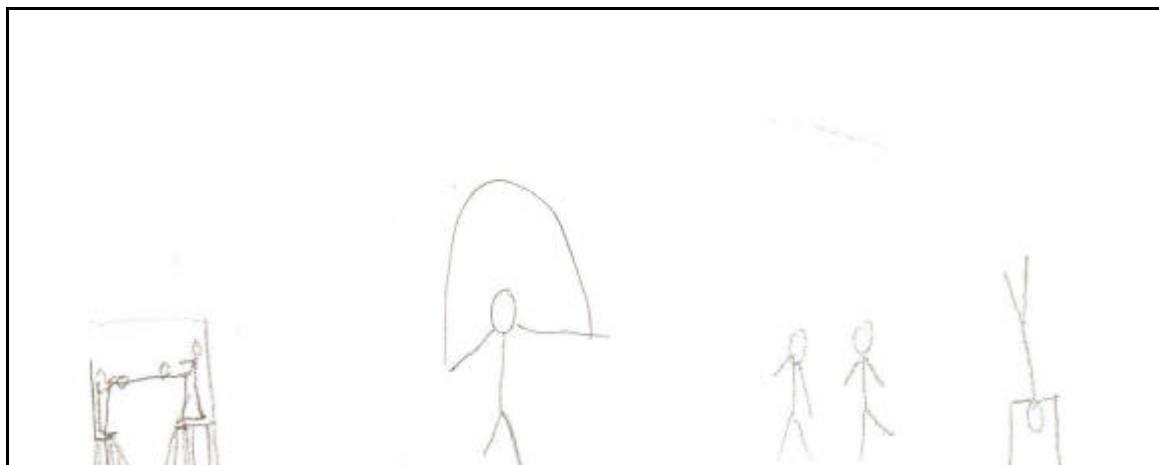


Já o desenho da criança C11 (10 anos, 5º ano, masculino) apresenta pessoas se alimentando e outras praticando esportes, como pular corda, correr e fazer “parada de mão”, conforme descrição da própria criança. Nota-se que a prática de esportes foi pouco mencionada pelas crianças durante as entrevistas, porém aparecem nos desenhos produzidos como aspecto diretamente relacionado à saúde. Vale ressaltar que o fato de que a prática de esportes, assim como outros temas, tenha sido pouco mencionada nas entrevistas, não indica que sejam menos importantes. Isso porque considera-se que uma representação social consiste em

uma interpretação de algo que se torna realidade para quem a adota, o que valoriza o conhecimento do senso comum (VALA, 2004).

Também pode-se observar sobre a importância e necessidade do uso de recursos adequados, como desenhos (BRAZELTON; SPARROW, 2003), para o desenvolvimento de pesquisas com crianças, pois por meio deles é possível que se expressem livremente e produzam uma riqueza de dados para análise.

Desenho 7

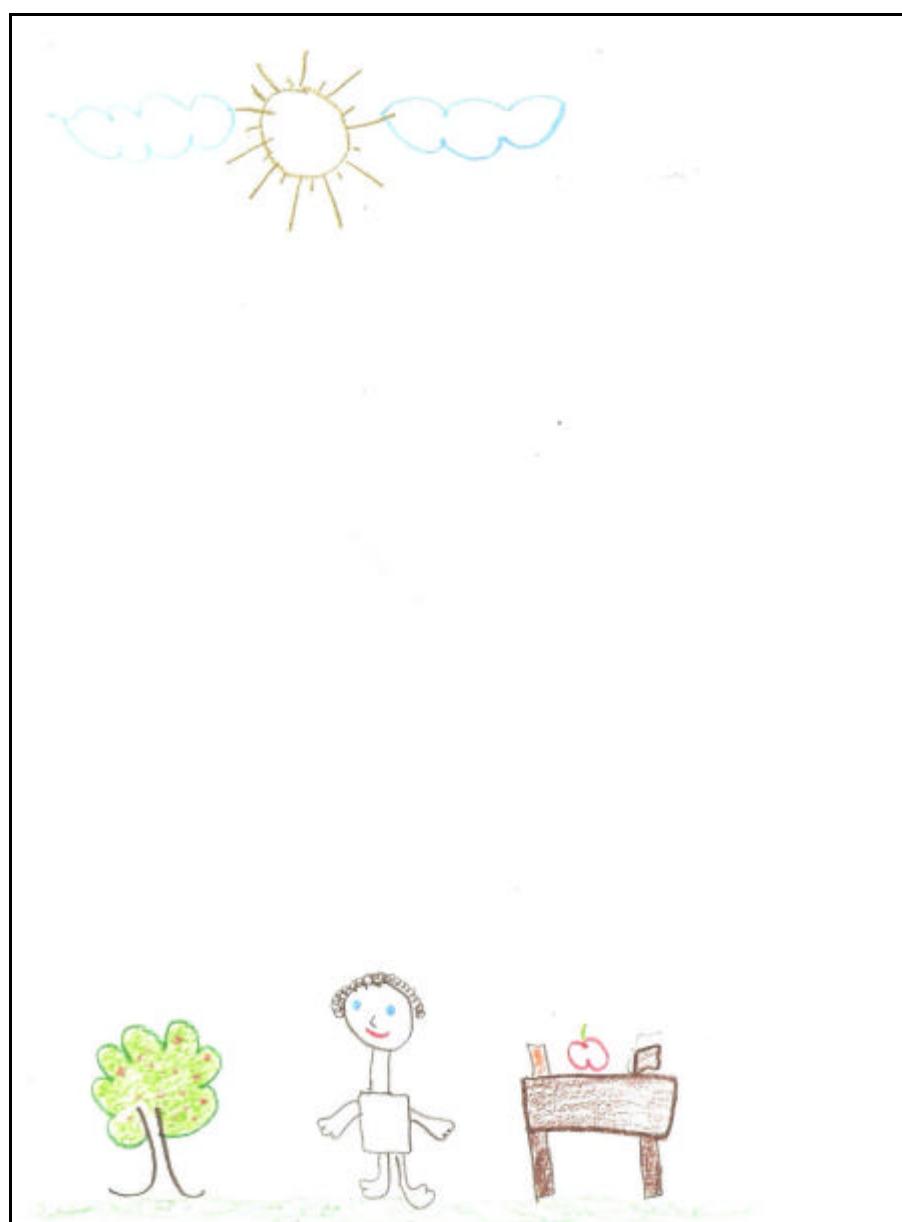


Ainda, em relação ao desenho da criança C3, nota-se a menção ao local em que se encontram estas pessoas, aspecto que também foi apresentando em 5,43% ($n=5$) dos desenhos. Podemos ressaltar a importância em relação à necessidade da população ao acesso a locais apropriados para realizar atividades físicas e, consequentemente, manter a saúde. Esses dados são de relevância para políticas de saúde, ao se elaborar projetos para construção de áreas de lazer e esporte, além de projetos que ofereçam orientação profissional para a prática de atividades físicas.

