CLÁUDIA MEDEIROS SZUKALA

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, DOENÇA E DENGUE PARA ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2010

CLÁUDIA MEDEIROS SZUKALA

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, DOENÇA E DENGUE PARA ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL

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 a orientação do Profa. Dra. Angela Elizabeth Lapa Coêlho.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2010

Ficha Catalográfica

Szukala, Cláudia Medeiros
S998r Representação social de saúde, doença e dengue para alunos do ensino fundamental / Cláudia Medeiros Szukala; orientação, Angela Elizabeth Lapa Coêlho. 2010
102 f. + anexo

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo. Grande, 2010.

1. Saúde – Aspectos psicológicos 2. Psicologia da saúde 3. Dengue – Doença I. Coelho, Angela Elizabeth Lapa II. Título

CDD - 616.08

A dissertação apresentada por CLÁUDIA MEDEIROS SZUKALA, intitulada "REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, DOENÇA E DENGUE PARA ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL", 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
(orientadora/UCDB)

Profa. Dra. Alexandra Ayach Anache (UFMS)

Profa. Dra. Anita Guazzeli Bernardes (UCDB)

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire (UCDB)

Campo Grande, MS, / /2010.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força ao longo da caminhada.

Aos meus pais, por uma vida inteira de apoio e carinho, por me ajudarem a viabilizar o sonho de pesquisar.

À minha orientadora, Profa. Dra. Angela Elizabeth Lapa Coêlho, pela atenção, paciência e dedicação. Por me ensinar a amar a pesquisa científica.

Às Profa. Dra. Alexandra Ayach Anache, Profa. Dra. Anita Guazzeli Bernardes e Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire, por terem aceitado compor a banca examinadora, dedicando seu tempo e atenção à conclusão final desta dissertação.

À Escola Estadual "Professor Silvio Oliveira dos Santos", às diretoras Jane e Elizabete e aos professores, pelo acolhimento que recebi ao longo do desenvolvimento desta pesquisa.

Às crianças e adolescentes que participaram desta pesquisa, e com toda simplicidade enriqueceram este estudo, e a seus pais, por permitirem sua participação e depositarem sua confiança nesse trabalho.

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

— A gente só conhece bem as coisas que cativou, disse a raposa. O homem não tem tempo de conhecer coisa alguma. Compram tudo prontinho nas lojas. Mas como não existem lojas de amigos, os homens não têm mais amigos. Se tu queres uma amiga cativa-me! Os homens esqueceram a verdade, disse a raposa.

E continuou: — Mas tu não deves esquecer. Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.

Antoine de Saint-Exupèry,
O Pequeno Princípe (1943).

RESUMO

A dengue é uma doença transmitida pelo mosquito *Aedes Aegypti* infectado. Os locais propícios para a proliferação do vetor são ambientes quentes e úmidos. Os sintomas são febre com início súbito, forte dor de cabeça, nos olhos e articulações, manchas vermelhas na pele, náusea e vômito, podendo evoluir para um quadro de sangramento pelo nariz, boca e gengiva, além de hemorragia interna, que pode levar a pessoa a óbito. A prevenção é a melhor forma de evitar a doença e deve ser feita por meio do cuidado da população e do governo com os locais propícios à proliferação do mosquito. A Teoria das Representações Sociais foi utilizada como referencial teórico/metodológico neste estudo por acreditar-se que no campo da saúde essa teoria ajuda a entender que determinadas concepções criam maiores ou menores condições de vulnerabilidade e de risco. O objetivo desta pesquisa foi identificar as representações sociais sobre saúde, doença e dengue de crianças e adolescentes que estudavam em uma escola pública na cidade de Campo Grande, MS, escolhida por localizar-se no bairro Aero Rancho, que, em 2007 e 2008, foi considerado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande o bairro da cidade com o maior número de casos notificados de dengue. Crianças e adolescentes foram escolhidos para esta pesquisa por estarem em uma época da vida propícia à aquisição de hábitos que tendem a ser levados para a vida adulta e velhice. Foram entrevistados 23 crianças e adolescentes, sendo 11 com idade entre cinco e seis anos e 12, entre 14 e 16 anos. A entrevista incluiu questões referentes ao que eles entendiam por saúde, doença, dengue, como fazer para se prevenir da dengue e o que acontece com as pessoas que são infectadas. Também foi elaborado um desenho que representava o que elas entendiam por dengue. Os resultados mostraram que, na representação de saúde, prevalece o modelo biomédico, no qual saúde é ausência de doenças, e houve diferença quando comparada a visão das crianças com a dos adolescentes. Já a doença foi representada pela maioria por meio de aspectos físicos ou de estar com alguma doença. A dengue foi representada como uma doença e muitas crianças a associaram com a gripe suína. Em relação à prevenção, a maioria dos participantes relatou concepções de prevenção de acordo com as veiculadas pelo Ministério da Saúde e agentes comunitários de saúde, e algumas crianças relataram a prevenção da dengue misturada com concepções importantes na prevenção da gripe suína. Quanto ao que acontece com quem pega a dengue, os resultados mostraram que as crianças e adolescentes conhecem bem os sintomas da dengue, sendo mais relatado o sintoma de dor no corpo, seguido da dor de cabeça. Os desenhos confirmaram os relatos das entrevistas e neles não ocorreu associação da gripe suína com a dengue. Sugerem-se mais pesquisas nessa área, pois os programas de educação em saúde devem basear-se em estudos sobre as concepções de saúde e doença da população para que sejam eficazes e transformem crianças e adolescentes em atores sociais participativos na área da saúde.

Palavras-chave: Representação social. Saúde. Doença. Dengue.

ABSTRACT

Dengue is a disease transmitted by the infected *Aedes aegypti* mosquito. The appropriate sites to the spread of the vector are hot and humid environments. The symptoms are fever with sudden onset, severe headache, pain in the eyes and joints, red spots on the skin, nausea and vomiting. It can evolve into bleeding from the nose, mouth and gums, and internal bleeding, which can lead one to death. Prevention is the best way to avoid the disease and it should be done through the care of people by eliminating the mosquito´s breeding sites. The Theory of Social Representation was used as a theoretical / methodological reference in this study because it is believed that in the field of health, this theory helps to understand certain concepts that create greater or lesser conditions of vulnerability and risk. The objective of this research was to identify the social representations of health, illness and dengue in children and adolescents studying in a public school in the city of Campo Grande, MS. The school was chosen because it is located in the neighborhood Aerorancho. The Municipal Health Department of Campo Grande considered this district as the one with the largest number of reported cases of dengue in the year of 2007 and 2008. Children and adolescents were chosen because this is a good time in life for acquiring habits that will be taken to adult life and old age. 23 children and adolescents were interviewed, including 11 with ages between five and six years old, and 12 with ages ranging from 14 to 16 years old. The interview included questions related to what they understood by health, disease, and dengue, how to prevent dengue and what happens to those who were infected. They were also asked to draw an image representing what they understood by dengue. The results showed that the representation of health is mainly viewed according to the biomedical model, in which health is the absence of disease, and there was a difference when comparing the views of young children and adolescents. Illness was represented by most of them through physical aspects or to be with a disease. Dengue was represented as a disease and many children associated it with the swine flu. Regarding prevention, the majority of the participants reported concepts according to the ones used by the Ministry of Health and Community Health Agents. Some children reported dengue prevention strategies mixed with important concepts in the prevention of the swine flu. According to what happens to those who caught dengue, the results showed that children and adolescents are well aware of the symptoms of dengue. The most reported symptom was pain in the body, followed by headache. The drawings confirmed the responses from the interviews and there was no confusion between swine flu and dengue in them. It is suggested further research in this area, because the programs of health education should be based on studies in order to be effective and turn children and adolescents into active social actors in the health field.

Key-words: Social representation. Health. Illness. Dengue.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Categorias referentes aos relatos sobre saúde 52

QUADRO 2 - Categorias referentes aos relatos sobre doença 58

QUADRO 3 - Categorias referentes às representações sociais da dengue 62

QUADRO 4 - A dengue expressa por meio de desenhos 63

QUADRO 5 - Categorias referentes a relatos sobre o que as pessoas têm de fazer para não pegar a dengue 74

QUADRO 6 - Categorias referentes aos relatos sobre o que acontece com quem pega a dengue 82

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 14

- 2.1 REFLEXÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA 15
  - 2.1.1 O modelo biomédico e biopsicossocial 15
  - 2.1.2 O processo saúde e doença 17
  - 2.1.3 Psicologia da Saúde 21
- 2.2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS 23
  - 2.2.1 Representações sociais de saúde e doença 26
  - 2.2.2 Saúde e doença para as crianças e adolescentes 29
- 2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DENGUE 35

3 OBJETIVOS 41

- 3.1 OBJETIVO GERAL 42
- 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 42

4 MÉTODO 43

- 4.1 LOCAL DA PESQUISA 45
- 4.2 PARTICIPANTES 45
- 4.3 INTRUMENTO 45
  - 4.3.1 Entrevista 45
  - 4.3.2 Desenho 46
- 4.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS 47
- 4.5 ANÁLISE DOS DADOS 48

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 49

- 5.1 PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES 50
- 5.2 ANÁLISE DOS RELATOS DAS CRIANÇAS 51
  - 5.2.1 As representações sociais da doença 58
  - 5.2.2 As representações sociais da dengue 62

5.2.3 Em relação à prevenção da dengue 74
5.2.4 O que acontece com quem pega a dengue? 82
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 87
REFERÊNCIAS 92
APÊNDICES 98
ANEXO 101

1 INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença que já se tornou epidemia em Campo Grande, tendo uma alta taxa de mortalidade e gerando um custo financeiro elevado para o poder público com a compra de remédios, exames laboratoriais e atendimento a pessoas infectadas pelo mosquito *Aedes aegypti*. A prevenção é de extrema importância, pois é a população e o poder público que devem buscar eliminar todos os lugares que podem vir a ser foco do mosquito. O poder público tem trabalhado com campanhas informativas, porém muitas pessoas ainda são infectadas pelo mosquito, mostrando que as informações não têm chegado a todos os moradores da cidade, ou que, mesmo com informação, estes ainda não mudaram os seus hábitos. Além das campanhas e da coleta de lixo, o poder público deve também garantir que a população tenha um bom sistema de saneamento básico, bem como sejam adequadamente prepardaos os agentes comunitários de saúde, que são profissionais que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população. Outro fator primordial é o monitoramento das ações de prevenção para que promovam hábitos saudáveis que favoreçam o controle da dengue.

O interesse desta pesquisadora em ingressar no Programa de Mestrado em Psicologia com o tema *Representação Social de Saúde, Doença e Dengue para Alunos do Ensino Fundamental* foi despertado por meio de observações do cotidiano em relação a temáticas relacionadas à saúde, na sua prática como psicóloga e a partir de conversas com a orientadora desta pesquisa. O fato de observar o porquê de situações nas quais as pessoas sabiam sobre a doença, mas mesmo assim não tomavam providências ou não tinham condições para evitá-las, foi algo instigador para pesquisar a representação social de saúde, doença e dengue.

A escolha de crianças e adolescentes para serem os participantes da pesquisa se deu por acreditar que trabalhos de prevenção e promoção à saúde são muito eficazes na infância e adolescência, pois hábitos adquiridos nessa época geralmente são levados para a vida inteira, além de serem multiplicadores de ideias que aprendem na escola, em suas casas e na comunidade.

É com essa concepção que este trabalho busca compreender o que os alunos do ensino fundamental de uma escola pública localizada em uma comunidade com altos índices da doença entendem por dengue e os cuidados que devem ser tomados para evitar a proliferação do mosquito. Isso, por acreditar que o melhor entendimento da forma como esses alunos compreendem a dengue e a prevenção desta possibilitará identificar elementos que possam orientar a construção de ações coletivas e contribuir com uma maior adesão a propostas de prevenção.

Partindo dessa premissa, esta pesquisa foi desenvolvida sob o enfoque da Psicologia da Saúde. As crianças e adolescentes participantes dela são de uma escola no bairro Aero Rancho, na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, pois, de acordo com dados da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Campo Grande, esse foi o bairro com o maior índice de pessoas picadas pelo mosquito infectado nos anos de 2007 e 2008.

Para exposição deste trabalho, inicialmente apresenta-se uma revisão bibliográfica sobre temas relevantes ao estudo, como o processo saúde-doença, o modelo biomédico e biopsicossocial que são fundamentais para o entendimento da saúde nos dias atuais e algumas considerações sobre a Psicologia da Saúde.

Também se aborda o tema sobre as representações sociais, e sua pesquisa no campo da saúde. Em seguida, há algumas considerações sobre as representações sociais de saúde e doença na infância e adolescência. O último tema na fundamentação teórica é sobre a dengue, como ela ocorre e as formas de prevenção.

Logo após descrevem-se os objetivos gerais e específicos do estudo, capítulo este a que segue o método utilizado, os procedimentos, participantes, instrumentos, tratamento dos dados e aspectos éticos. Na última parte do trabalho, constam os resultados, a discussão dos temas pesquisados e as considerações finais sobre o estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Tem-se vivido uma epidemia de dengue na cidade de Campo Grande, o que tem contribuído para que muitas pessoas fiquem doentes e algumas até morram. O Mato Grosso do Sul esteve entre um dos estados com maior número de casos suspeitos de dengue no ano de 2009 (BRASIL, 2009). Lenzi e Coura (2004) consideram que combater a dengue tem sido um grande desafio para a saúde pública, e os programas de prevenção de doenças e promoção de saúde têm ajudado muito. Nesse sentido, é importante compreender o que as pessoas entendem por saúde e doença e como elas podem atuar em programas de prevenção da dengue.

2.1 REFLEXÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA

O mundo atual conta com um desenvolvimento científico e tecnológico, inimaginável até pouco tempo atrás. Este avanço, contudo, não conseguiu solucionar todos os problemas que a humanidade enfrenta. A manutenção da saúde ainda é um grande desafio para os profissionais da saúde e governantes (VILELA; MENDES, 2000).

Segundo Scliar (2007), a humanidade sempre lidou com a saúde e a doença, porém, até a Segunda Guerra Mundial não havia um conceito de saúde universalmente aceito. Havia, entretanto, a necessidade de conceituar saúde e realizar planejamento de ações em saúde, tanto individuais quanto coletivas, o que possibilitou a afirmação de Helman (2006) de que o processo de saúde e de doença se da a partir de perspectivas diferentes, mesmo que por pessoas da mesma origem social e cultural. Considerando-se essas abordagens, analisam-se dois modelos de entendimento do processo de saúde e de doença.

2.1.1 O modelo biomédico e biopsicossocial

De acordo com Stroebe e Stroebe (1995), o modelo biomédico tem sido o modelo dominante de doença durante muitos séculos. Esse modelo postula que cada doença tem uma causa biológica identificável, e os fatores comportamentais e as condições de vida não têm nenhuma influência nesse processo, não são incluídos na definição de um diagnóstico, e também na prevenção da doença e manutenção da saúde.