O desenho da criança C11 menciona, além das atividades físicas, os hábitos alimentares (Desenho 7). Este aspecto aparece em 5,43% ($n=5$) dos desenhos. O desenho da criança C2 (9 anos, 5º ano, feminino) apresenta um menino que, segundo a descrição da criança, não come coisas gordurosas, apenas

coisas que fazem bem, como pão, maçã e suco de laranja, cuja fruta ele retira da árvore plantada no quintal de sua casa. Nota-se uma representação social referente àque tipo de alimentos seriam mais indicados para se manter a saúde. A criança inclui frutas e pão, e deixa de lado alimentos gordurosos. Essas representações sociais podem orientar os comportamentos em relação aos hábitos alimentares adotados, uma vez que as representações sociais apresentam esta função, conforme Vala (2004).

Desenho 8



Schmidt e Fröhling (2000) observaram em sua pesquisa com crianças e adolescentes que a alimentação saudável e a prática de exercícios estavam entre as categorias de respostas mais importantes relacionadas à saúde. Neste estudo, esses dados aparecem na análise dos desenhos das crianças, porém são pouco mencionados nas entrevistas realizadas. Desta forma, complementam os dados fornecidos durante as entrevistas. É importante observar a necessidade de utilização de recursos adequados na pesquisa em representações sociais. Neste estudo, o uso de recursos gráficos foi essencial para que as crianças pudessem expressar sua compreensão sobre o tema.

Segundo Wagner (1995), a pesquisa com representações sociais pode ser feita com a utilização de uma amostra de várias pessoas, a partir da qual se avaliam aspectos individuais, buscando elementos comuns. Neste estudo, podemos notar o mesmo padrão de categorias que aparecem em relação à saúde nos dados obtidos nas entrevistas realizadas e nos desenhos elaborados, o que confirma a importância, para o grupo participante, dos aspectos subjetivos relacionados à saúde, além de aspectos como capacidade de realizar tarefas, prática de esportes e alimentação adequada.

5.3.2. Doença

Além dos desenhos sobre saúde, os participantes desta pesquisa também produziram desenhos sobre o tema doença. A Tabela 15 apresenta as categorias e percentuais dos relatos da questão sobre os sentidos de doença.

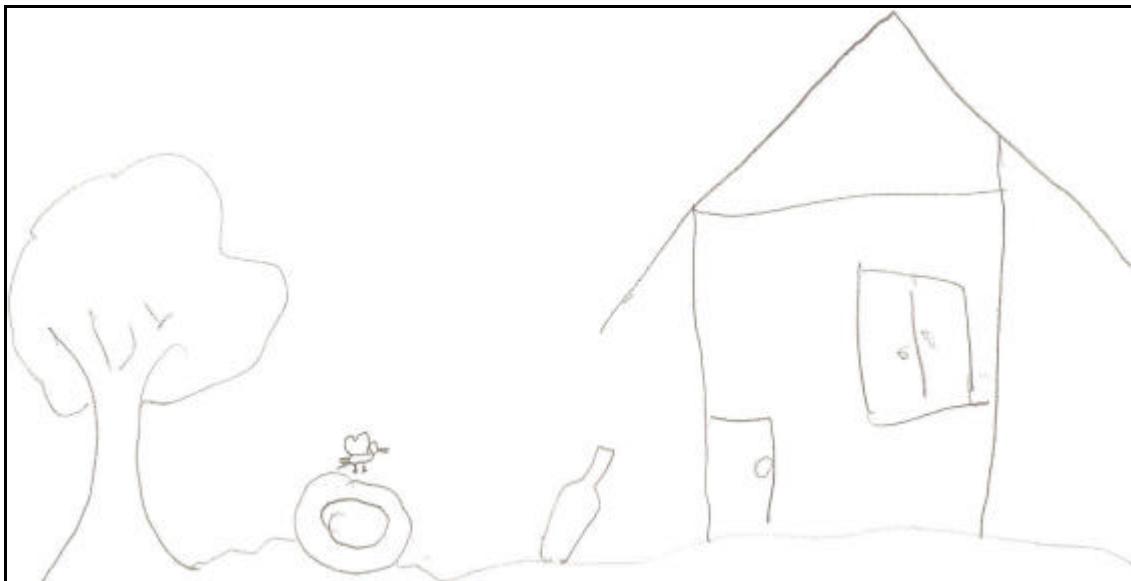
Tabela 15 – Representações sociais de doença expressas por meio de desenhos

Categoría	n	%
Outros	17	14,91
Dengue	16	14,04
Catapora	9	7,89
Aspectos subjetivos	8	7,02
Estar doente	8	7,02
Má alimentação	6	5,26
Sintomas	5	4,39
Uso de álcool, cigarro ou drogas	5	4,39
Febre	4	3,51
Ficar de cama	4	3,51
Gripe	4	3,51
Hospital	4	3,51
Restrição de atividades	4	3,51
Chuva	3	2,63
Tosse	3	2,63
Contágio	2	1,75
Dor de cabeça	2	1,75
Febre amarela	2	1,75
Não desenhou	2	1,75
Paralisia infantil	2	1,75
Vírose	2	1,75
Vômito	2	1,75
Total	114	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras respostas que foram pouco mencionadas nas entrevistas.

Entre os aspectos mais mencionados, 14,04% (n=16) estavam relacionados à dengue. As crianças fizeram em seus desenhos pessoas com dengue e os locais onde a água se acumula e o mosquito transmissor se desenvolve. O desenho da criança C3 (12 anos, 5º ano, masculino) apresenta os locais onde o mosquito da dengue se reproduz, como pneus e latas sem tampa (Desenho 9). Trata-se de um tema atual, devido à ocorrência de epidemia na cidade onde se desenvolveu a pesquisa, que aponta para a ocorrência de um processo de ancoragem, no qual aspectos não familiares se tornam familiares e passam a expressar uma realidade. Chegam a se constituir como categorias naturais, por meio de um processo de naturalização que é um dos responsáveis pela formação e organização de uma representação social (VALA, 2004).