Nesse modelo, a saúde é vista como a ausência de doença, sintomas ou problemas, tanto a saúde como a doença são fenômenos observáveis e quantificáveis. A ênfase é dada na doença e nas partes do corpo, a pessoa não é vista como um todo, como um ser social (BORUCHOVITCH; MEDNICK, 2002).

Segundo Helman (2006, p. 110), "[...] O modelo da medicina moderna está orientado principalmente para a descoberta e a quantificação das informações psicoquímicas do paciente e não para fatores menos mesuráveis, como os sociais e os emocionais [...]". Não interessa o sentido da doença ou as percepções do usuário, o enfoque é reducionista e voltado apenas para determinada parte do corpo ou órgão.

Na visão de Capra (1982 apud VILELA; MENDES, 2000), o modelo vê o corpo como uma máquina, e a doença, como o mal-funcionamento das partes biológicas dessa máquina. Há uma divisão corpo-mente, sendo papel do médico intervir física ou bioquimicamente no conserto da máquina, não levando em consideração o usuário como ser humano.

O modelo desconsidera o fato de que várias doenças resultam da combinação de acontecimentos psicológicos, sociológicos e biológicos. Os médicos não consideram relevantes os fatores psicossociais, e fazem com que o modelo seja eficaz apenas para curar os sintomas de algumas doenças, e pouco ou nada oferecem no campo da prevenção de doenças (STROEBE; STROEBE, 1995).

Apesar de muitas críticas ao modelo biomédico, Vilela e Mendes (2000) afirmam que não se pode negar as realizações que esse modelo alcançou por ter evitado muitas mortes com os medicamentos e vacinas utilizadas no combate a doenças infecciosas, com o surgimento de drogas psicoativas, avanço na área da endocrinologia, descoberta de tipos sanguíneos e sofisticação tecnológica. As autoras relatam que apesar do modelo biológico não ser suficiente para atender as necessidades e suprir os problemas que são enfrentados no momento atual, esse modelo aliviou o sofrimento humano ao longo dos séculos, e que o movimento atual deve ser de soma, de ampliar a visão sobre saúde e doença.

De acordo com Mendes (1995 apud VILELA; MENDES, 2000), é necessária uma mudança na concepção do processo de saúde e doença, em que a concepção negativa de saúde passe para uma positiva, levando em consideração o campo psicossocial.

Segundo Spink (2003), a doença deve ser vista como um fenômeno psicossocial e histórico. A ênfase não deve vir apenas da ótica médica, e sim em conjunto com a do paciente para que este possa dar significado e sentido à sua doença.

A doença e a experiência que ela traz estão além da esfera médica por estarem presentes em todos os lugares da vida social. Os doentes com problemas crônicos não lidam apenas com os médicos, mas com uma variedade de pessoas disseminadas em todos os lugares da vida social (ADAM; HERZLICH, 2001).

Devido à visão do ser humano reduzido ao biológico no modelo biomédico e à necessidade de uma nova forma de enxergar a saúde e a doença, surge o modelo biopsicossocial. Stroebe e Stroebe (1995) argumentam que fatores biológicos, psicológicos e sociais são importantes para a saúde e a doença. Os diagnósticos e tratamentos devem ser pautados na ligação desses fatores.

Para Marcondes (2004), nesse novo modelo, a saúde e a doença não dependem apenas de aspectos físicos e genéticos, mas são também influenciados pelas relações sociais, alimentação, educação, trabalho, situação econômica, lazer, entre outros aspectos necessários para a qualidade de vida.

Helman (2006) afirma que, apesar das mudanças no conceito de saúde e doença, na prática ainda se encontra uma predominância de atenção e procura de fatores e evidências físicas de doenças e disfunções, a ênfase está no tratamento físico (drogas, cirurgias, etc.). Apesar de muitos estudos e esforços para a implantação do modelo biopsicossocial, na prática ainda impera o modelo biomédico.

Essas considerações sobre o modelo biomédico e biopsicossocial levam a reflexões a respeito do fenômeno saúde e doença, o qual passa a ser exposto.

2.1.2 O processo saúde e doença

De acordo com Scliar (2007, 2002), saúde e doença acompanham a espécie humana desde os primórdios. Dessa forma, o conceito de saúde e doença também modifica de acordo com a época, o lugar, a classe social, as concepções científicas, religiosas e filosóficas.

Segundo Sevalho (1993), as primeiras representações de saúde e doença foram mágicas, sendo a causa das doenças fontes externas, resultado de forças sobrenaturais contra as quais o ser humano comum não conseguia lutar. Os povos da antiga Mesopotâmia acreditavam que os demônios tomariam conta do corpo e fariam com que as pessoas ficassem doentes, sendo a única solução o exorcismo. Os povos indígenas até hoje acreditam que os xamãs têm poder de cura sobre as doenças porque conseguem expulsar os demônios.

Scliar (2007) relata que os xamãs eram feiticeiros tribais que expulsavam os maus espíritos que se apoderavam das pessoas e causavam doenças. Isso era feito com o objetivo de reintegrar o doente ao universo total, do qual ele faz parte, o que engloba o sol e a lua, ventos, respiração, pedras e ossos.

De acordo com Boruchovitch e Mednick (2002), o povo da Grécia antiga sempre atribuiu importância à saúde, e essas ideias impactaram a visão ocidental de saúde. Suas ideias iniciais sobre a saúde como uma responsabilidade divina e sobre a doença como um fenômeno sobrenatural foram substituídas pela percepção de que hábitos de vida influenciam a saúde.

No cenário da Grécia antiga, apareceu um importante personagem, que se tornou o pai da Medicina: Hipócrates de Cós (460-377 a.C.). Seus escritos trouxeram uma visão mais racional da Medicina, diferenciando-se da concepção mágico-religiosa que imperava antes. Ele trouxe a ideia da existência de quatro fluídos principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. A saúde consistia no equilíbrio desses quatro elementos (ADAM; HERZLICH, 2001).

No Oriente Médio, a concepção de saúde e doença fundamenta-se em forças vitais que existem no corpo. Quando funcionam de forma harmoniosa, há saúde; quando entram em desequilíbrio, gera doença. Esse é o pressuposto da acupuntura. Na Idade Média, o mundo ocidental viveu uma forte influência da Igreja Católica, fazendo com que as representações de saúde e doença tivessem um caráter religioso. A doença era vista como resultado do pecado, e a cura, como um ato de fé. Sentimentos de culpa, medo e moral passaram a participar das representações de doença para a sociedade (SCLIAR, 2007).

Ainda segundo o autor, a ciência continuava avançando, e Luis Pasteur (1822-1895), no final do século XIX, trouxe a concepção de microorganismos que causavam a doença, e, com a descoberta de fatores etiológicos até então desconhecidos, as doenças puderam ser prevenidas e curadas. Com todo esse avanço, foi possível começar a tirar a ênfase da doença e partir para a tentativa de novas concepções de saúde, porém não havia um conceito universalmente aceito do que é saúde. Foi só depois da Segunda Guerra Mundial que ocorreu a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e, consequentemente, a definição do conceito de saúde da Organização em abril de 1948 – "Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade [...]" (SCLIAR, 2007, p. 37).

Para Segre e Ferraz (1997), o conceito de saúde da OMS é irreal e está ultrapassado, pois a perfeita felicidade de um indivíduo dentro de uma sociedade é algo impossível. Porém os autores apontam a relevância do conceito quando ele foi então elaborado, considerando que o contexto social da época necessitava de conceito mais amplo.

A mudança na forma de se ver a pessoa reduzida ao biológico acontece no sentido de buscar um conceito de saúde mais amplo, no qual a pessoa não seja dividida entre físico, mental e social, uma vez que esses aspectos interagem. Conforme Heidmann et al. (2006), buscando atender a novas necessidades na área da saúde, os governantes de alguns países se juntaram para discuti-la e buscar soluções.

Assim, o movimento de promoção da saúde teve seu início no Canadá, em maio de 1974, com a divulgação do primeiro documento oficial voltado para a promoção da saúde – *Informe Lalonde*. O objetivo da confecção desse documento foi político, técnico e econômico para enfrentar o aumento dos gastos com a saúde. Apesar da evolução, o *Informe Lalonde* recebeu muita critica por ter um enfoque voltado para a mudança dos estilos de vida e da ação individual, negligenciando a participação do contexto político, econômico e social. Apesar de criticado, o Informe Lalonde influenciou políticas sanitárias de outros países, como Inglaterra e Estados Unidos, e serviu como base para a *Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata*, em 1978, na antiga União Soviética-URSS (HEIDMANN et al., 2006).

A Conferência de Alma-Ata declarou inaceitável a situação de saúde de milhões de pessoas e chegou à conclusão de que cabe aos governos a situação de saúde de seu povo. O objetivo da conferência era que todos tivessem saúde até o ano 2000. E para isso, os governos deveriam oferecer cuidados primários de saúde, tais como educação sobre saúde, alimentação adequada, abastecimento de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados com a saúde materno-infantil, prevenção e controle de doenças endêmicas e distribuição de medicamentos essenciais (VILELA; MENDES, 2000).

A OMS continuou seu esforço no sentido de atingir a meta de saúde para todas as pessoas, e foi durante a *I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, realizada em Ottawa, em novembro de 1986, que resultou a Carta de Ottawa. A carta continha estratégias de promoção à saúde tais como:

> 1) Implementação de políticas públicas saudáveis: a promoção de saúde inclui, além dos cuidados de saúde, outros determinantes como: renda, proteção ambiental, trabalho e agricultura [...].
>
> 2) Criação de ambientes favoráveis a saúde: propõe a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais como parte da estratégia de promoção a saúde [...].
>
> 3) Reorientação dos serviços de saúde: recomenda que a reorientação dos serviços de saúde deva voltar-se na direção de um enfoque na saúde e não na doença [...].
>
> 4) Reforçando a ação comunitária: implementação de ações e recursos existentes na comunidade e que possam intensificar a auto-ajuda e o apoio social necessários ao desenvolvimento da participação popular nos assuntos de saúde, [...].
>
> 5) Desenvolvimento de habilidades pessoais: capacitar as pessoas para "aprenderem através da vida" e se "prepararem para todos os estágios" é uma das estratégias prioritárias da nova promoção à saúde [...] (HEIDMANN et al., 2006, p. 354).

Segundo Vilela e Mendes (2000), outras conferências aconteceram depois da de Ottawa com o intuito de continuar a busca por soluções sobre a saúde da população, como a *Conferência de Adelaide* na Austrália em 1988, A *Conferência de Sundsvall* na Suécia, em 1991, e a *Conferência de Santa Fé de Bogotá*, realizada na Colômbia em 1992.

De acordo com Helman (2006), as definições de saúde e doença diferem entre as pessoas, famílias, grupos culturais e classes sociais. Heidmann et al. (2006) colocam que é importante que os profissionais de saúde e políticos sempre ampliem sua visão sobre saúde e promoção de saúde, estimulando a participação da população na elaboração de estratégias que visem melhorar suas condições de vida e saúde. É a busca pela integralidade.

Buscando atender às novas necessidades no campo da saúde, o Brasil, amparado por um conceito ampliado de saúde, instituiu em 1988, pela Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS). É considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo por atender a toda a população e garantir desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos. Oferece consultas, exames e internações, promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária. O SUS apoia-se em três princípios: universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2010a). Dentro desse contexto histórico e social, buscou-se, então, analisar a seguir como a Psicologia entrou no campo da saúde, suas reflexões e contribuições.

2.1.3 Psicologia da Saúde

Segundo Spink (2003), até recentemente, a atividade dos psicólogos vinha sendo exercida em consultórios particulares, com uma clientela de nível socioeconômico alto, uma atividade autônoma e não inserida no contexto dos serviços de saúde. Outros locais eram hospitais e ambulatórios de saúde mental no modelo médico de internação e medicação. Em São Paulo, no início da década de 1980, continuou o processo de mudança na forma como os psicólogos se inseriam nos serviços de saúde por meio da extensão dos seus serviços de saúde à rede básica. Isso fez com que a prática fosse repensada, e, assim, conduziu a uma forma mais organizada do campo da Psicologia da Saúde.

Sebastiani (2000) aponta que a América Latina esteve aberta à Psicologia da Saúde, e que esta surgiu em Cuba, no final da década de 1960, local onde foi fundada a primeira Sociedade de Psicologia da Saúde do mundo. É um campo que se desenvolveu para dar resposta a uma demanda sociossanitária.

Spink (2003) considera um marco importante no campo da Psicologia da Saúde a criação da Divisão de Psicologia da Saúde na American Psychological Society, em 1978, e a definição elaborada por Matarazzo (1980 apud SPINK, 2003, p. 63), até hoje, é amplamente aceita:

> [...] o conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as diferentes disciplinas psicológicas fazem à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento das enfermidades, à identificação dos correlatos etiológicos da saúde, da enfermidade e das disfunções a elas relacionadas, à melhoria do sistema sanitário e à formação de uma política sanitária.

Stroebe e Stroebe (1995) definiram a Psicologia da Saúde como um campo da Psicologia que se desenvolveu no final da década de 1970 devido ao reconhecimento de que o estilo de vida e o stress psicossocial contribuem para o aparecimento de doenças e a mortalidade, sendo o conhecimento da Psicologia relevante para a manutenção da saúde, prevenção e adaptação à doença.

Boruchovitch e Mednick (2002) acreditam que a Psicologia da Saúde é um campo emergente que ajuda aos profissionais aumentar sua compreensão sobre a saúde, sobre a pessoa como um todo e considerar a cultura na promoção da saúde. Também apontam a importância das emoções nos comportamentos em saúde e a ajuda que o campo pode dar na adesão a tratamentos e no favorecimento de estilos de vida mais saudáveis.

De acordo com Vilela e Mendes (2000), o pensamento humano e a forma como as pessoas veem o mundo evoluíram, e assim também a forma de ver a saúde e a doença. O desenvolvimento científico e tecnológico que a humanidade conquistou trouxe muito progresso, porém não pode resolver todos os problemas de saúde e doença que a humanidade enfrenta atualmente.

Segundo Spink (2003), a Psicologia da Saúde vem como resposta à necessidade de novas formas de atuação, de refletir sobre como entender a pessoa como um todo, seu contexto social, e encontra algumas dificuldades. A primeira foi o modelo de ensino da Psicologia que apresentava forte ênfase na aplicação clínica na área da saúde mental e ausência de temáticas relacionadas à saúde pública. A segunda era a predominância do modelo médico e a falta de teorias psicológicas para o estudo do processo saúde e doença. E a terceira era desvincular o indivíduo do seu contexto histórico e social.