Desenho 9



Além disso, esses dados podem estar de acordo com as afirmações de Papalia e Olds (2000), que apontam para o fato de que se as crianças receberem instruções podem adquirir conhecimentos e entendimento corretos sobre as doenças, o que ocorre pelo processo de ancoragem (VALA, 2004), como dito anteriormente.

Por outro lado, esses dados podem reforçar o que foi apontado por alguns autores (PAPALIA; OLDS, 2000; CORDAZZO, 2004), que as crianças apresentam maior conhecimento em relação às doenças com as quais estão mais familiarizadas, considerando-se a dengue uma doença bastante comum na região onde a pesquisa foi realizada, com alto índice de casos registrados. De qualquer modo, a grande ocorrência, na pesquisa, de desenhos relacionados à dengue, aponta para o fato de que as crianças mostram-se atentas às campanhas divulgadas na mídia, que facilitam o processo de ancoragem (VALA, 004), permitindo a incorporação de novos elementos à representação social.

Outras doenças que foram desenhadas pelas crianças foram catapora, em 7,89% (n=9), gripe, em 3,51% (n=4), febre amarela, paralisia infantil e virose, cada uma em 1,75% (n=2) dos desenhos. Além das doenças, as crianças também

fizeram desenhos referentes a sintomas, como febre, tosse, dor de cabeça e vômito. Os desenhos das crianças C7, C8, C9, C12 e C16 exemplificam tais pontos.

O desenho da criança C7 (8 anos, 3º ano, feminino) apresenta uma pessoa triste, chorando porque está doente (Desenho 10).

Desenho 10



Esta pessoa está com catapora e apresenta pintinhas vermelhas pelo corpo. Segundo a criança, a pessoa também está chorando porque não quer ir para o hospital, sendo que o desenho em marrom, do lado direito, é a rampa de entrada do hospital. Nota-se no desenho, além dos sintomas e da doença, menção a aspectos subjetivos, como tristeza, mesmo que descritos como decorrentes do estado de enfermidade. Os aspectos subjetivos aparecem em 7,02% (n=8) dos desenhos e apesar de ser a quarta categoria mais mencionada, percebe-se uma

diferenciação se considerarmos os desenhos sobre saúde, nos quais tais aspectos aparecem como a primeira categoria a ser mencionada. As crianças desta pesquisa fizeram maiores relações entre os aspectos subjetivos e a saúde, conforme as representações sociais que apresentam sobre o tema, em detrimento da doença, à qual relacionam aspectos físicos em maior percentual. Nota-se a existência de um processo de construção seletiva (VALA, 2004), onde alguns elementos são reduzidos ou acentuados, conforme o tema discutido. Talvez, a experiência concreta da doença esteja relacionada ao cotidiano da criança, no qual a saúde não é vivenciada de forma tão concreta quanto a doença.

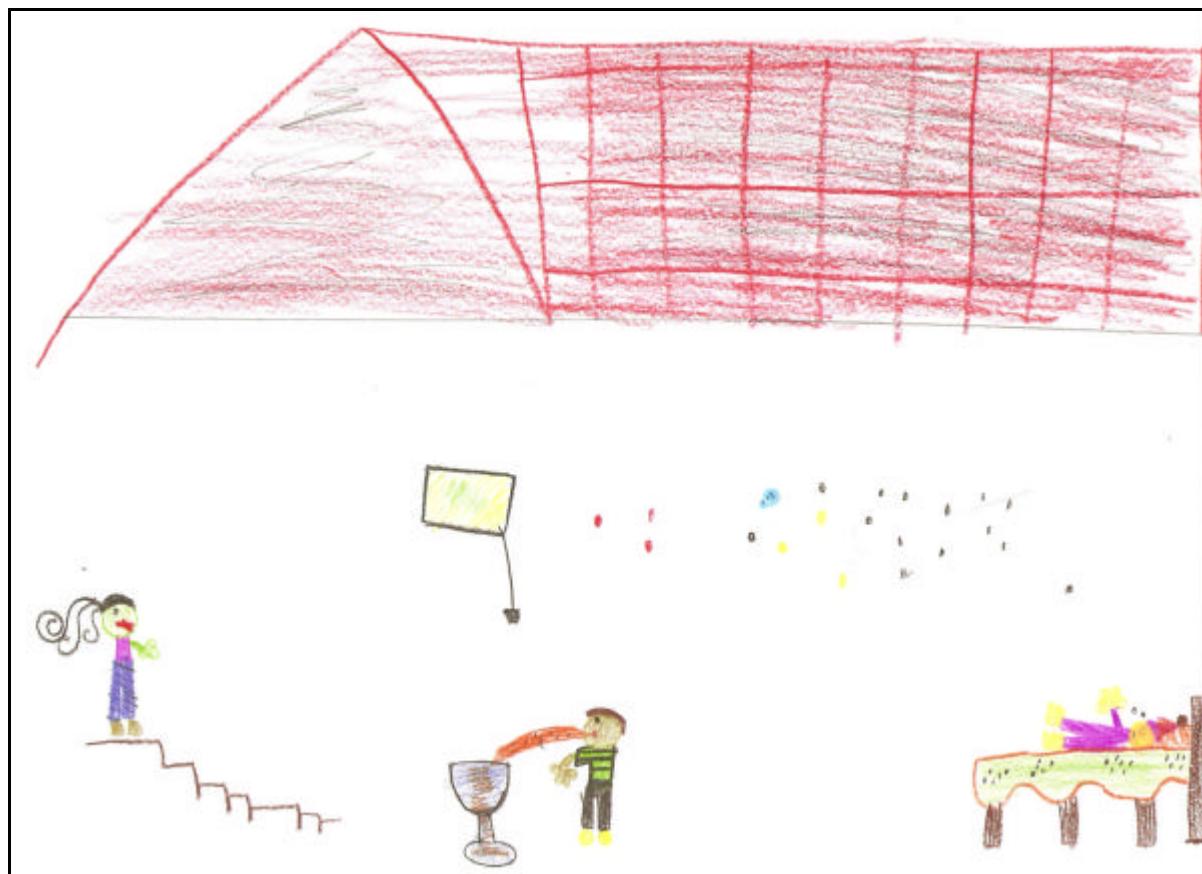
A criança C8 (7 anos, 3º ano, feminino) elaborou um desenho que continha tanto os aspectos relacionados à saúde quanto à doença (Desenho 11). Nota-se uma pessoa doente, sentada em uma cadeira, assistindo TV ou na cama, dormindo. Esta pessoa está com virose e apresenta dor de cabeça. Porém, a pessoa toma medicação e melhora, e então, pode pular corda, andar de bicicleta e comer maçã. A criança também desenhou as “doenças” e colocou seus nomes: virose, gripe, catapora e rubéola. As doenças são representadas por agentes de transmissão e, nesse caso, apontam para uma representação social de doença com características próprias do modelo biomédico, com caráter reducionista, priorizando a doença sobre a saúde (ENUMO, 2003), provavelmente, refletindo as informações do senso comum compartilhadas no seu cotidiano.