Helman (2006) discute a importância da cultura no entendimento do processo de saúde/doença e coloca ser impossível entender como as pessoas reagem à doença, à morte, como se formam a organização social da saúde e a doença, sem compreender um pouco o contexto econômico e a forma como elas enxergam e interpretam o mundo, ou seja, sua cultura.

Segundo Boruchovitch e Mednick (2002), além de promover uma visão de saúde e doença que não se encaixe no modelo biomédico, a Psicologia da Saúde ainda tem grandes desafios, tais como promover uma visão da pessoa como um todo que vivencia o processo de saúde e doença dentro de uma sociedade e de um sistema político. Uma das estratégias da Psicologia da Saúde é voltar-se para o campo das Representações Sociais.

2.2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

De acordo com Moscovici (2003), as pessoas vivem em um mundo social cercadas por palavras, imagens, musicas e ideias que entram em suas mentes atingindo-as individual e coletivamente mesmo que não se perceba isso. Nas ruas, bares, hospitais, escolas, escritórios, etc. elas comentam, conversam, formulam ideias que têm um forte impacto na forma de viverem suas vidas, criarem seus filhos, planejarem o futuro, etc.

Segundo Vala (2004), os indivíduos e os grupos pensam e constroem significados novos para a realidade social, não são meros receptores de informações. Dentro dessa concepção, ele situa a teoria das Representações Sociais do romeno Serge Moscovici. Na década de 1950, um grande debate acerca da Psicanálise mobilizou Paris. Intelectuais e estudantes universitários falavam intensamente sobre o assunto, jornais e revistas não especializadas publicavam vários artigos sobre a Psicanálise, ou seja, ela estava circulando entre diferentes grupos sociais. A problemática que Moscovici quis estudar foi como a pessoa se apropria de uma teoria científica, como se constrói um mundo significante.

De acordo com Jodelet (2001), o estudo de Moscovici foi relatado na obra *A Psicanálise, sua Imagem e seu Público* (1961), na qual o autor abordou a transformação de um saber (científico) em um outro (senso comum) e vice-versa. Nesse estudo, ele utilizou a teoria das Representações Sociais, entendendo-a como o estudo dos sistemas de interpretação que regulam nossa relação com o mundo e com os outros, além de orientar e organizar as nossas condutas e comunicações com o mundo.

Vala (2004) coloca que o conceito de Representação Social é atualmente muito importante dentro da Psicologia Social e que suas raízes confundem-se com as do conceito de Representações Coletivas de Émile Durkheim (1858-1917), para quem estas são produções sociais que se impõem aos indivíduos, são produções estáticas.

Para Moscovici (2003), o conceito de Durkheim vê as Representações Coletivas como formas de explicar as situações, porém são concepções estáticas, irredutíveis. Já as Representações Sociais se diferenciam do conceito da Sociologia por terem a finalidade de entender a sociedade, o mundo político e científico atual, ou seja, como se forma o conhecimento nesse contexto atual, no senso comum, qual o lugar que as representações ocupam em uma sociedade pensante. As Representações Sociais são estruturas dinâmicas, construídas por meio da representação que a pessoa tem do objeto, por isso é subjetiva e coletiva, pois passa pelas emoções, pelo contexto histórico e cultural. É a teoria do senso comum.

Segundo Jodelet (2001), representar consiste em um ato de pensamento por meio do qual a pessoa reporta-se a um objeto, tornando-o presente quando ele está distante ou ausente. Pode-se, como exemplo, pensar nos atletas que participam de Olimpíadas e que, por estarem longe de seu país (objeto), levam ao pódio o hino nacional como forma de representação do objeto (país) que está distante.

Moscovici (2003) destaca que não tinha o seu interesse focado na pesquisa científica, e sim na investigação dos conceitos do senso comum, no espaço existente entre a ciência e o pensamento leigo, nas formas pelas quais novos conhecimentos difundem-se na sociedade.

Na concepção de Jodelet (2001), a teoria das Representações Sociais é caracterizada por uma forma natural e diferenciada de conhecimento científico, porém seu estudo é tão legítimo e importante quanto outras formas de se fazer ciência, por possibilitar a compreensão de processos cognitivos e das interações sociais.

Para Oliveira e Werba (1998), as Representações Sociais estão ligadas aos saberes populares e ao senso comum, compartilhados coletivamente para que se possa construir e dar sentido ao real, são dinâmicas e influenciam os comportamentos e interações com o meio.

Spink (2003) relata que as Representações Sociais são formas de conhecimento prático, interessa-se pelo senso comum e o estuda. Isso a difere das teorias clássicas que estudam o conhecimento formal.

Ainda de acordo com Moscovici (2003), a finalidade das Representações Sociais é tornar familiar algo não-familiar, pois o não-familiar leva a uma ameaça de perder os marcos referenciais, suscitando uma sensação de desconforto e desequilíbrio. Ao elaborar uma representação, torna-se comum e real algo (uma teoria científica, um objeto, etc) que até então não fazia parte da realidade. As representações modificam e enriquecem o mundo físico e mental por meio da incorporação de novos elementos e da transformação do abstrato em concreto e normal. O processo por meio do qual se formam as representações são o da ancoragem e o da objetivação.

Ancoragem é o processo de classificar, categorizar o que não está familiar, é uma forma de construção da realidade. Oliveira e Werba (1998) dão o exemplo da AIDS, que, por muito tempo, foi vista como algo que se proliferava apenas na população homossexual. A AIDS vista como uma doença que só infectava os homossexuais livrava toda a população heterossexual da angústia de se infectar, ou seja, ancora-se o conceito de AIDS à população homossexual.

Para Vala (2004), a ancoragem funciona como um estabilizador do meio é um processo de redução do novo ao velho e reelaboração do velho, fazendo-o tornar-se novo. Consiste em assimilar um objeto novo por objetos já presentes no sistema cognitivo. É como se fosse uma âncora que se prende em algo já existente, permitindo assim a construção de um novo objeto.

Já a objetivação procura tornar visível e real algo abstrato, juntar um conceito a uma imagem. Segundo Oliveira e Werba (1998), Moscovici apresenta como exemplo a religião, a necessidade que se tem de unir a imagem concreta do "pai" ao conceito abstrato de "Deus".

Segundo Vala (2004), a objetivação consiste no processo pelo qual os elementos que compõem a representação se organizam e se tornam expressões da realidade. Esse processo se subdivide em três momentos: construção seletiva, esquematização e naturalização. A construção seletiva consiste em reduzir alguns elementos e acentuar outros. Segundo esse mesmo autor, no caso do estudo de Moscovici sobre a representação da Psicanálise, um dos elementos da teoria é esquecido: a libido. Foi preciso esquecê-la para que a Psicanálise pudesse circular por todos os meios, pois era uma época de repressão sexual, e falar sobre libido dificultaria sua inserção no dia-a-dia da sociedade. A esquematização corresponde à organização dos elementos para que estes constituam um padrão de relações estruturadas. No caso do estudo sobre a representação da Psicanálise, são retidas quatro noções: consciente, inconsciente, recalcamento e complexo. As relações entre consciente e inconsciente são conflituosas e, por isso, entram as noções de recalcamento e complexo, tomando forma uma nova teoria psicanalítica, porém familiar ao senso comum. No momento da naturalização, os elementos se constituem em categorias naturais e adquirem materialidade. O abstrato se torna concreto, e a percepção, realidade. No caso da Psicanálise, o inconsciente não é mais uma ideia inquestionável, e Freud é o "pai" concreto e real (VALA, 2004).

A teoria das Representações Sociais pode ser usada em diferentes campos do saber, e atualmente tem sido muito utilizada nos estudos sobre saúde e doença, pois ajuda a compreender melhor a pessoa como um todo, considerando seus valores, costumes e crenças, fazendo com que seja possível elaborar programas de prevenção mais adequados.

2.2.1 Representações sociais de saúde e doença

De acordo com Gomes, Mendonça e Pontes (2002), a teoria das Representações Sociais tem sido cada vez mais utilizada como referencial teórico-metodológico nos estudos sobre saúde e doença, em âmbito nacional e internacional. Busca-se compreender as representações de saúde e doença nas crenças presentes no senso comum, como a linguagem e a cultura estruturam a percepção, o significado que cada cultura atribui à saúde e doença, tanto quanto as forças políticas e econômicas que padronizam comportamentos sociais e significados para o binômio saúde-doença.

Adam e Herzlich (2001) descrevem um dos primeiros estudos nessa área, o de Claudine Herzlich, realizado na França na década de 1960, sobre as representações sociais da saúde e da doença. A autora buscou compreender por meio de quais noções, crenças e valores, os membros daquela sociedade davam sentido às suas experiências orgânicas de saúde e doença, e constatou que a forma de interpretar-lhes as causas e consequência não é por meio da linguagem corporal, e sim de uma linguagem do indivíduo em relação com a sociedade. A representação de doença estava atrelada a uma relação conflituosa com o social, pois adoecer estava relacionado a estilo de vida errado, ritmo de vida alucinante, necessidade de parar a vida profissional. Saúde apareceu relacionada a um estado de equilíbrio, no qual o indivíduo está apto a lidar com as pressões e demandas da vida social.

Laplantine (2001) realizou um estudo sobre a representação de saúde e doença em 12 terreiros de umbanda na cidade de Fortaleza. O autor relatou que a compreensão de saúde e doença organiza-se em torno da noção de “axé”, que consiste em uma força vital que pode ser conseguida e transmitida. Por meio dos rituais, as pessoas podem aumentar o seu “axé”, pois a doença é considerada um enfraquecimento do axé do indivíduo, e a saúde consiste em estar carregado e fortalecido com forças positivas.

A partir desses estudos, muitos pesquisadores têm seguido essa linha de pesquisa. Serpa (2007) realizou um estudo sobre a representação social de saúde e doença para portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes em uma Unidade Básica de Saúde em Campo Grande, MS. O estudo consistiu em uma entrevista aplicada a dois grupos de pessoas, sendo o primeiro composto por pessoas que participavam de um grupo de apoio dentro da Unidade e pegavam os remédios para controle da Hipertensão Arterial e Diabetes, o outro era constituído por aqueles que somente pegavam os remédios. A autora afirma que, para trabalhar questões relacionadas à saúde, é importante compreender que sentido as pessoas atribuem ao conceito de saúde e doença.

O estudo sobre o processo de envelhecimento de Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999) utilizou a teoria das representações sociais para analisar o que três grupos de pessoas idosas ou próximas dessa faixa compreendiam por envelhecimento. O estudo encontrou três categorias de representações. A primeira foi caracterizada pela perda dos laços familiares e dificuldade em aceitar as transformações físicas; a segunda consistiu na velhice enquanto perda da capacidade de trabalhar; a terceira, na concepção de desgaste natural, uma fase da vida e da pessoa, que traz aspectos positivos e negativos. Com o grande aumento do envelhecimento populacional, tornaram-se importantes pesquisas com essa população para que, por meio da própria compreensão dos idosos acerca desse fenômeno, possa-se identificar modos de pensar e atuar em relação ao envelhecimento.

Espíndula e Santos (2004) realizaram um estudo sobre a representação social de adolescência tida por educadores sociais/cuidadores de adolescentes em conflito com a lei. Partem eles da premissa de que as representações guiam as práticas. Assim sendo, a forma como os educadores/cuidadores enxergam os adolescentes vai influenciar-lhes nas atitudes no trabalho. O estudo mostrou que os cuidadores possuem uma visão positiva da adolescência, veem-na como uma época importante na vida, de produtividade, trabalho, preparação para o futuro, transição; e outra negativa, que consiste na falta de limites por parte dos pais, o que prejudica os adolescentes. Porém, mostraram uma representação dos adolescentes sob a sua guarda ancorada nos aspectos negativos da adolescência pelo fato de terem cometido atos contra a lei. Apontaram possíveis causas sociais como motivo para serem violentos e diferentes, e a família desestruturada, como causa pelas quais esses adolescentes estão em conflito com a lei. Os cuidadores não acreditavam na recuperação e justificavam essa ideia por meio da ideia de uma família desestruturada.

O estudo de Cardoso e Arruda (2004) utiliza a Teoria das Representações Sociais para compreender o que dois grupos de pessoas infectadas pelo HIV entendem por soropositividade e o impacto dessas representações na adesão ou não adesão à terapia anti-retro-viral. Os autores acreditam que, ao estudarem as representações sociais da soropositividade para os pacientes com HIV e como elas afetam as condutas frente ao tratamento, procura-se compreender como os pacientes lidam com a doença, com as informações médicas e o impacto destas no tratamento.

Em seu texto sobre a esfera pública e privada de saúde e doença, Herzlich (2004) fala sobre uma visão mais crítica que surgiu na década de 1970, quando cientistas sociais criticaram o aumento da medicalização, pois a pessoa era vista apenas como um corpo que precisava ser medicado. A autora comenta sobre a importância de se escutar o que a pessoa diz, sua voz, voz no âmbito individual, que se reúne em grupos, discute doenças, troca experiências e vai até a televisão dar depoimentos e reclamar, fazendo com que sua voz se torne pública, por meio de solicitações de políticas para a saúde e envolvimento da sociedade. Ela relaciona as representações de saúde e doença com a história do povo, das cidades, dos países, da cultura em geral, e afirma que a representação de saúde e doença atual é uma mescla por tratar-se de algo que pertence ao domínio público e privado. Relata a experiência com a AIDS a partir de 1985, época na qual se passou a escutar a voz dos pacientes, que começaram a ir à televisão dar depoimentos, escrever artigos. Assim tiraram a doença do espaço privado para o público, fazendo com que a população se identificasse com suas experiências, os apoiassem. Desse modo, surgiram associações de portadores do HIV, espaços onde se podia discutir saúde, doença, tratamentos, etc.

Com a ideia de saúde e doença relacionada ao domínio público, percebe-se a necessidade de programas de educação em saúde. Porém, Gazzinelli et al. (2005) acreditam que o estudo teórico e metodológico nesse campo está mais adiantado que os programas de educação em saúde. Grande parte dos programas está estruturada de forma vertical, e a pessoa que transmite conhecimento é a detentora do saber, sem levar em consideração valores, crenças, forma de viver e pensar das pessoas que recebem esse conhecimento. Os autores consideram de extrema importância e um avanço trabalhar com a Teoria das Representações Sociais nos programas de educação, pois as representações levam a uma melhor compreensão da pessoa, possibilitando uma visão global, considerando seus valores, costumes, crenças, práticas e condutas na hora de elaborar projetos educacionais. A educação em saúde deve deixar de ser a mera reprodução de informações vinda de uma pessoa que supostamente sabe o que é melhor.

Dentro da concepção de um programa de educação em saúde que considere a pessoa como um todo, torna-se importante para esta pesquisa compreender o que as crianças e adolescentes entendem pelo processo saúde-doença, dengue e cuidados que devem ser tomados para evitar o mosquito *Aedes aegypti*, pois essa compreensão ajudará a elaboração de programas de educação em saúde, não deixando que estes se tornem uma mera reprodução de informações.