Desenho 11



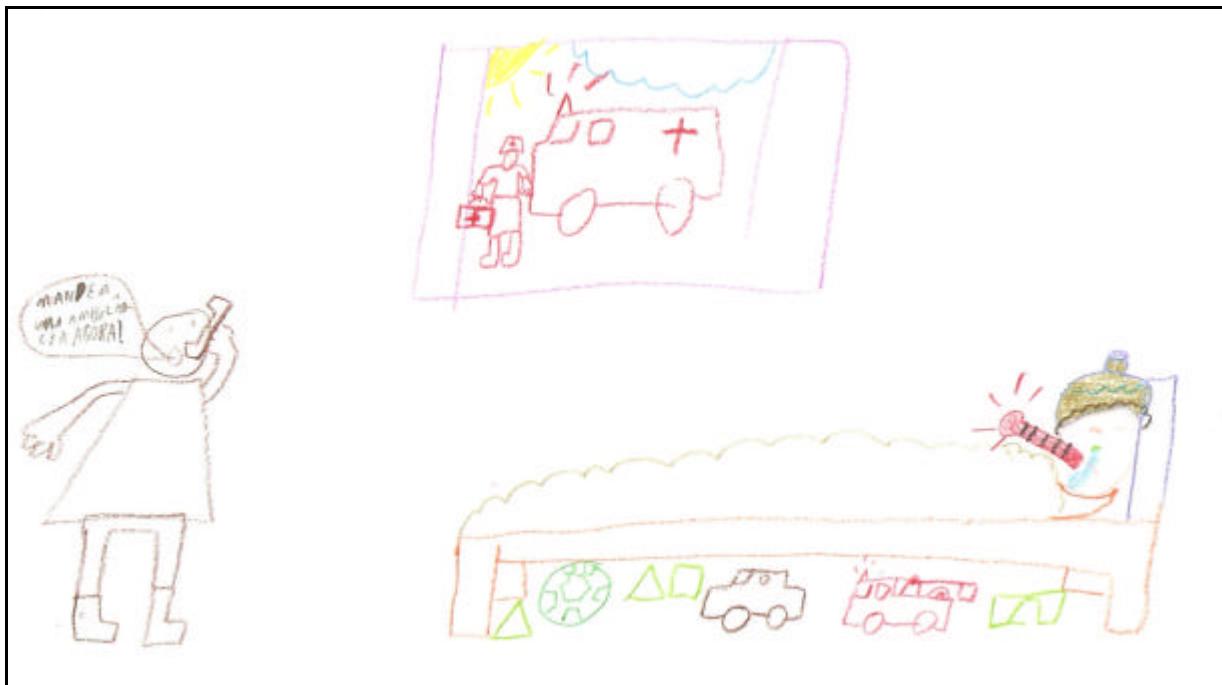
O desenho da criança C9 (7 anos, 3º ano, feminino) nos apresenta diversos elementos relacionados à doença (Desenho 12). A pessoa ao centro está pálida e está vomitando. É a pessoa mais grave, entre as três, podendo até morrer. A pessoa à esquerda também está pálida, além de apresentar dor de cabeça e tontura. Está com dengue hemorrágica. Já a pessoa à direita está com febre amarela e dores no corpo; precisa ir ao hospital, mas como não pode dirigir, chamou uma ambulância. Os pontinhos desenhados representam os vírus das doenças, que poluem o ar. Segundo a criança, o pontinho maior, de cor azul, é o mais perigoso e é transmissor da dengue. Os pontinhos pretos são vírus da gripe e fazem vomitar. Os amarelos são da febre amarela e os vermelhos fazem a pessoa ficar com tontura e cair. Há necessidade de maior observação e cuidado em relação às representações sociais sobre os meios de transmissão de algumas doenças, como por exemplo, a dengue, que não é transmitida por vírus que permanecem no ar.

Desenho 12



O desenho da criança C12 (8 anos, 3º anos, masculino) nos mostra um menino com uma termômetro na boca, indicando que sua temperatura já ultrapassou as medidas adequadas (Desenho 13). Segundo a criança, ele está com febre alta e seu nariz virou um “riacho” (sic) (está expelindo secreções). Ele usa uma bolsa de água para aliviar os sintomas da febre, enquanto sua mãe liga para ambulância vir pegá-lo. Aqui podemos observar a representação da figura materna como principal cuidadora, conforme os dados obtidos nas entrevistas.

Desenho 13



Já a criança C16 (7 anos, 3º ano, feminino) desenhou uma pessoa com catapora, que, segundo ela, era eu (Desenho 14). Escreveu no desenho as palavras catapora e virose, que representam as doenças que a criança queria mencionar.

Desenho 14

De acordo com autores como Schonfeld et al. (1993 apud PAPALIA; OLDS, 2000) e Cordazzo (2004), as crianças apresentam maior conhecimento em relação a doenças com as quais estão mais familiarizadas. Essa afirmação pode ser feita em relação aos dados encontrados nessa pesquisa, pois podemos observar que as crianças apresentaram em seus desenhos doenças e sintomas que não incluem doenças como AIDS, câncer, entre outras. Apenas mencionaram sintomas mais comuns, como febre, e doenças como catapora e dengue, que demonstram seu maior entendimento sobre tais doenças. Talvez isso ocorra porque as doenças com as quais as crianças estão mais familiarizadas passam a constituir as representações sociais de doença para elas, deixando de lado elementos que não são familiares, e que só se tornariam por meio de um processo de ancoragem (VALA, 2004).