2.2.2 Saúde e doença para as crianças e adolescentes

De acordo com Papalia e Olds (2000), as crianças na idade entre seis e 12 anos encontram-se em um período de desenvolvimento denominado terceira infância, período no qual a escola será parte central do seu desenvolvimento. Seu crescimento físico será intenso nessa época, acarretando mais rapidez e coordenação em seus movimentos. Seu desenvolvimento cognitivo também fará com que ela veja o mundo de forma diferente. De acordo com as fases do desenvolvimento de Piaget, a criança entrará no período das "operações concretas". Nesse período, estão limitadas a pensar no aqui e agora. Até certo ponto, nessa idade elas sabem diferenciar o que é real e o que é imaginário, mas essa capacidade se tornará mais sofisticada durante o período das operações formais.

Essa época da infância é considerada como uma época relativamente segura na vida, elas gozam de boa saúde e não sofrem de doenças crônicas. De acordo com a teoria de Piaget, a compreensão das crianças sobre saúde e doença está ligada ao desenvolvimento cognitivo, e, na terceira infância, passam a acreditar com menos intensidade que a doença é magicamente produzida pelas ações humanas e tentam explicar todas as doenças como a ação de germes poderosos que podem ser afugentados com comportamentos supersticiosos (PAPALIA; OLDS, 2000).

Segundo as autoras, a adolescência é um período no desenvolvimento entre a infância e a idade adulta; iniciado aos 12 – 13 anos e vai até os 20 anos, mas não há definição clara para essas idades, podendo se estender por muito mais anos. Cognitivamente, os que nela se encontram, atingem o nível mais alto na classificação de Piaget, o período das "operações formais”, caracterizado pela capacidade de pensamento abstrato. Não estão mais limitados ao aqui e agora, conseguem imaginar possibilidades, testar hipóteses e criar teorias. Quanto à saúde, a adolescência é considerada uma época saudável, e os maiores problemas são resultado da pobreza e estilos de vida perigosos e sedentários. As principais questões de saúde são a depressão, distúrbios alimentares, abuso de drogas e doenças sexualmente transmissíveis.

Todas essas características da terceira infância e adolescência influenciam a forma como as crianças e adolescentes vivenciam o processo de saúde e doença, sendo importante compreender quais as representações sociais de saúde e doença para essa população. Segundo Lauwe e Feuerhahn (2001), as representações que as crianças adotam influenciam intrinsecamente suas relações com o ambiente em que vivem. Elas se formam por meio das interações da criança com o meio em que vivem, com os objetos físicos inseridos na cultura, a mídia, e contribuem para a socialização e a individualização da criança.

De acordo com Duveen (1995), as crianças gradualmente incorporam a estrutura de pensamento da comunidade em que vivem e passam a ser atores sociais participantes na comunidade, e isso acontece também com o processo de saúde e doença. O autor coloca que as crianças já nascem em um mundo que é estruturado por representações de gênero, e nesse momento ela não é um ator social participante, ela apenas sustenta essa representação constituída pelo mundo adulto. Com o passar do tempo, ela começa a perceber sua posição dentro desse mundo de representações, fazendo com que adquira uma identidade que a situe no mundo social. O processo de construção da identidade é uma forma de organizar significados que possibilitam à criança tornar-se um ator social. Para as crianças recém-nascidas, a identidade de gênero é externa, ou seja, relacionar a cor rosa para meninas e a cor azul para os meninos é uma construção da sociedade. Aos poucos, ela internaliza essa relação, cria a consciência reflexiva e passa a ser um ator social participante.

Helman (2006) argumenta que as crianças, como os adultos, buscam compreender as doenças, causas e formas de tratamento. Elas não são espectadores passivos de seus problemas de saúde, elas têm de receber informações de uma forma que faça sentido, de acordo com seus pontos de referências.

Conforme o estudo de Perrin e Gerrity (1981), com 128 crianças do jardim de infância até o oitavo ano de uma escola pública no estado de Nova York acerca de seu entendimento sobre as causas, prevenção e tratamento das doenças, foi mostrado que o entendimento da criança está relacionado aos estágios de desenvolvimento. Uma criança que se encontra no período de operações concretas de desenvolvimento cognitivo descrito por Piaget, compreende a doença de forma concreta, e acredita que não ficará doente se cumprir determinadas regras. Já um adolescente, no período das operações formais, compreende a saúde e a doença de forma abstrata e hipotética, consegue entender a doença em termos de estruturas fisiológicas internas e externas. Eles compreendem os vários fatores que se relacionam para causar as doenças.

Segundo Papalia e Olds (2000), a doença assusta as crianças, adolescentes e adultos, e para as crianças pequenas compreender a doença é uma experiência perturbadora que as deixa aflitas.

Em um estudo sobre as atribuições de causalidades referentes à saúde e à doença com crianças brasileiras, Boruchovitch e Mednick (2000) entrevistaram 96 crianças com idade entre seis e 14 anos, de duas escolas no Rio de Janeiro, sendo uma pública, que serve a população de baixa renda, e outra privada, que atende a classe média de bairros na região norte. Sete perguntas sobre atribuições de causa relacionadas à saúde e sete sobre doença foram feitas, e as respostas eram dadas no formato de verdadeiro ou falso. A resposta que mais apareceu em relação à saúde foi "cuidar de si mesmo". Em relação à doença, "vírus e germes" e "falta de cuidado consigo mesmo" foram as que mais apareceram. As autoras apontam que o desenvolvimento cognitivo influencia as causas apontadas para a saúde e doença; que algumas crianças menores se viam responsáveis por sua doença por senti-la como uma punição, relação essa que não foi encontrada em grupos com idades maiores. Também apontam ter encontrado relação com o nível de escolaridade e socioeconômico nas atribuições de causalidade nesse estudo.

Campbell (1975) realizou um estudo no qual entrevistou 264 crianças entre seis e 12 anos, pacientes de um hospital pediátrico, e suas mães. O estudo consistiu em analisar as definições de doença dadas pelas crianças, comparando-as com as definições de doença utilizadas pelas mães, e observou-se que a visão sobre doença das crianças apresentava correlação com a das mães, porém, diferiam em relação à idade. As mais velhas usavam com mais frequência termos utilizados pelas mães. Também demonstraram ter conhecimento sobre doenças e diagnósticos específicos, definiam a doença utilizando conceitos mais peculiares. Já as crianças mais jovens forneciam respostas com definições mais vagas. Dessa forma, o autor notou que as definições de doença estavam relacionadas ao desenvolvimento da criança, e, diferentemente do estudo de Boruchovitch e Mednick (2000), não notou relação importante com o sexo ou situação socioeconômica da criança.

Banks (1990) realizou um estudo com 75 crianças vindas de famílias de classe média baixa, com idades entre três e 15 anos. As entrevistas foram realizadas na escola e outras nas casas das crianças e adolescentes. Também solicitou que fosse feito um desenho sobre germes. A autora constatou em seu estudo que os conceitos de saúde e doença diferem com a idade. Os participantes com mais idade forneciam respostas mais específicas e cientificamente consistentes quando comparados com os mais novos, além de apontarem processos internos envolvidos no conceito de doença e apresentarem mais ações pessoais e responsabilidade na causa desta. Os mais novos apresentavam mais causas externas e ideias egocêntricas, ou seja, atribuíam a elas mesmas os aspectos referentes à doença.

Peltzer e Promtussananon (2003) realizaram um estudo com crianças negras da África do Sul sobre o seu entendimento de saúde e doença (gripe, catapora, braço quebrado e AIDS). Foram entrevistadas 30 crianças de cinco anos e 30 de nove de uma escola localizada em uma área rural. Os autores apontam que as pesquisas sobre saúde e doença em crianças têm utilizado duas abordagens teóricas, sendo a primeira a teoria de Piaget, que acredita que os conceitos mudam de acordo com o desenvolvimento cognitivo. A segunda é baseada na psicologia social, e foca na percepção de vulnerabilidade das crianças. Os autores apontaram que as crianças de doze e treze anos entendem que existem múltiplas causas para a doença, que o corpo reage frente a uma combinação de agentes. Com isso, encontraram diferenças na compreensão de saúde e doença relacionadas com a idade. Quando perguntadas sobre os sinais e sintomas das doenças, as crianças mais velhas sabiam mais sobre os sinais e sintomas da gripe, catapora e AIDS. Em relação à causa não houve diferença nos dois grupos-etários, exceto em relação à causa da AIDS, cujo contágio crianças mais velhas citaram com uma frequência maior. As crianças mais velhas sabiam mais sobre as estratégias para evitar a doença e permanecer saudável.

Conforme Papalia e Olds (2000), a noção de saúde e doença também está relacionada ao desenvolvimento cognitivo. Até a terceira infância, as crianças têm características egocêntricas e acreditam que as doenças são produzidas de forma mágica pelas ações humanas e, muitas vezes, até por suas próprias ações. Em uma próxima etapa, sua compreensão aumenta, e elas conseguem interpretar a saúde e doença de uma forma menos mágica, passam a entender as doenças como produtos da ação de germes e acreditam que sua prevenção se dê por meio de comportamentos supersticiosos, como verbalizar para que os germes permaneçam longe. Com a chegada da adolescência, elas passam a entender que múltiplos fatores podem estar envolvidos no aparecimento de doenças.

Em um estudo feito por 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, com o objetivo de compreender saúde e doença por meio do olhar das crianças. Para as crianças entrevistadas na escola, a doença estava relacionada ao impedimento e à limitação das atividades de que gostam e que fazem parte de seu cotidiano. Porém, para as crianças hospitalizadas, a concepção era pautada em sua experiência, a doença era considerada como algo que as separava de seus familiares e amigos.

No estudo de Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996), foram entrevistados 55 meninos e 66 meninas, entre sete e dez anos de idade, acerca da doença. O contágio foi a causa de doença relatada por todos os participantes, e os mecanismos pelos quais a criança poderia ser contaminada variavam de acordo com o tempo que se passava junto de uma pessoa doente e o contato com esta. Essa explicação da doença por meio de contágio vem desde a descoberta de Pasteur sobre os micro-organismos que influenciam a saúde e a doença. O estilo de vida também foi responsabilizado pelas doenças. Entre os comportamentos mencionados, encontram-se ingerir alimentos contaminados e/ou estragados e comer muito.

Diferentemente do estudo de Moreira e Dupas (2003), as experiências de enfermidade das crianças não eram totalmente ruins no estudo de Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996), pois, além das sensações negativas, elas descreviam sensações positivas como poder dormir até tarde e descansar. Nessa época, elas podiam ficar em casa assistindo a vídeos, brincando e escutando música, pois os pais, preocupados para que eles não se entediassem por ficar em casa, ofereciam atividades que lhes trouxessem prazer. Outro fator foi o fato de receberem mais atenção dos pais e comer e beber coisas de que gostavam muito.

Para Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996), a visão das crianças em relação à saúde é multidimensional por incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais, chegando perto da definição atual de saúde da OMS. Porém, a doença é vista como a incapacidade de realizar determinadas coisas. Essa visão também foi encontrada no estudo feito por Serpa (2007) com adultos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes, no qual se encontrou a concepção de doença como incapacidade para realizar tarefas, sendo que, para eles, essas tarefas estão relacionadas à capacidade de trabalhar e garantir a subsistência da família.

Natapoff (1978) realizou um estudo com 264 crianças de uma escola na cidade de New Jersey, Estados Unidos. Participaram do estudo 91 crianças do primeiro ano fundamental, 89 do quarto e 84 do sétimo ano. A autora buscou compreender a visão de saúde dessas crianças. Partiu do princípio de que a definição da saúde varia desde uma visão negativa (ausência de sintomas) para uma positiva (bom funcionamento) chegando à utópica (completo bem-estar físico e emocional). Encontrou-se uma definição de saúde positiva para os participantes desse estudo. Eles apontaram sentir-se bem e poder participar de atividades como os mais importantes componentes da saúde. Observou também que as ideias sobre saúde amadureciam com a idade, qualidades abstratas, como a saúde mental, entraram no conceito de crianças que chegavam perto da adolescência.

Em relação à prevenção, Perrin e Gerrity (1981) afirmam que seu conceito é mais difícil de ser compreendido pelas crianças e adolescentes quando comparados ao das causas e tratamento das doenças. Em seu estudo com crianças do jardim de infância até o oitavo ano, observou que até os pré-adolescentes do último ano estudado, que já se encontravam em um período de desenvolvimento cognitivo mais elevado e consequentemente conseguiam compreender ideias abstratas, descreveram a prevenção no mesmo nível de alunos do quarto ano. Apontam que as crianças aprendem melhor os conceitos quando ensinadas de acordo com seu nível de desenvolvimento.

Cordazzo (2004) realizou um estudo sobre a percepção de crianças e adolescentes acerca da AIDS, sua causa e prevenção com 55 participantes com idades entre nove e doze anos. Observou que apesar de existir muitas campanhas de prevenção encontrou crianças que não sabiam definir o que é a AIDS. Também observou que os participantes com mais idade tinham mais conhecimento que os menores. Alerta para a importância de campanhas preventivas que levem em consideração os níveis de desenvolvimento cognitivo das crianças.

Peltzer e Promtussananon (2003) também encontraram em seu estudo um número maior de medidas preventivas corretas em crianças mais velhas, quando comparadas com as de menor idade. Apontaram as campanhas informativas na mídia (TV e rádio) como uma importante fonte de informação sobre a AIDS para as crianças desse estudo.

Boruchovitch e Mednick (2000) relatam que se vive hoje em uma época na qual muitas doenças podem ser prevenidas pelas mudanças de hábitos, com isso, compreender o que as crianças e os adolescentes entendem por saúde e doença é importante para a manutenção da saúde e para programas de educação em saúde.

Feitas essas abordagens, passa-se, na próxima parte deste trabalho, a enfocar a dengue, como ela ocorre e formas de prevenção do vetor.

2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DENGUE

A dengue é uma doença febril aguda transmitida pelo mosquito Aedes aegypti infectado. A pessoa adoece quando o vírus penetra no organismo. É um problema de Saúde Pública no mundo todo, mas é maior nos países subtropicais e tropicais como o Brasil, pois as condições do meio ambiente junto com as características urbanas favorecem o desenvolvimento e a proliferação do mosquito transmissor. Os locais adequados para a colocação dos ovos da fêmea são quentes e úmidos, sendo a temperatura mais propícia em torno de 30º a 32º C. A trasmissão da doença raramente ocorre em locais com temperaturas abaixo de 16º C (BRASIL, 2009).

O ciclo de transmissão do mosquito ocorre por meio do depósito dos ovos da fêmea em recipientes com água. Ao saírem dos ovos, as larvas vivem, em média, uma semana na água. Logo, transformam-se em mosquitos adultos, prontos para infectar as pessoas. Procriam-se rapidamente, e o mosquito vive, em média, 45 dias. Para passar da fase do ovo para a fase adulta, o Aedes aegypti leva em torno de dez dias e se acasalam no primeiro ou segundo dia após se tornarem adultos. Após o acasalamento, as fêmeas passam a alimentar-se de sangue, para obter as proteínas necessárias para o desenvolvimento dos ovos. Esses ovos podem suportar até um ano em locais secos e podem ser transportados por longas distâncias, grudados nas bordas de recipientes (BRASIL, 2009).

O mosquito mede menos de um centímetro, sua cor é preta ou café com listras brancas no corpo e nas pernas. As primeiras horas da manhã e as últimas da tarde são os horários mais propícios de ataque do mosquito, porém há suspeitas de que possa também atacar em horas mais quentes ou à noite. Sua picada não causa dor nem coceira e pode se distanciar até cem metros de seus ovos, sendo que pesquisas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) apontaram que sua capacidade de vôo pode chegar a mil metros de distância. Se o mosquito estiver infectado, o período de incubação da doença varia de três a 15 dias, sendo em média de cinco a seis dias (BRASIL, 2009).

Segundo Claro, Tomassini e Rosa (2004), o Aedes aegypti é um mosquito de hábitos diurnos, prefere utilizar ambientes com água limpa e parada para depositar seus ovos e apresenta grande capacidade de adaptação em ambientes desfavoráveis. Os autores relatam também que a dengue apareceu no Brasil, na década de 1920, e passou por um período de 60 anos sem nenhuma notificação de casos. Em 1982, a doença voltou, e outros tipos, como a dengue hemorrágica, surgiram.

Os tipos de dengue encontrados no Brasil são a clássica e a hemorrágica, e os sintomas de ambas são febre alta com início súbito, forte dor de cabeça, dor atrás dos olhos, perda do paladar e apetite, manchas vermelhas na pele, náusea e vômito, tontura, cansaço extremo, moleza, dor no corpo e articulações. A diferença na hemorrágica ocorre quando acaba o período de febre e surgem fortes dores abdominais, sonolência, confusão mental, dificuldade respiratória, perda da consciência, sangramento pelo nariz, boca e gengivas, podendo gerar hemorragia interna e falência dos órgãos, consequentemente levando a pessoa à morte. O tratamento busca alívio dos sintomas de dores de cabeça e no corpo, e a reidratação para repor os líquidos perdidos. No caso da dengue hemorrágica, deve-se observar cuidadosamente a pessoa no período de transição da fase febril para a sem febre, geralmente após o terceiro dia da doença. O alívio da febre gera a falsa ideia de melhora, mas, em seguida, o caso clínico do paciente piora (BRASIL, 2009).

Lenzi e Coura (2004) realizaram um estudo buscando analisar o conteúdo de materiais informativos de três folhetos publicitários sobre a dengue, fornecidos pelo Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Analisaram as informações sobre os cuidados com os reservatórios de água, os sintomas da dengue clássica e hemorrágica, o tratamento e a transmissão do vetor. Observaram que os folhetos apresentavam algumas falhas, tais como poucas figuras, por considerar que muitos moradores de áreas carentes não são alfabetizados. Outra observação foi quanto à peridiocidade, pois as campanhas circulavam mais no verão, e é importante que campanhas não parem no inverno. Apontaram também que informações sobre sintomatologia deveriam ser com linguagem simples e esclarecedora. As autoras afirmam que a epidemia da dengue no Brasil é muito séria, pois desde 1986 vários estados brasileiros já conviveram com epidemias de grandes proporções, e 80% do total de casos registrados nas Américas encontram-se no Brasil.

O grande problema no combate à dengue é que a proliferação do mosquito Aedes aegypti ocorre em qualquer recipiente utilizado para armazenar água, independente de serem áreas na sombra ou ao sol, como por exemplo: caixas d'água, tambores, vidros, potes, pratos e vasos de plantas ou flores, tanques, cisternas, garrafas, latas, pneus, panelas, calhas de telhados, bandejas, bacias, drenos de escoamento, canaletas, blocos de cimento, folhas de plantas, tocos e bambus, buracos de árvores e muitos outros onde a água da chuva é coletada ou armazenada (BRASIL, 2009). Portanto, considerando essa facilidade de disseminação, pode-se imaginar o grau de dificuldade para combater a doença, o que só é possível com a quebra da cadeia de transmissão, eliminando-se os mosquitos dos locais nos quais se reproduzem. Assim, a prevenção e as medidas de combate exigem a participação e a mobilização de toda a comunidade a partir da adoção de medidas simples, visando à interrupção do ciclo de transmissão e contaminação. Caso contrário, as ações isoladas poderão ser insuficientes para acabar com os focos da doença.

Claro, Tomassine e Rosa (2004) apontam como fatores de disseminação da dengue nas Américas o acelerado crescimento e urbanização e a insuficiência do controle do vetor. A urbanização acelerada e desordenada, associada com distribuição de renda desigual, faz com que um grande número de pessoas viva em locais com precário sistema de abastecimento de água, de saneamento básico e de coleta de lixo. Isso faz com que a água seja guardada em locais propícios para a disseminação do mosquito e que o lixo seja depositado em local inadequado.

Em um estudo realizado por Oliveira, R. (1998), na região da Leopoldina, Rio de Janeiro, foi relatada uma experiência de mobilização social, um movimento denominado “Se Liga Leopoldina”. Esse estudo apontou que a prevenção da dengue encontrava barreiras ao se deparar com políticas públicas de saneamento. A disseminação da dengue naquela região poderia estar relacionada a precários serviços de abastecimento de água, ao saneamento básico e à coleta de lixo.

A prevenção é essencial para eliminar o mosquito infectado, e algumas medidas de Saúde Pública essenciais, tais como: um tratamento de água eficiente, a coleta de lixo regular, as visitas domiciliares por agentes de saúde que possam ensinar os moradores, campanhas informativas contra o mosquito, participação das escolas no processo de promoção de saúde e da comunidade sem dengue. Além de participar da campanha, os alunos podem levar informações educativas para sua família e para os vizinhos (BRASIL, 2009).

Nos últimos vinte anos, utilizou-se a aplicação de inseticidas a ultrabaixo volume para eliminar o mosquito. Porém, o impacto positivo desse método é muito baixo, e outras estratégias tiveram que ser utilizadas. Campanhas informativas pela televisão, rádio, jornal, folheto e cartaz além de ações educativas baseadas na organização e conhecimentos comunitários têm sido mais eficazes na prevenção (CLARO; TOMASSINE; ROSA, 2004).

O estudo de Lenzi e Coura (2004) revela a importância da informação nos programas de promoção de saúde e prevenção da dengue. Os autores alertam para o fato de que as mensagens informativas deveriam circular intensamente durante todo o ano, evitando a falsa ideia de que dengue só acontece no verão. Também apontam que as campanhas de combate à dengue no Brasil não são permanentes, elas se intensificam no verão, época em que aumenta consideravelmente o crescimento do vetor.

De acordo com Câmara et al. (2007), as condições climáticas, ecológicas e socioambientais facilitam o aumento do vetor, e o maior número de casos do vetor acontece no verão, por ser mais quente e haver um maior índice de chuvas. De acordo com os autores, a dengue é responsável pela maior campanha de saúde no Brasil e está presente em todos os 27 estados.

As autoras Lenzi e Coura (2004) alertam também para a importância de refletir sobre a adequação das informações acerca da dengue divulgadas à população, pois a relação entre saber e agir não é direta, o agir é fruto de suas concepções, crenças, valores e cultura. O estudo no qual elas analisam as informações de folhetos explicativos aponta o exemplo do uso do verbo “tampar”. Campanhas que informam as pessoas para tampar seus reservatórios de água podem gerar dúvida, o correto seria usar “vedar” ou a expressão “tampar sem deixar nenhuma brecha”, pois nas regiões mais carentes do Rio de Janeiro têm muitas casas com a caixa d´agua exposta em cima do imóvel. Há também o costume de soltar pipa caminhando nas lajes das casas, o que pode favorecer a quebra dessas tampas. Ou seja, a caixa d´água pode estar tampada, porém a tampa pode estar com um pedaço quebrado, gerando assim um recipiente propício para a proliferação do mosquito.

Programas de educação em saúde são forte aliados da prevenção e combate à dengue. Para obter melhores resultados, os programas devem ter estratégias que levem em consideração os conhecimentos, as representações sobre saúde/doença da comunidade e buscar a participação desta (CLARO; TOMASSINI; ROSA, 2004).

Lenzi e Coura (2004) apontam a grande contribuição que as escolas podem dar na formação de jovens comprometidos com a promoção da saúde, tornando-os importantes multiplicadores de informações e ações de saúde em suas comunidades.

Ao pensar programas de educação em saúde, devem-se considerar os conceitos de prevenção e promoção de saúde. De acordo com Heidmann et al. (2006), é importante que os profissionais da saúde compreendam o verdadeiro significado do tema da promoção da saúde, pois é comum ocorrer confusão nos conceitos de prevenção e promoção. A promoção de saúde consiste em uma forma mais ampla de ver a saúde e a doença; são estratégias que se movimentam entre políticas públicas, setor de saúde, área social e educacional buscando a integralidade. Nesse modelo, os profissionais devem estar aptos a compreender e intervir na realidade de saúde da população, por meio de estratégias que busquem melhorar as condições de vida e de saúde.

Já a prevenção está orientada por um modelo baseado na história natural das doenças, no modelo biomédico. Procura-se antecipar e evitar que elas aconteçam, pois o objetivo é conseguir o equilíbrio entre o hospedeiro, o agente patogênico e o meio (MARCONDES, 2004).

O número de casos de dengue tem crescido no mundo nas últimas décadas. Dois bilhões e meio de pessoas (dois quintos da população mundial) correm o risco de contrair a doença. Estima-se que 50 milhões de pessoas sejam infectadas pelo mosquito no mundo, a cada ano. No ano de 2007, foram registrados mais de 890.000 casos de dengue nas Américas, sendo 26.000 de dengue hemorrágica. A doença encontra-se em mais de 100 países na África, nas Américas, no Mediterrêneo, sudeste da Ásia e no Pacífico Ocidental, e não há registro de casos na Europa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Segundo os dados do Ministério da Saúde, o número de pessoas que contraíram a dengue no Brasil é alto, porém o país não se encontra em situação de emergência no ano de 2010, considerando-se que apenas cinco estados lidaram com a epidemia da dengue nos primeiros três meses de 2010 (COBUCCI, 2010).

O Ministério da Saúde apontou um aumento de 109% nos casos de dengue no país, e o estado do Mato Grosso do Sul está entre um dos cinco com o maior número de casos de dengue de acordo com os números apontados nos três primeiros meses do ano de 2010 (ARQUIDIOCESE DE CAMPO GRANDE, 2010).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, as unidades básicas de saúde na cidade de Campo Grande tiveram dificuldade para atender o grande número de pessoas que procuraram as unidades por suspeita de dengue no mês de fevereiro de 2010. Houve até registro de casos de agressão por parte dos usuários para com os médicos e atendentes devido ao número de pessoas para serem atendidas estar maior que em outras épocas do ano, e com isso o serviço tornar-se lento (AGÊNCIA ESTADO, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as representações sociais de saúde, doença e dengue para alunos do ensino fundamental de uma escola de Campo Grande, MS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar o perfil sociodemográfico dos participantes;

Identificar quais os cuidados que os alunos têm quanto à dengue;

Identificar as diferenças entre as Representações Socias de crianças e adolescentes sobre saúde, doença e dengue.

4 MÉTODO

Percebeu-se, ao longo da história da humanidade, que as pessoas sempre se preocuparam com o conhecimento da realidade e da verdade. As religiões e as filosofias têm buscado instrumentos para explicar os significados da existência individual e coletiva. Sendo assim, a ciência é uma forma de expressão dessa busca, que não é absoluta, conclusiva ou definitiva (MINAYO, 2007a).

Nas ciências matemáticas ou formais, a grande preocupação é o raciocínio lógico. O objetivo é descrever e estabelecer correlações matemáticas (estatísticas) e causas sobre os fatos, confirmar ou não as hipóteses previamente definidas. Para as ciências naturais ou empírico-formais, a verdade tem de ter coerência, é obtida quando a observação, a experimentação e o raciocínio dedutivo podem ser traduzidos e expressos em uma linguagem lógica matemática (TURATO, 2003).

No grupo das ciências humanas, encontram-se a Sociologia, a Filosofia, a História, a Antropologia, a Economia e a Psicologia. Essas disciplinas têm como objetivo de estudo o homem e as relações que este estabelece com os objetos, instituições, sociedade e outros homens (CALIL; ARRUDA, 2004).

Segundo Turato (2003), o objetivo das pesquisas no campo das ciências humanas é a compreensão e interpretação da relação de significados de fenômenos para os indivíduos e a sociedade. Já para Minayo (2007b), a pesquisa é a atividade básica da ciência para indagar e construir a realidade, sendo de extrema importância para alimentar e atualizar a atividade de ensino e a prática profissional, o método é o caminho do pensamento e a prática usada para abordar a realidade.

Sendo o método o caminho do pensamento, então a escolha dele não pode ser aleatória. Calil e Arruda (2004) acreditam que a formação pessoal e profissional do pesquisador tanto quanto os pressupostos científicos que motivaram e inspiraram a realização da pesquisa devem ser levados em consideração na escolha do método.

O método qualitativo será utilizado neste estudo, e, conforme Minayo (2007b), a pesquisa qualitativa se preocupa com uma realidade que não pode ser quantificada. Ou seja, trabalha com o universo de significados, aspirações, crenças, valores, atitudes, a relação dos homens com os objetos, grupos e instituições. Utiliza-se, no campo da pesquisa qualitativa, a Teoria das Representações Sociais, sob cuja luz serão analisadas as falas e os desenhos desta pesquisa.

4.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Escola Estadual “Professor Silvio Oliveira dos Santos”, no bairro Aero Rancho. A escolha desta se deu com base nos dados da Secretaria de Saúde Municipal de Campo Grande, como sendo a região do Aero Rancho a mais afetada pela dengue nos anos de 2007 e 2008. Com bases no site da Secretaria de Ensino do Estado do Mato Grosso do Sul, foram encontradas quatro escolas públicas na região, e, por meio de um sorteio feito pela autora da pesquisa, optou-se por essa escola.

4.2 PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa 23 alunos da Escola Estadual “Professor Silvio Oliveira dos Santos”, sendo onze matriculados no primeiro ano do ensino fundamental e doze, no último ano.

A escolha de alunos do primeiro e do último ano do ensino fundamental se deu por saber que vários programas de prevenção da dengue são promovidos durante os anos escolares. Com isso, buscou-se fazer uma comparação entre os alunos do primeiro ano que não participaram dos programas e aqueles do último ano que já haviam participado, na escola, de palestras, oficinas e outras atividades sobre dengue.