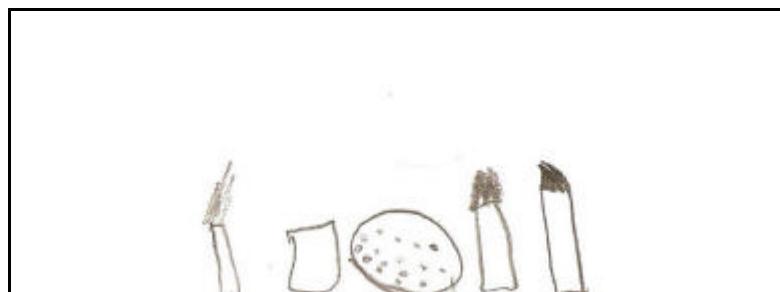
As crianças também produziram desenhos referentes à restrição de atividades e ficar de cama, que, juntas, correspondiam à 7,02% (n=8) das respostas. Nota-se que, assim como nas entrevistas, a doença está relacionada à impossibilidade de realizar tarefas ou à necessidade de permanecer em repouso. Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996) também apontam para a tendência das crianças em relacionar as doenças a aspectos funcionais, assim como os adultos também o fazem, como nos mostra Queiroz (1993). Duveen (1995) argumenta que as crianças internalizam as representações sociais de sua comunidade de forma gradativa, por meio da interação com os adultos, o que se pode notar nesses dados.

Aproximadamente 5% (n=6) dos desenhos apresentavam aspectos relacionados à má alimentação, como podemos notar no desenho da criança C2 (9 anos, 5º ano, feminino), onde vê-se um menino que só come coisas que não fazem bem, como sanduíche, batata-frita e outras coisas que fazem mal. Ele não bebe suco, apenas refrigerante e está acima do peso (Desenho 15).

Desenho 15

Em 4,39% (n=5) observou-se desenhos referentes ao uso de substâncias psicoativas, como álcool, cigarro e drogas. A criança C6 (9 anos, 3º anos, feminino) desenhou cigarro, bebidas alcoólicas como cachaça, e maconha, além de comidas estragadas e azedas (Desenho 16). Essas representações sociais de doença estão relacionadas aos dados obtidos nas entrevistas referentes à saúde, os quais apresentam o tema saúde associado a evitar hábitos como beber e fumar. Além disso, a saúde também foi relacionada a bons hábitos alimentares. Nota-se o uso de dicotomização para representar saúde e doença, o que consta em pesquisas de outros autores (VASKILAMPI, KALPIO; HALLIA, 1996).

Desenho 16



Outro desenho representa métodos alternativos no processo de cura e foi desenhado pela criança C14 (8 anos, 3º ano, feminino), e nos mostra uma criança com catapora e uma benzedeira com um galho de árvore para benzer o menino (Desenho 17).

Desenho 17

Nota-se a importância de considerarmos os aspectos informais na busca por uma estruturação nos recursos de saúde disponibilizados à população.

A seguir, será feita uma análise referente às representações sociais de saúde e doença em relação à idade das crianças participantes deste estudo.

5.4. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA E A IDADE DAS CRIANÇAS

Será apresentada nesta parte do trabalho uma análise dos dados referentes aos sentidos de saúde e doença dados pelas crianças, relacionando-os à idade das mesmas. A faixa etária da maior parte das crianças que participaram desse estudo é de oito anos, a qual inclui 45,45% das mesmas (n=15). Cerca de 27% (n=9) das crianças tinham nove anos, 12,12% (n=4) tinham sete anos, 9,09% (n=3) tinham 10 anos e apenas 6,06% (n=2) tinham 12 anos.

Conforme é possível notar na Tabela 16, referente aos sentidos de saúde, as crianças com oito anos de idade apresentaram maior número de respostas, 5,26% (n=5), relacionadas a aspectos físicos que as crianças com 12 anos de idade, 1,05% (n=1). Estes dados confirmam os dados de outros autores (SCHMIDT; FRÖHLING, 2000; WILLIAMS; BINNIE, 2002), que apontam para o conhecimento mais sofisticado das crianças mais velhas.

Tabela 16 – Representações sociais de saúde em relação à idade das crianças

Variáveis		Idade				
		7	8	9	10	12
Aspectos Físicos	n	0	5	3	0	1
	%	0	5,26	3,16	0	1,05
Aspectos subjetivos	n	3	5	5	3	1
	%	3,16	5,26	5,26	3,16	1,05
Descrições de saúde	n	0	4	0	1	0
	%	0	4,21	0	1,05	0
Sem sintomas ou tratamento	n	4	2	4	2	0
	%	4,21	2,11	4,21	2,11	0
Outros	n	1	7	0	1	0
	%	1,05	7,37	0	1,05	0
Realizar atividades	n	8	10	2	6	1
	%	8,42	10,53	2,11	6,32	1,05
Restrição de atividades	n	1	9	5	1	0
	%	1,05	9,47	5,26	1,05	0

Obs.: A categoria Outros agrupa outras respostas que foram pouco mencionadas nas entrevistas.

No entanto, pode haver um viés nesses dados, uma vez que não notamos um padrão regular de diferença entre as idades. As crianças de sete e dez anos não apresentaram respostas referentes aos aspectos físicos. Quanto aos aspectos subjetivos, estes foram mencionados em maior proporção pelas crianças de oito e nove anos, correspondendo a 5,26% (n=5) das respostas.

Já em relação aos sentidos de doença, também podemos notar uma diferença em relação à idade das crianças (Tabela 17). Os aspectos físicos foram relatados pelas crianças de oito anos de idade em 17,92% (n=19) das respostas. Já as crianças com 12 anos, apresentaram respostas referentes aos aspectos físicos em 2,83% (n=3) das respostas.

Tabela 17 – Representações sociais de doença em relação à idade das crianças

Variáveis		Idade				
		7	8	9	10	12
Aspectos Físicos	n	7	19	5	0	3
	%	6,60	17,92	4,72	0	2,83
Aspectos Subjetivos	n	2	0	5	1	1
	%	1,89	0	4,72	0,94	0,94
Descrições de Doença	n	1	3	4	1	0
	%	0,94	2,83	3,77	0,94	0
Local	n	0	1	1	0	0
	%	0	0,94	0,94	0	0
Medicação	n	0	5	1	0	0
	%	0	4,72	0,94	0	0
Não sabe	n	0	1	0	1	0
	%	0	0,94	0	0,94	0
Outros	n	1	2	0	0	0
	%	0,94	1,89	0	0	0
Profissional	n	1	1	2	0	0
	%	0,94	0,94	1,89	0	0
Realizar Atividades	n	0	3	0	0	0
	%	0	2,83	0	0	0
Restrição de Atividades	n	3	14	10	4	2
	%	2,83	13,21	9,43	3,77	1,89

Obs.: A categoria Outros agrupa outras respostas que foram pouco mencionadas nas entrevistas.