As crianças e adolescentes serão identificadas ao longo do trabalho com a sigla P (participante) e logo após mat (matutino), ou vesp (vespertino). Depois serão identificadas por um número que equivale à ordem na qual as entrevistas foram realizadas.

4.3 INTRUMENTO

4.3.1 Entrevista

Foi elaborado um roteiro de entrevista estruturada individual, contendo dados sociodemográficos e questões abertas com o objetivo de identificar as representações sociais da dengue, de saúde e de doença, os conhecimentos e os cuidados que os alunos têm sobre aquela e os impactos das campanhas nessas construções (APÊNDICE A).

As entrevistas foram realizadas no período de agosto e setembro de 2009. Em alguns momentos não foi possível entender uma palavra ou frase na gravação. Nas transcrições, esses espaços estão identificados por um traço (——).

Segundo Minayo (2007a), a entrevista é uma estratégia bastante utilizada nos trabalhos de campo nos estudos qualitativos. Seu objetivo é coletar informações por meio do diálogo com o entrevistado sobre a realidade que vivencia. Estas podem ser classificadas em sondagem de opinião, semiestruturada, aberta ou em profundidade e focalizada. O formato utilizado neste estudo foi a entrevista semiestruturada, que se caracteriza por combinar perguntas fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado falar sobre o tema em questão sem se prender à pergunta formulada.

4.3.2 Desenho

A pesquisadora solicitou a cada criança que elaborasse um desenho representando o que ela entendia por dengue e que elas descrevessem o conteúdo do desenho. Os desenhos foram analisados por meio da Teoria das Representações Sociais, com o intuito de compreender as representações sociais da dengue para esses participantes.

Segundo Darrault-Harris e Grubits (2000), o desenho é um sistema de escrita para a criança, é um dos meios de expressão de que ela dispõe. E, de acordo com Widlocher (1998 apud DARRAULT-HARRIS; GRUBITS, 2000), os desenhos infantis despertam curiosidade porque não existe o desenho adulto. Os adultos só desenham se forem artistas. Já as crianças desenham espontaneamente, como uma conduta própria.

De acordo com Oliveira, V. (1999), a evolução do desenho acompanha o caminho em direção à escrita. De um a quatro anos, acontece a primeira fase, a da garatuja, sendo que o período de um e dois anos é caracterizado pela garatuja desordenada, época na qual não se percebe a relação do traço com o gesto, e a criança, muitas vezes, nem olha para o desenho. A partir dos dois anos, acontece a fase da garatuja ordenada. A criança percebe a relação do gesto com o traço, começa a olhar o que faz, fecha as figuras através de um círculo e, perto dos três anos, começa a segurar o lápis de um jeito parecido com o dos adultos. A partir dos três anos, ocorre a fase da garatuja nomeada, a criança passa a representar intencionalmente um objeto concreto no / pelo desenho. Consegue relacionar o desenho a algo que viu, porém o significado de seu desenho é apenas inteligível para ela. A segunda fase compreende crianças de quatro a seis anos, período em que a criança aprimora a representação intencional de um objeto concreto no / pelo desenho.

Darrault-Harris e Grubits (2000) descrevem a abordagem de Lowenfeld sobre a evolução do desenho infantil, comentam que entre os onze e 13 anos acontece o momento final da produção artística. A partir desse momento, o desenho deixa de ser uma forma espontânea de se exprimir.

4.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS

Primeiramente a autora da pesquisa foi até a escola e pediu permissão à diretora para realizar a pesquisa. Após a autorização da escola e a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), a pesquisadora entrou em contato com as professoras das respectivas classes e com os alunos para a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi entregue aos pais e/ou responsáveis pelo aluno (ANEXO A, APÊNDICE B). As professoras recolheram os Termos dos alunos que os trouxeram assinados e os entregou a pesquisadora.

Anexada a esse Termo, foi uma carta orientando sobre os horários que a pesquisadora estaria na escola para sanar dúvidas que os pais ou responsáveis pudessem ter sobre a pesquisa. Também constava o telefone residencial e celular para que os pais pudessem entrar em contato. Além disso, a pesquisadora esteve presente nos horários de entrada e saída dos alunos, à disposição para esclarecer dúvidas.

Após a obtenção da autorização dos pais das crianças do 1º ano do ensino fundamental e dos adolescentes do 9º ano, iniciaram-se as entrevistas, que foram realizadas individualmente em uma sala de aula então vazia naquele semestre.

O projeto inicial era realizar 30 entrevistas, 15 com alunos do 1º ano e 15 com alunos do 9º ano. Porém a pesquisadora só obteve onze Termos do 1º ano e doze do 9º ano. Por ser a escola pequena e haver apenas uma sala de cada série, não foi possível recorrer a outras turmas para obter mais Termos assinados.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Gomes (2007), o principal objetivo da análise de dados nos estudos qualitativos é explorar o conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema do estudo. A análise de conteúdo foi utilizada neste estudo e consiste em um conjunto de técnicas utilizado para analisar os conteúdos obtidos nas entrevistas.

A análise do conteúdo das entrevistas seguiu as seguintes etapas: Transcrição das entrevistas na íntegra; Agrupamento de relatos de acordo com as cinco perguntas feitas aos participantes; Realização de leituras relacionadas ao tema pesquisado, para que estas pudessem fazer a ligação entre a teoria e a prática; Identificação das falas por palavras que sintetizassem o conteúdo dos relatos; Identificação dos desenhos sobre a dengue; Escolha das falas que representassem os temas identificados; E, para finalizar, a descrição das categorias em tabelas para uma melhor visualização dos dados.

Os desenhos foram agrupados e foi feita a identificação das figuras que caracterizavam as representações sociais da dengue. Estas figuras foram descritas em categorias no Quadro 4 para uma melhor visualização dos dados e foram identificadas junto aos relatos sobre a representação social da dengue.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos com a análise dos dados e a discussão sobre eles. Primeiramente, será apresentado o perfil sociodemográfico dos participantes, seguido das representações de saúde, doença e dengue relatadas, e a análise dos desenhos.

5.1 PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

Entre os participantes desta pesquisa, havia13 meninas, e dez meninos. Quanto à faixa etária, as crianças e adolescentes tinham entre cinco e 16 anos, sendo que 11 tinham entre cinco e seis anos de idade, e 12, entre 14 e 16 anos de idade. Em relação à escolaridade, 11 dos participantes estavam matriculados no 1º ano do Ensino Fundamental, e 12 no 9º ano. A Tabela 1 apresenta um panorama geral dos dados sociodemográficos.

TABELA 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes

Variáveis	**Meninas (n)**	**Meninos (n)**	**Total (n)**
Sexo	13	10	23
Idade			
5 anos	1	3	4
6 anos	5	2	7
13 anos	1	0	1
14 anos	4	2	6
15 anos	1	3	4
16 anos	1	0	1
Escolaridade			
1º ano	6	5	11
9º ano	7	5	12

A escolha de participantes do 1º e do 9º ano foi para que fosse possível observar como o desenvolvimento cognitivo influencia nas representações sociais de saúde, de doença e dengue. De acordo com Papalia e Olds (2000), o desenvolvimento cognitivo influencia a percepção de saúde e doença das crianças e adolescentes. De acordo com a Teoria do Desenvolvimento de Piaget, a idade influencia a forma de compreender o mundo. Crianças entre seis e 12 anos encontram-se no período das operações concretas, tendo seu pensamento voltado para o aqui e agora, e não conseguem pensar abstratamente. Já os adolescentes, em período que se inicia aos 12 – 13 anos e estende-se até os 20 anos, podendo estender-se por muito mais tempo, encontram-se no perído das operações formais, período caracterizado pela capacidade de pensamento abstrato, a possibilidade de imaginar, testar hipóteses e criar teorias.

A diferença no número de meninas e meninos, e de participantes do 1º e 9º ano não estava relacionada a aspectos específicos, uma vez que as crianças e adolescentes participaram da pesquisa conforme entregavam a autorização dos pais e/ou responsáveis, a partir da assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.

5.2 ANÁLISE DOS RELATOS DAS CRIANÇAS

Primeiramente, será feita uma discussão dos relatos sobre saúde produzidos durante as entrevistas. Nota-se que o número de relatos, muitas vezes, não se equipara ao número de crianças e adolescentes, pois, de modo geral, cada um deles relatou mais de uma concepção, analisadas separadamente. Os relatos foram agrupados em categorias que as representavam de forma mais sucinta, e a frequência com que foram relatadas aparece nos quadros.

Para iniciar a entrevista, utilizou-se uma pergunta acerca da representação de saúde para cada um. Questionou-se a cada criança e adolescente, o que era estar com saúde. A partir dos relatos, realizou-se uma classificação desses participantes, conforme está descrito no Quadro 1.

QUADRO 1 - Categorias referentes aos relatos sobre saúde

Categorias	n
Ausência de doença ou sintoma físico	10
Aspectos subjetivos	6
Ter alguma doença	6
Não sabem	4
Atividade física	3
Boa alimentação	2
Brincar	1
Não fumar	1
Formas de prevenir doenças	2
Remédio e médico	2
Total	**37**

Obs: Alguns participantes relataram mais de uma concepção de saúde.

De acordo com o Quadro 1, as representações sociais de saúde relatadas pelos participantes nas entrevistas relacionaram saúde a não apresentar sintomas ou a não estar com doença, o que ocorreu em dez dos relatos.

Esses relatos apontam um modelo biológico de considerar a saúde, por estarem as representações de saúde ancoradas em sintomas físicos. Esse modelo considera a saúde como ausência de doença, sintomas ou problemas, e a saúde e a doença são consideradas fenômenos que podem ser observados e quantificados, dando ênfase às partes do corpo, e não há a concepção da pessoa como um todo (BORUCHOVITCH; MEDNICK, 2002).

De acordo com o estudo de Serpa (2007) sobre a representação social de saúde e doença para portadores de hipertensão arterial e diabetes, considerar a saúde como ausência de doenças e sintomas é perigoso no caso de doenças assintomáticas como o diabetes e a hipertensão. Nesses casos, os sintomas chegam quando o quadro já está avançado, sendo importante para a prevenção não se associar a saúde com sintomas físicos.

Seguem abaixo alguns relatos nos quais as crianças definem saúde como ausência de doenças ou limitações físicas:

> *É saudável... saudável... tipo... assim sem, sem nenhuma... sem nenhuma limitação física, essas coisas.* (P mat 1, 15 anos, 9º ano, masculino)

> *Estar com saúde pra mim é... você estar bem, assim...sem... nenhum tipo de sintoma de nada, sem tá com dor, tá saudável. Certo assim... bem, bem em sinal de tudo. Saúde pra mim é isso. É cê não tê nenhum tipo de... nada assim de... como eu posso dizer?... de doença, de enfermidade, de dor, de nada, saudável. Só.* (P mat 6, 16 anos, 9º ano, feminino)
>
> *Estar com saúde pra mim é não ter doença, [...].* (P mat 7, 14 anos, 9º ano, feminino)
>
> *Tá tudo bem, e... não tiver passando mal. Tiver passando bem.* (P vesp 8, 6 anos, 1º ano, masculino)

A segunda categoria referente aos relatos sobre saúde traz esta associada a aspectos subjetivos, tais como estar feliz. Essa visão demonstra que alguns participantes relacionam a saúde a fatores biológicos, psicológicos e sociais. E de acordo com Stroebe e Stroebe (1995), fatores biológicos, psicológicos e sociais são importantes para a compreensão do processo de saúde e doença. Esses fatores caracterizam o modelo biopsicossocial, que considera o ser humano como um todo, e estados de felicidade também são parte do conceito de saúde.

Um fator considerável para este estudo é que apenas os adolescentes relacionaram saúde a um estado de felicidade. Segundo Papalia e Olds (2000), o desenvolvimento cognitivo é um fator importante para a compreensão sobre saúde e doença e, por isso, os adolescentes conseguiram associá-la a um conceito mais abstrato.

Dos seis relatos sobre saúde como um estado de felicidade, quatro deles vêm junto com falas em que a saúde também está relacionada a doenças. Isso leva a pensar que o modelo biopsicossocial ainda não substitui completamente o biomédico para as crianças e adolescentes deste estudo. No mesmo relato, eles apontam a representação de saúde como um estado de felicidade e a ausência de doenças ou sintomas.

Helman (2006) afirma que, apesar das mudanças no conceito de saúde e doença, na prática ainda se encontra uma predominância de atenção e procura de fatores e evidências físicas de doenças e disfunções; a ênfase está no tratamento físico (drogas, cirurgias, etc.). Apesar de muitos estudos e esforços para a implantação do modelo biopsicossocial, na prática ainda impera o modelo biológico.

Nesse sentido, os participantes deste estudo apresentaram relatos sobre a representação de saúde relacionada a aspectos subjetivos:

> *Ah, é estar feliz. Feliz e também com saúde. Ah, eu acho que é só.* (P mat 12, 14 anos, 9º ano, feminino)
>
> *[...] ah, tá feliz também [...].* (P mat 10, 15 anos, 9º ano, feminino)
>
> *[...] Saúde é... sem um monte de tudo quanto é tipo de mal, de doenças, ser feliz consigo próprio. Isso pra mim é ser saudável.* (P mat 9, 14 anos, 9º ano, masculino)
>
> *Estar com saúde pra mim é não ter doença [...] ter uma vida feliz, saudável.* (P mat 7, 14 anos, 9º ano, feminino)
>
> *[...] tá feliz com ela mesma e com os outros, sem corre-corre de médico pra lá – pra cá,... ah... que que eu penso?... ah, eu acho é... está de bem com a vida... saúde... feliz comigo mesmo.* (P mat 3, 13 anos, 9º ano, feminino)

Outra categoria foi a saúde relacionada com alguma doença, e todos esses relatos foram de crianças. Mais da metade dos participantes associou saúde à gripe suína e à dengue. A gripe suína se tornou uma epidemia durante a época da pesquisa. Todos os meios de comunicação mostravam crianças morrendo por causa da gripe e o que elas deviam fazer para se prevenir. Algumas escolas até cancelaram aulas por ter alunos diagnosticados com a gripe.

As representações de saúde das crianças estão relacionadas a uma doença que teve seu ápice no momento da pesquisa, o que leva a pensar que, as crianças, ao longo do seu desenvolvimento, assimilam a estrutura de pensamento da comunidade em que vivem (DUVEEN, 1995).

É isso o que se verifica nos relatos abaixo de crianças que associaram a saúde com alguma doença:

> *É que tá com tosse.* (P vesp 1, 5 anos, 1º ano, feminino)
>
> *Estar com saúde é gripe suína, [...].* (P vesp 5, 6 anos, 1º ano, feminino)
>
> *É... é gripe suína. A dengue [...].* (P vesp 6, 5 anos, 1º ano, masculino)
>
> *Com gripe suína.* (P vesp 9, 6 anos, 1º ano, masculino)
>
> *É tá com dengue.* (P vesp 10, 6 anos, 1º ano, feminino)

A categoria seguinte traz relatos que revelam outras representações sobre a saúde. No caso das crianças de cinco e seis anos desta pesquisa, a maioria relatou não saber o que é saúde.

O estudo de Banks (1990), sobre o conceito de saúde e doença para crianças, mostrou diferença nos relatos de acordo com a idade. Quando perguntadas sobre o que é a gripe, 60% das crianças de três a cinco anos responderam não saber. A autora constatou em seu estudo que os conceitos de saúde e doença diferem com a idade. Conforme o estudo de Perrin e Gerrity (1981), o entendimento das crianças sobre saúde, doença, prevenção e causas está relacionado aos estágios de desenvolvimento.

Algumas crianças entrevistadas relataram não saber o que é saúde:

> *Hum... não sei.* (P vesp 2, 6 anos, 1º ano, feminino)
>
> *Não sei.* (P vesp 4, 5 anos, 1º ano, masculino)
>
> *Não sei.* (P vesp 7, 6 anos, 1º ano, masculino)

Nesta pesquisa, a atividade física foi apontada em três dos relatos sobre a representação social de saúde. É importante apontar que a representação da atividade física relacionada à saúde só apareceu nos relatos dos adolescentes. Nada foi mencionado entre as crianças de cinco e seis anos.

A literatura indica que a atividade física é considerada um fator importante na manutenção da saúde, pois, de acordo com Papalia e Olds (2000), apesar de a adolescência ser um período saudável, um dos problemas é o sedentarismo, que resulta em maior risco de obesidade, diabetes e doença cardíaca. Para os adolescentes que participaram deste estudo, a atividade física esteve relacionada ao lúdico e ao brincar. Seguem abaixo alguns relatos:

> *[...] por exemplo, você... faz um esporte, você não sente dor de nada, é isso.* (P mat 4, 14 anos, 9º ano, feminino)
>
> *Tá bem. Sei lá. Fazê bastante exercício [...].* (P mat 5, 15 anos, 9º ano, masculino)

Outro aspecto relacionado à representação social de saúde descrito por dois adolescentes foi a alimentação, sendo que uma delas também relacionou a saúde a não fumar. Associar alimentação com saúde é um fator importante, pois, para Marcondes (2004), a saúde e a doença não estão relacionadas apenas a aspectos físicos e genéticos. É importante considerar que a alimentação, educação, trabalho, relações sociais, situação econômica e lazer também influenciam a saúde.

Segundo Stroebe e Stroebe (1995), de acordo com o modelo biopsicossocial, os fatores biológicos, psicológicos e sociais fazem parte do conceito ampliado de saúde e influenciam a saúde e a doença. A pessoa é considerada como um todo, sendo importante considerar esses fatores nos processos diagnósticos e tratamentos, tanto quanto em programas de prevenção e promoção de saúde. Alguns relatos apontaram essa representação de saúde, como por exemplo:

> *[...] sempre procura se alimentar bem, andá sempre, sem fumá, sem fazê coisa que prejudique o organismo.* (P mat 7, 14 anos, 9º ano, feminino)
>
> *Ah... bom... boa nutrição, exercício físicos, e... ah, tá feliz também.* (P mat 10, 15 anos, 9º ano, feminino)

Apenas um adolescente relatou o brincar como representação de saúde. Embora seja apenas uma fala, essa representação social foi construída coletivamente, trazendo valores do grupo que associa saúde ao brincar, visão relacionada ao modelo biopsicossocial para o qual a saúde é bem-estar, é fazer as coisas de que se gosta:

> *Estar com saúde? Ah.. estar com saúde é quando... é brincar, ser feliz... é você fazer as coisas que você gosta... é... as coisa boa que existe... cê fazê tudo que cê gosta.. sem... podê para pra ficá pensando em doença... assim... isso que eu acho que é saúde... só isso.* (P mat 2, 15 anos, 9º ano, masculino)

Outra temática encontrada nos relatos sobre saúde foi relacionada a como prevenir a gripe suína, epidemia que tomou conta do país nos meses que as crianças responderam à entrevista, e como prevenir a dengue. A prevenção da gripe suína vem através de uma fala que está relacionada a um dos meios de pegar a gripe, que é ter contato físico com objetos e pessoas que possam ter o vírus.

Esses relatos indicam que as crianças são atores sociais, incorporam as situações do cotidiano, as informações veiculadas na mídia, as relações com colegas, familiares e na escola (DUVEEN, 1995). As informações sobre a gripe suína foram veiculadas frequentemente pela mídia, gerando uma grande quantidade de informações que acabou causando confusão na diferenciação das duas. Os participantes associaram a representação social da dengue com a da gripe suína, criando representações que, em vez de separar, tornam tudo a mesma coisa, todas são doenças.

Com a compreensão de que as crianças e adolescentes associam as representações, é importante pensar como eles vão aprender sobre saúde com tantas informações sendo veiculadas pela mídia e no cotidiano. Torna-se importante pensar estratégias de prevenção diferenciadas para essa população. Para essas crianças e adolescentes, a representação de saúde também foi:

> *[...] Sei lá... é... não ter muito contato assim com sujeira, que traz... que algumas coisas traz doença [...].* (P mat 7, 14 anos, 9º ano, feminino)
>
> *Estar com saúde é gripe suína, é... é... não pode deixar o mosquito entrar em casa, e pegá gripe da dengue, e... eu tô com gripe, com gripe suína, e o meu irmão já pegou é... é... é... como que é mesmo aquele negócio lá? É... não sei qual que é não... é... tem que tampa a lixeira bem, aí tem que trancá a lixeira, não pode deixá. Tem que jogá as água veia fora, bota só água limpa dentro do coisa, e também não pode deixá as água suja... as água suja dentro do pneu, que o mosquito da dengue —— entra lá dentro do carro e mordi tudo eles, e eles fica com dengue o com gripe suína, o com leishmaniose ou com... ou com mosquito da dengue,porque ele tem que... tem que lavá a cozinha, não pode deixar nada, nada sujo, nada sujo ali, porque o mosquito da dengue mata, não mata tia? Então tem que fechar bem a lixeira. Só isso.* (P vesp 5, 6 anos, 1º ano, feminino)

As representações sociais de saúde para as crianças revelaram a saúde como ausência de doenças ou não apresentarem sintomas físicos. Algumas relacionaram saúde a alguma doença e outras relataram não saber o que é saúde. Apresentaram também uma representação associada de dengue com a gripe suína. Para os adolescentes, a saúde, tal como para as crianças, foi relacionada à ausência de doenças e sintomas físicos e revelaram também a representação social de dengue associada à de gripe suína. Os adolescentes também apontaram representações abstratas de saúde, relacionando saúde a estados de felicidade. Associaram saúde à alimentação e ao brincar, sendo essa uma forma de bem-estar, e também a atividade física, que para esses participantes se constitui uma atividade do cotidiano. A diferença foi que as crianças não relacionaram saúde a estados de felicidade, alimentação, brincar e atividade física.

Todos esses relatos expressam como as representações sociais de saúde são particulares de acordo com a faixa etária e desenvolvimento cognitivo. Esses fatores devem ser levados em consideração quando se pensa em ações voltadas para a saúde na infância e adolescência.

5.2.1 As representações sociais da doença

Serão identificadas agora as representações sociais de doença para as crianças e adolescentes que participaram desta pesquisa. O Quadro 2 apresenta um quadro geral dos relatos para a pergunta “o que é ficar doente para você?”.

QUADRO 2 -Categorias referentes aos relatos sobre doença

Categorias	n
Sintoma físico	8
Ter alguma doença	6
Restrição de atividade	5
Ir ao médico ou ao posto/hospital	4
Dengue	4
Descrição da doença	3
Não sabem	2
Aspecto subjetivo	2
Ficar internado	2
Não se espera	1
Outros	4
Total	**42**

Obs.: A categoria Outros agrupa relatos que foram pouco mencionados nas entrevistas, e alguns participantes relataram mais de uma concepção de doença.

Para oito participantes deste estudo, a representação social da doença estava associada a sintomas físicos. Dentre os sintomas físicos foram citados vomitar, ter febre, sentir-se mal, dor no corpo, tossir, catarro, diarréia e espirrar.

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. Esse resultado sobre a representação de doença se confirmou no presente estudo, pois a maioria dos relatos sobre doença continha sintomas fisiológicos.

Segundo Vala (2004), a objetivação procura tornar visível e real algo abstrato, juntar um conceito a uma imagem, é o processo pelo qual os elementos que compõem uma representação se organizam e se tornam expressões da realidade. É dessa forma que o conceito abstrato de doença se objetiva na forma de sintomas físicos. Abaixo estão descritos alguns relatos sobre doença associados a sintomas físicos:

> *Fica tossindo, fica espirrando na frente dos outro, tem que tampá a boca.* (P vesp 10, 6 anos, 1º ano, feminino)
>
> *É... passá mal, vomitá, tê febre, se senti mal. Pra mim isso é que é doença. Acho que só.* (P mat 7, 14 anos, 9º ano, feminino)

Para seis participantes, a representação de doença estava relacionada a aspectos fisiológicos, a "pegar" alguma doença física. Esta representação está associada ao modelo biomédico, para o qual o adoecer está relacionado a uma causa externa.

> *Ficar doente??... pegá uma doença... só.* (P mat 10, 15 anos, 9º ano, feminino)
>
> *Da dengue.* (P vesp 7, 6 anos, 1º ano, feminino)
>
> *É com dengue, tossindo, com diarréia, vomitando.* (P vesp 8, 6 anos, 1º ano, masculino)

Como se pode notar no Quadro 2, cinco dos participantes disseram que estar doente é ter suas atividades restringidas. Nota-se, assim como nos adultos, que as crianças e adolescentes percebem a doença a partir de aspectos funcionais. De acordo com o estudo de Serpa (2007), as doenças foram relacionadas à dificuldade ou incapacidade de trabalhar, realizar tarefas dentro de casa e garantir o sustento da família. Essa forma de enxergar a doença também foi encontrada em alguns estudos com crianças e adolescentes (HELMAN, 2006; MOREIRA; DUPAS, 2003; VASKILAMPI; KALPIO; HALLIA, 1996). Pode-se perceber o aspecto funcional nas falas a seguir:

> *Tédio, horrível, odeio tomar injeção, vacina, remédio... ficá indo em hospital... aí, tem que ficá só de cama, não pode fazê nada, eu sou uma pessoa assim: que não consigo ficá parada, que eu faço muita coisa, então quando eu fico doente eu não posso ir pra lugar nenhum, né?.. tem que fica só à base de chazinho... horrível, sensação muito estranha... só.* (P mat 3, 13 anos, 9º ano, feminino)
>
> *É você... é quando você não consegue, tipo... não consegue fazê nada, entendeu? Você... fica. Fica... fica mal... fica meia fraca, só que sabê de ficá deitada, entendeu?* (P mat 7, 14 anos, 9º ano, feminino)

> *Doente é sentir mal, né? Fica em casa o dia inteiro... lá sem fazê nada, com dor no corpo, sem fazer aquilo que você gosta, atividades, essas coisas.* (P mat 9, 14 anos, 9º ano, masculino)

Três participantes relataram descrições de doença e demonstraram preocupação em relação a ela. Segundo Papalia e Olds (2000), a doença é um fenômeno assustador, e, para as crianças pequenas, compreendê-la é uma experiência perturbadora que as deixa aflitas.

> *Ficar doente?!... Uma coisa horrível... é.. pior coisa que existe* [...]. (P mat 2, 15 anos, 9º ano, masculino)
>
> *É uma coisa que... que... é... é muito forte a dor, aí por isso que eu não gosto.* (P vesp 11, 5 anos, 1º ano, masculino)

O relato de um adolescente descreveu a doença como sendo algo que não se espera e acontece. Essa concepção remete à ideia de que a prevenção não adianta e que a doença pode acontecer de qualquer forma, não há o que fazer, a pessoa não precisa se cuidar, criando assim maiores condições de vulnerabilidade. Abaixo, encontra-se a transcrição do relato do participante:

> *[...] Ah, fica doente é... uma coisa que você menos espera e acontece. Só isso. (P mat 6, 16 anos, 9º ano, feminino)*

Quatro crianças apontaram a dengue como a representação social de doença e apenas um fator como causador dela. O estudo de Perrin e Guerrity (1981) encontrou resultados parecidos. Observaram que os adolescentes tendiam a relacionar vários fatores como causa das doenças, enquanto as crianças apresentavam uma visão mais restrita. Seguem os relatos:

> *É com dengue, tossindo, com diarréia, vomitando.* (P vesp 8, 6 anos, 1º ano, masculino)
>
> *Da dengue.* (P vesp 7, 6 anos, 1º ano, feminino)
>
> *É um mosquitinho, quando ele pica a gente a gente fica doente.* (P vesp 2, 6 anos, 1º ano, feminino)

A categoria Outros trouxe concepções de doença relacionadas à ingestão de alimentos ruins, morte, injeção, vacina e remédio. Estas representações podem ser identificadas nos relatos a seguir:

> *É... pra mim é... que alguma coisa ataca ne mim se eu come alguma coisa ruim, daí se eu ____ mão no nariz eu vomito, daí se eu... se eu é... "colo" alguma coisa é... lá dentro atacando da minha barriga daí minha mãe tem que me levar no médico daí eu vou internado [...].* (P vesp 6, 5 anos, 1º ano, masculino)
>
> *É quando fica tossindo, fica... fica... com catarro, aí, aí fica também com catapora, também as vezes morre, né? [...].* (P vesp 4, 5 anos, 1º ano, masculino)
>
> *Tédio, horrível, odeio tomar injeção, vacina, remédio... fica indo em hospital... [...].* (P mat 3, 13 anos, 9º ano, feminino)

Nos relatos sobre saúde, um participante trouxe um relato que será discutido aqui junto com os relatos sobre doença. O participante (P vest 6, 5 anos, 1º ano, masculino) associou saúde ao comportamento de colocar lápis, borracha e canetinha na boca podendo causar a morte. Saúde e doença encontram-se ancorados ao comportamento de ingerir algo que possa levar a morte. A seguir, o relato da criança:

> *[...] num pode come ponta de lápis porque senão morre, e também não pode come canetinha nem borracha senão morre. Nem lápis de cor.* (P vesp 6, 5 anos, 1º ano, masculino)

Duas crianças relataram não saber o que é doença e segundo o estudo de Banks (1990) sobre o conceito de saúde e doença para crianças de três a 15 anos, há diferença nas respostas de acordo com a idade. A autora constatou que os participantes com mais idade conseguem ter percepções mais específicas e cientificamente consistentes quando comparadas com os de menor idade. Outro fator pode estar de acordo com a visão de Lauwe e Feuerhahn (2001), de que as representações das crianças se formam por meio das interações delas com o ambiente em que vivem, ou seja, talvez não falem sobre saúde e doença em seu cotidiano, pois falar sobre isso no modelo biomédico é tarefa do médico, assunto para ser tratado dentro do consultório. Por estarem no primeiro ano do ensino fundamental, ainda não foram contempladas com programas de educação em saúde na escola.