Segundo Perrin e Gerrity (1981), as crianças mais jovens, entre dois e sete anos de idade, apresentam pensamento baseado em aspectos empíricos, em detrimento de aspectos lógicos. Elas têm dificuldade para compreender mais de uma dimensão de um mesmo fenômeno, além de estarem apenas iniciando sua aptidão para usar símbolos e representações. Esses fatores justificariam o fato de que a representação social de saúde para criança com oito anos de idade estaria mais

relacionado a aspectos físicos, que tem caráter de concretude, como relatam ao falar, por exemplo, das pintinhas da catapora.

Da mesma forma, ao se aproximarem da adolescência, as crianças passam a ter maior compreensão sobre múltiplos fatores envolvidos no processo saúde-doença, conforme Papalia e Olds (2000) e Piaget (1926). A partir disso, podem perceber a saúde como um processo complexo que envolve também aspectos subjetivos, entre outros.

Esse mesmo padrão de dados aparece em relação à restrição de atividades, sendo que as crianças de oito anos apresentaram respostas referentes à essa categoria em 13,21% (n=14) das respostas e as crianças com 12 anos, em 1,89% (n=2).

Schmidt e Fröhling (2000) apontam para a necessidade de se considerar as diferenças encontradas entre os relatos das crianças em diferentes idades, em programas de educação em saúde, uma vez que há um aumento na probabilidade de fracasso desses programas se tal aspecto não for considerado. Isso se deve pelo fato de que a existência de diferenças em relação aos sentidos de saúde e doença entre as idades exige que programas de educação sejam bastante específicos para que obtenham graus satisfatórios de funcionalidade.

No estudo de Williams e Binnie (2002), as crianças mais velhas apresentaram conhecimento mais aprimorado em relação às menores. As autoras sugerem que as intervenções educacionais devem fornecer informações específicas para cada idade, alcançando assim, resultados positivos em relação à adoção de hábitos saudáveis.

Os diferentes estágios do desenvolvimento cognitivo, propostos por Piaget (1926), apontam para necessidades específicas quando se trata de programas voltados para a promoção e prevenção da saúde das crianças. As representações sociais das crianças em diferentes idades sobre saúde e doença devem ser consideradas, de forma que o “modo de conhecer” do doente seja valorizado e implique no sucesso de projetos sociais de saúde (ENUMO, 2003).

VI CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crianças apresentam papel de destaque frente às políticas de saúde. A abordagem desta faixa etária permite que a estruturação de hábitos saudáveis se dê logo cedo na vida de uma pessoa, maximizando as oportunidades dela vir a ser um adulto apto a manter tais costumes. O estudo das representações sociais de saúde e doença para crianças é imprescindível na estruturação de programas de prevenção em saúde para tal população. O modo pelo qual as crianças dão sentido à saúde e à doença pode ser diferente da maneira como os adultos o fazem, o que torna imprescindível a realização de pesquisas específicas.

Esse trabalho pretendeu compreender as representações sociais de saúde e doença para crianças, buscando maior entendimento acerca de aspectos tais como as formas com as quais as crianças descrevem a saúde e a doença, as formas de contágio, o processo de cura e os meios de prevenção. Tais dados são considerados importantes no planejamento de estratégias de prevenção e adoção de hábitos saudáveis para a vida das pessoas.

Os resultados obtidos permitem observar que as crianças vivenciam o processo saúde-doença a partir de aspectos próprios, que podem ou não ser reflexo das representações sociais dos adultos. As crianças fizeram uso de aspectos subjetivos para dar sentido à saúde. Nota-se que as crianças podem utilizar-se de outros meios para definir saúde, além dos aspectos físicos. Elas abordam a saúde a partir de definições que envolvem sentimentos positivos e bons relacionamentos. Tal abordagem pode refletir uma mudança na adoção de modelos de entendimento do processo saúde-doença e nas representações sociais referentes a este tema. O uso de aspectos subjetivos é característico do Modelo Biopsicossocial, que vai além das definições biológicas e fisiológicas das doenças. No entanto, observou-se que ao definirem doença, as crianças utilizaram-se de aspectos físicos, mais do que subjetivos, o que pode nos alertar para a falta de atenção que se costuma dar aos aspectos subjetivos como característicos também de enfermidades merecedoras de cuidados.

Além dos aspectos negativos, como a restrição das atividades rotineiras, o que também é encontrado em pesquisas com populações adultas e pode refletir uma incorporação de representações sociais do contexto em que estão inseridas, as crianças podem encontrar diversos aspectos positivos na enfermidade. Entre eles,

podem-se citar os cuidados que recebem e a atenção despendida para com elas no momento da enfermidade, como foi possível observar nos resultados encontrados nessa pesquisa. As crianças apontaram para os cuidados e atenção recebidos pelos pais, a possibilidade de não precisar ir para escola, ficar em casa e assistir TV, entre outras coisas, como aspectos positivos de estar doente.

Em relação às formas de contágio, observou-se que as crianças podem apresentar entendimentos adequados para alguns tipos de doenças, com as quais se mostram mais familiarizadas. Porém, tais conhecimentos não podem ser estendidos a alguns tipos de doenças, como a AIDS, que não são transmitidas, por exemplo, apenas a partir da presença de pessoas que convivem com o agente transmissor da doença. Nota-se a necessidade de orientação em relação às formas de transmissão de algumas doenças, o que pode ser desenvolvido como temas transversais nas disciplinas desenvolvidas na própria escola.

Um aspecto bastante positivo observado nos resultados desta pesquisa diz respeito às formas de prevenção mencionadas pelas crianças em seus discursos. Elas souberam apresentar diversos comportamentos que auxiliam na prevenção de doenças, como manter hábitos alimentares saudáveis e não fazer uso de substâncias que causam dependência química, como álcool e drogas.

Quanto às diferenças de idade entre as crianças, pode-se observar que as crianças mais velhas forneciam respostas que continham maior relação com os aspectos subjetivos, quando definiam saúde e doença. As crianças mais jovens definiam doença, de modo geral, mais em termos físicos, mencionando sintomas e alterações fisiológicas. Deve-se considerar as observações de autores que apontam para o fato de que mesmo as crianças mais jovens podem incrementar seus conhecimentos a respeito das doenças se receberem instruções adequadas, formando novas representações sociais por meio do processo de ancoragem.

Estas informações são importantes para os profissionais da saúde, assim como para profissionais de outras áreas, pois podem se perceber despreparados para atender crianças. A partir desses entendimentos, pode-se estabelecer trabalhos voltados para a infância que permitam que as crianças desenvolvam suas capacidades para tornarem-se atores sociais ativos no cuidado com sua saúde.

Além disso, serve para reflexão até mesmo de profissionais que lidam apenas com outras fases do desenvolvimento, mas que devem notar em suas atuações a importância de trabalhos que sejam desenvolvidos com as pessoas desde cedo.

A pesquisa com crianças pode se mostrar recompensadora e instigante. Nesse estudo, as crianças que participaram das entrevistas apresentavam-se interessadas e dispostas a colaborar, proporcionando participações caracterizadas pela simplicidade e clareza próprias da infância. Esta simplicidade não deve ser entendida como pobreza, pois a riqueza dos dados fornecidos é facilmente observada, tanto nos relatos das crianças, quanto nos desenhos produzidos por elas. Nota-se que os desenhos mostraram-se como meios imprescindíveis para o trabalho com representações sociais com crianças, porque foi por meio deles que sua subjetividade pode ser expressa com maior naturalidade e riqueza de elementos.

É possível presumir que a elaboração de programas de prevenção voltados à infância alcançaria resultados satisfatórios, uma vez que as crianças em idade escolar, como as que participaram deste estudo, demonstram-se ávidas por novos conhecimentos e interessadas em contribuir para a adoção de novos hábitos de saúde.

Sugere-se a realização de outras pesquisas na área, utilizando um maior número de participantes, de modo que seja possível alcançar resultados mais extensos. As intervenções educacionais devem basear-se em estudos como esse que podem servir como norte para a realização de diversos programas de prevenção na área da saúde.

REFERÊNCIAS

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina.** Bauru/SP: EDUSC, 2001.

ARANTES, M. H. **A construção da identidade de crianças pantaneiras.** Campo Grande/MS, 2007. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco, 2007.

AYRES, J. R. C. M.; JÚNIOR, I. F.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

BANKS, E. Concepts of health and sickness of preschool and school-aged children. **Children's Health Care**, Florida, v.19, n.1, p.43-48, winter, 1990. Obtido em: search.epnet.com. Acesso em: 10 julho 2006.

BEE, H. **O ciclo vital.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BEGHINI, A. B. et al. Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p.637-644, out/dez, 2006. Obtido em: www.scielo.br. Acesso em: 03 novembro 2006.

BORUCHOVITCH, E.; MEDNICK, B. R. Causal attributions in brazilian children's reasoning about health and illness. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p.484-490, out, 2000. Obtido em: www.scielo.br. Acesso em: 06 novembro 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196/1996.** Obtido em: conselho.saude.gov.br. Acesso em: 06 outubro 2005.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8080/1990.** Obtido em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 27 novembro 2008.

BRAZELTON, T. B.; SPARROW, J. D. **Três a seis anos:** momentos decisivos do desenvolvimento infantil. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CALIL, R. C. C.; ARRUDA, S. L. S. Reflexões sobre o método qualitativo em ciências humanas. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Orgs.) **Método qualitativo: epistemologia, complementaridades e campo de aplicação**. São Paulo: Votor, 2004. p. 93-104.

CAMPBELL, J. D. Illness is a point of view: the development of children's concepts of illness. **Child Development**, Miami, v.46, p.92-100, 1975. Obtido em: search.epnet.com. Acesso em: 10 julho 2006.

CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, n.2, Rio de Janeiro, p.499-506, abr/jun, 2000. Obtido em: www.scielo.br. Acesso em: 16 novembro 2005.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução n. 016/2000**. Obtido em: www.pol.org.br. Acesso em: 06 outubro 2005.

CORDAZZO, S. T. D. Concepções sobre a aids em crianças. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.16, n.3, p.91-96, set/dez, 2004.

DARRAULT-HARRIS, I.; GRUBITS, S. **Psicossemiótica na construção da identidade infantil**: um estudo da produção artística de crianças Guarani/Kaiowá. São Paulo: Casa do Psicólogo; Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco, 2000.

DURKHEIM, É. **Sociologia e filosofia**. Rio de Janeiro/São Paulo: Forense, 1970.

DUVEEN, G. Crianças enquanto atores sociais: as representações sociais em desenvolvimento. In: GUARESCHI, P. A.; JEVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 8 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1995. p.261-293.

ENUMO, S. R. F. Pesquisas sobre psicologia e saúde: uma proposta de análise. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, Â. N. (Orgs.) **Psicologia e saúde**: um campo em construção. SP: Casa do Psicólogo, 2003, p.11-31.

ERIKSON, E. H. **O ciclo de vida completo**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

FORTES, S.; BAPTISTA, C. M. A. Família e somatização: entendendo suas interações. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. cap. 15, p.259-284.

FREUD, S. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: _____. **Obras Psicológicas Completas**. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. VII, p. 123-252.

GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baníwa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.273-284, mar/abr, 2001. Obtido em: www.scielo.br. Acesso em: 16 novembro 2005.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, set/out, 2002. Obtido em: www.scielo.br. Acesso em: 16 novembro 2005.

GRUBITS, S. A casa: cultura e sociedade na expressão do desenho infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.8, n. esp., p.97-105, 2003. Obtido em: www.scielo.br. Acesso em: 01 novembro 2008.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physys**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, suplemento, p.57-70, 2005.

IANNOTTI, R. J.; KAPOR, N. Children's perspectives on illness and medicines: Yugoslavia. In: BUSH, P. J. et al. (Editors) **Children, medicines and culture**. EUA: Pharmaceuticals Products Press (The Haworth Press), 1996. p.254-273.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.17-44.

LAPLANTINE, F. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.241-259.

LAUWE, M-J. C.; FEUERHAHN, N. A representação social na infância. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.281-299.

LEWIS, M.; VOLKMAR, F. **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MARTIN, V. B.; ANGELO, M. Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.5, p.45-54, dezembro, 1998. Obtido em: www.scielo.br. Acesso em: 06 novembro 2006.

MOREIRA, P. L.; DUPAS, G. Significado de saúde e de doença na percepção da criança. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.6, p.757-762, novembro-dezembro, 2003. Obtido em: www.scielo.br. Acesso em: 23 fevereiro 2007.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.45-66.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano**. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PERRIN, E. C.; GERRITY, S. There's a demon in your belly: children's understanding of illness. **Pediatrics**, Vermont, v.67, n.6, june, 1981. Obtido em: search.epnet.com. Acesso em: 10 julho 2006.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. **Problemas atuais de bioética.** 6 ed. SP: Loyola, 2002.

PESTANA, E.; PÁSCOA, A. **Dicionário breve de psicologia.** Lisboa: Presença, 1998.

PIAGET, J. **A representação do mundo na criança.** Rio de Janeiro: Record, 1926.

_____. **O nascimento da inteligência na criança.** 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

QUEIROZ, M. S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.272-282, jul/set, 1993. Obtido em: www.scielo.br. Acesso em: 16 novembro 2005.

RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. R.; DAVIS, C. **Psicologia do desenvolvimento:** a idade escolar e a adolescência. v.4. São Paulo: EPU, 1981-82.

ROSSETTI-FERREIRA, M. C.; RAMON, F.; SILVA, A. P. S. Políticas de atendimento à criança pequena nos países em desenvolvimento. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, n.115, p.65-100, mar, 2002.

SAMICO, I. et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.5, n.2, Recife, p.229-240, abr/jun, 2005. Obtido em: www.scielo.br. Acesso em: 19 novembro 2005.

SCHMIDT, L. R.; FRÖHLING, H. Lay concepts of health and illness from a developmental perspective. **Psychology and Health**, Sheffield, v.15, p.229-238, 2000. Obtido em: search.epnet.com. Acesso em: 10 julho 2006.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social:** trajetória da saúde pública. São Paulo: SENAC, 2002.

SEBASTIANI, R. W. Histórico e evolução da psicologia da saúde numa perspectiva latino-americana. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.) **Psicologia da saúde**: um novo significado para a prática clínica. SP: Guazzelli, 2000, p.201-222.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.5, São Paulo, p.538-542, out, 1997. Obtido em: www.scielo.br. Acesso em: 19 novembro 2005.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.3, Rio de Janeiro, p.349-363, jul/set, 1993. Obtido em: www.scielo.br. Acesso em: 16 novembro 2005.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.) **Textos em representações sociais**. 8 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1995. p.117-145.

_____. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.300-308, jul/set, 1993.

_____. **Psicologia social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003.

STROEBE, W.; STROEBE, M. S. **Psicología social e salud**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

TEIXEIRA, M. C. T. V.; SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de saúde. **Estudos de Psicologia Natal**, Natal, v.7, n.2, p.351-359, jul/dez, 2002. Obtido em: www.scielo.br. Acesso em: 16 novembro 2005.

TORRES, W. C. O conceito de morte em crianças portadoras de doenças crônicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.18, n.2, p. 221-229, mai-ago, 2002. Obtido em: www.scielo.br. Acesso em: 06 novembro 2006.

UNICEF. **Situação mundial da infância 2004**. Obtido em: www.unicef.org/brazil. Acesso em: 19 novembro 2005.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Coord.) **Psicologia social**. 6 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004. p.457-502.

VASKILAMPI, T.; KALPIO, P.; HALLIA, O. From catching a cold to eating junk food: conceptualization of illness among Finnish children. In: BUSH, P. J. et al. (Editors) **Children, medicines and culture**. EUA: Pharmaceuticals Products Press (The Haworth Press), 1996. p.295-318.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.) **Textos em representações sociais**. 8 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1995. p.149-186.

WILLIAMS, J. M.; BINNIE, L. M. Children's concepts of illness: an intervention to improve knowledge. **British Journal of Health Psychology**, London, v.7, p.129-147, 2002. Obtido em: search.epnet.com. Acesso em: 10 julho 2006.

WIRSING, R. L.; TRAKAS, D. J. Cross-cultural comparative research: a discourse on using qualitative and quantitative methodologies. In: BUSH, P. J. et al. (Editors) **Children, medicines and culture**. EUA: Pharmaceuticals Products Press (The Haworth Press), 1996. p.9-29.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2005**. Obtido em: www3.who.int/statistics. Acesso em: 19 novembro 2005.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro de Entrevista

Idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade: _____

1. Da última vez em que você ficou doente, como você sabia que estava doente?
2. O que você sentiu?
3. Por que você acha que ficou doente?
4. Você ficou internado em um hospital? Você sabe por que foi para o hospital?
O que você acha que acontece com as pessoas que vão ao hospital?
5. Como você ficou bom?
6. Quem cuidou de você quando você ficou doente?
7. Você tomou remédios? Para que você tomou remédios?
8. O que você achou ruim quando ficou doente?
9. O que você achou bom quando ficou doente?
10. Para você, o que é estar com saúde?
11. Para você, o que é estar doente?
12. Você acha que pode fazer alguma coisa para não ficar doente?

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaria de contar com sua colaboração para a realização da presente pesquisa '**Representação Social de Saúde e Doença para Crianças de Campo Grande/MS**', que consiste em analisar o conhecimento de crianças entre seis e 12 anos sobre os sentidos de saúde e doença. Se concordar, seu(a) filho(a) participará de uma entrevista individual e será solicitado a elaborar dois desenhos sobre a saúde e a doença. A entrevista será gravada em cassete. Os resultados da pesquisa serão divulgados em revistas científicas e congressos de forma agregada.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Esteja seguro(a) da completa confidencialidade dos dados. Para manter o anonimato, não será incluído o nome da criança na entrevista e nos desenhos. A participação é voluntária e a recusa não envolve qualquer penalidade. Você e a criança poderão desistir de participar a qualquer momento.

Havendo alguma questão, sinta-se à vontade para me procurar e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

Camila Bellini Colussi, mestrandanda do Mestrado em Psicologia, (67) 3361-6589 / 9906-6221.

Angela Elizabeth Lapa Coêlho, orientadora do Mestrado em Psicologia, (67) 3312-3585.

Comitê de Ética em Pesquisa – UCDB, (67) 3312-3800.

Agradeço sua colaboração.

Camila Bellini Colussi

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos. Concordo voluntariamente em permitir a participação de meu(a) filho(a) nesta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízo.

Eu li as informações e autorizo meu(a) filho(a) a participar da pesquisa.

Data: _____

Nome da criança: _____

Nome do pai/mãe ou responsável: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

RG: _____

Assinatura do pai/mãe ou responsável: _____

ANEXOS

Anexo 1 - Declaração de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco



Missão Salesiana de Mato Grosso
Universidade Católica Dom Bosco
Instituição Salesiana de Educação Superior

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de direito, que o projeto “As Representações Sociais de Saúde e Doença para Crianças de Campo Grande/MS” protocolo sob o nº. 036/2007A, de responsabilidade de Camila Bellini Colussi, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Católica Dom Bosco CEP/UCDB e encaminhamento para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/CONEP, foi considerado aprovado sem restrições.

Campo Grande, 20 de Julho de 2007.

Adir Casaro Nascimento
Adir Casaro Nascimento
Presidente do CEP, em exercício

Av. Tenente Rêgo 6080 - Jardim Sereinário - Campo Grande / MS - CEP 79117-500 - (67) 312-3300 / 312-3800 - www.ucdb.br