As representações sociais de doença para crianças e adolescentes revelaram ser semelhantes, quando a associam a sintomas físicos e contraír alguma doença. Também descreveram a doença como uma coisa horrível e a apontaram como um fator que restringe suas atividades. Somente as crianças associaram doença a dengue, relatando apenas um fator como causador de doença, e duas relataram não saber. Diferentemente das crianças, um adolescente associou doença a algo que não se espera e acontece. É importante levar em consideração as concepções da população com essa faixa etária no processo de construção de programas de prevenção voltados para as crianças e adolescentes.

5.2.2 As representações sociais da dengue

Esta parte do trabalho buscará identificar as representações sociais da dengue para os participantes deste estudo. A classificação dos relatos e dos desenhos encontra-se no Quadro 3 e no Quadro 4.

QUADRO 3 - Categorias referentes às representações sociais da dengue

Categorias	**n**
Doença	8
Descrição da prevenção	7
Mata as pessoas	5
Mosquito	4
Não sabem	4
Comparação com a gripe suína	2
Abelha	1
Barata	1
Coisa podre	1
Total	**33**

Obs: Alguns participantes relataram mais de uma concepção sobre a dengue.

O Quadro 4 mostra as categorias que identificam as representações sociais de dengue por meio dos desenhos que as crianças e adolescentes fizeram.

QUADRO 4 - A dengue expressa por meio de desenhos

Categorias	n
Mosquito	8
Casa	8
Locais de acúmulo de água e proliferação do mosquito:	
– recipientes com água	5
– pneus	5
– vaso de planta com areia	5
– garrafas	4
– lixo	3
– piscina	2
– grama	2
– caixa d água tampada	2
– calhas	1
– balde com mosquito	1
– pia	1
– janela	1
Menina picada pelo mosquito	3
Abelha	2
Borboleta	1

Obs: Alguns desenhos continham mais de um objeto.

De acordo com o Quadro 3, as representações sociais de dengue relatadas por oito adolescentes nas entrevistas relacionaram dengue a uma doença, mostrando ter a mesma concepção de dengue que as veiculadas pelas campanhas do Ministério da Saúde.

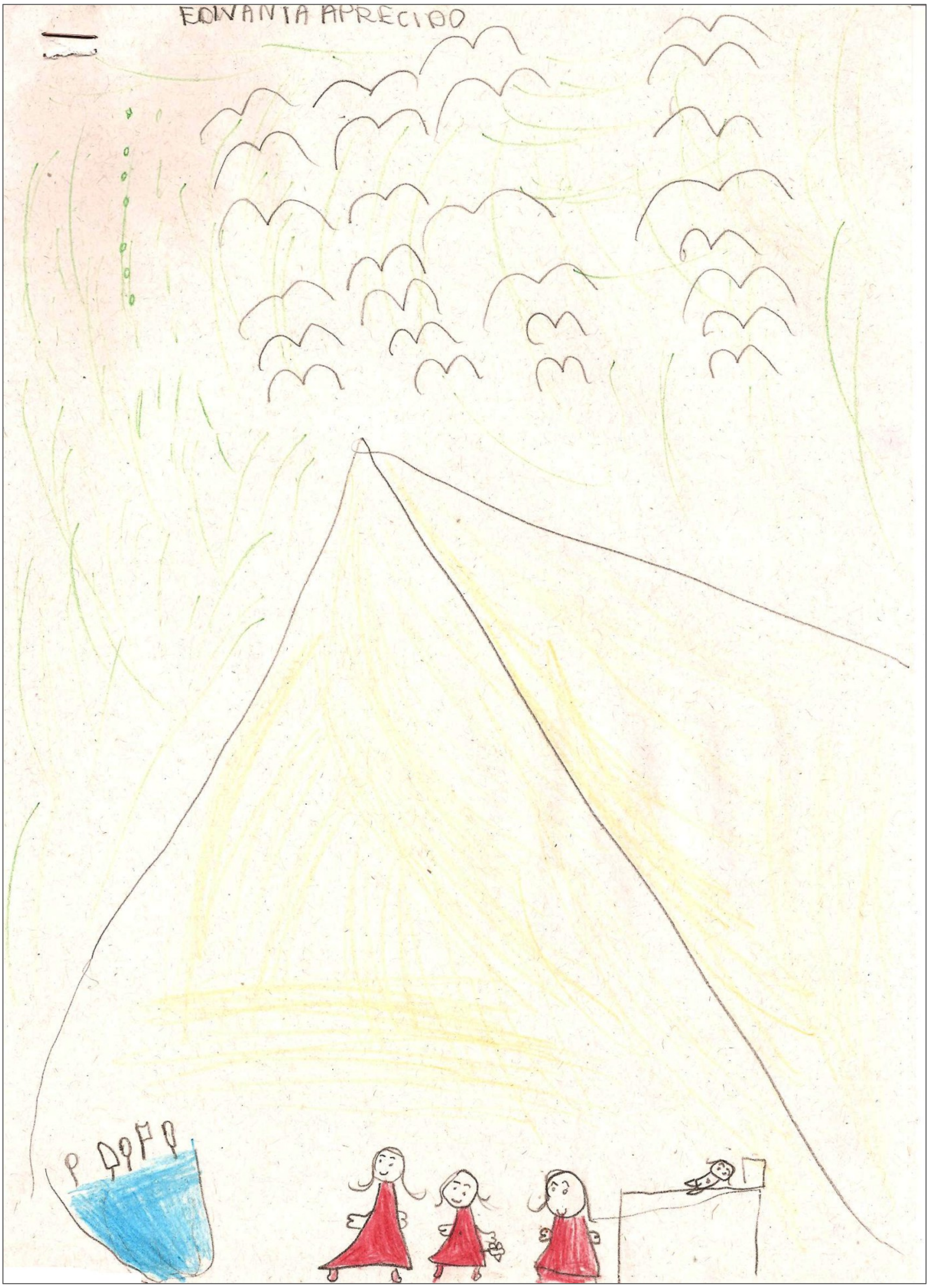
O Ministério da Saúde veicula nacionalmente uma campanha intitulada “Brasil Unido Contra a Dengue”, buscando a prevenção da doença. Existem jogos sobre a dengue no site do Ministério da Saúde voltados para o público infantil, material para professores trabalharem em sala de aula, propagandas veiculadas pela mídia com atores infantis. É um site explicativo e interativo (BRASIL, 2010b).

> *Dengue pra mim é uma doença, eu já peguei dengue já também... fiquei entrenado é uma doença, não... não é uma doença... comum não...* (P mat 1, 15 anos, 9º ano, masculino)

> *Dengue é uma doença, epidemia, transmitida através de um mosquito* Aedes aegypti. (P mat 10, 15 anos, 9º ano, feminino)

Junto com a representação social da dengue, os desenhos também revelaram várias concepções. Um deles foi uma menina com dengue deitada na cama. Segundo o relato feito pela criança, ela foi infectada pelo mosquito e está triste, junto com a mãe. Também desenhou um balde com água e os mosquitos dentro. Esse desenho está relacionado à concepção de dengue como uma doença, pois a menina está na cama enferma.

Desenho 1 (P vesp 2, 6 anos, 1º ano, feminino):


EDWANIA APRECIDO

Cinco participantes trouxeram uma representação social de dengue como doença que mata. Pode-se atribuir a construção dessa representação a partir de casos da dengue hemorrágica. Existem várias formas de manifestação da dengue, sendo uma delas a hemorrágica. Ela pode provocar manchas avermelhadas pelo corpo, sangramento nas gengivas e nariz, hemorragias internas e falência de órgãos, podendo levar à morte (BRASIL, 2009). Alguns participantes mostraram conhecer esse tipo de dengue:

> *Ah... é uma doença que mata bastantes pessoas, né? As pessoas não cuidam, acham que é brincadeira, mas quando acontece com ela, ela vai vê que é sério.* (P mat 12, 14 anos, 9º ano, feminino)
>
> *É... eu acho que é uma doença muito perigosa, que eu já peguei dengue também,né? Tem que cuidar bem, senão... pode levar até à morte, né? Muito sério. Minha mãe também sabe muito sobre isso, né? A gente foi lá no posto, mas é muito perigoso essa doença.* (P mat 11, 14 anos, 9º ano, feminino)
>
> *A dengue é... é... um perigo sério, é um perigo porque ela já matou um monte de gente.* (P vesp 7, 6 anos, 1º ano, feminino)

Quando perguntados sobre o que é a dengue, sete crianças e adolescentes descreveram medidas de prevenção da dengue. Segundo Lenzi e Coura (2004), um estudo sobre informações veiculadas nos meios de comunicação acerca da doença e a prevenção mostra que materiais informativos divulgados em campanhas de saúde pública têm grande relevância no esclarecimento da população. As informações geram as representações sociais também, portanto, devido ao número de crianças e adolescentes que descreveram a prevenção da dengue, é possível pensar que as campanhas deram ênfase na prevenção, mostrando que crianças e adolescentes também podem se beneficiar de campanhas preventivas:

> *A dengue... pra mim é uma doença assim que não tem cura, pro meu conhecimento não tem cura, e que a gente pode prevenir não deixando água parada na nossas casas, nos vasilhames de plantas, nas tampinha de garrafa, nesses lixo que encontra em terrenos baldio, essas coisa. Isso é dengue pra mim.* (P mat 9, 14 anos, 9º ano, masculino)
>
> *A dengue? Tem três tipos de dengue, né? Ah... se você não cuida direito, num limpa dentro do quintal, deixa água parada assim é perigoso vim o mosquito, dexá os ovos lá e você acabá pegando. O mosquito te pega, e você acaba pegando a dengue. Se não cuida direito, é perigoso até você morre, né? É isso.* (P mat 7, 14 anos, 9º ano, feminino)

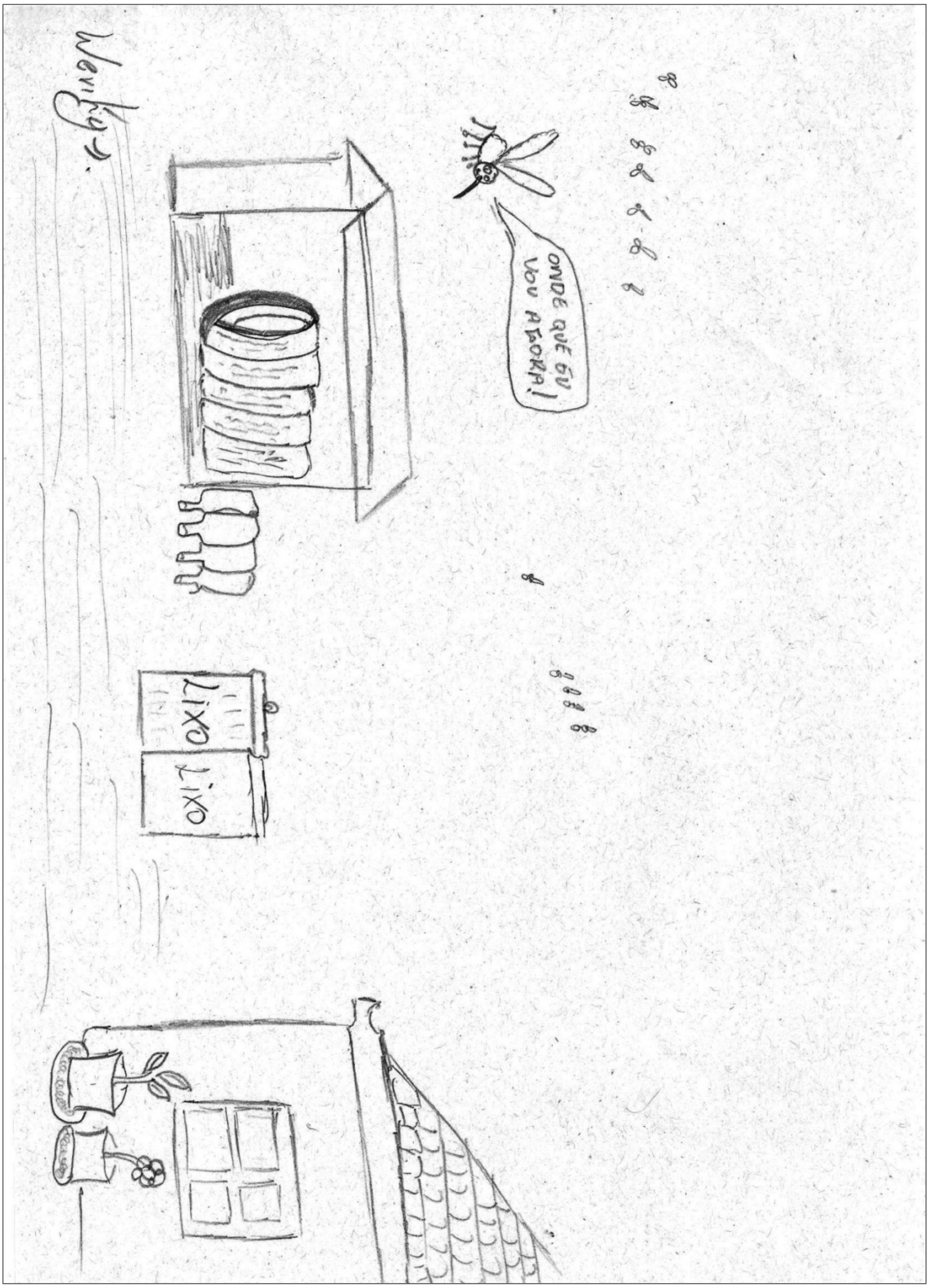
> *A dengue? É... não deixá água no balde, não deixá a pranta com bastante água, e não pega o balde e enchê e deixá no quintal, senão pega dengue.* (P mat 2, 6 anos, 1º ano, feminino)

Além de descreverem a prevenção da dengue, as crianças e adolescentes desenharam locais de acúmulo de água e proliferação do mosquito, mostrando que as crianças e adolescentes conhecem bem as formas de prevenção.

O desenho a seguir, realizado por um adolescente, mostra pneus protegidos por um telhado que impede o acumulo de água, garrafas de boca para baixo, lixos tampados, calha da casa com lugar para escoamento de água, plantas com areia e vários mosquitos indo embora por não terem encontrado lugar para se reproduzir. Essa concepção remete à ideia de que, se acabarem os locais onde o mosquito possa se proliferar, não haverá mais dengue.

As campanhas publicitárias são muito importantes segundo Lenzi e Coura (2004), e, por meio das representações encontradas nos desenhos que remetem à prevenção da dengue, pode-se entender que as crianças e adolescentes prestam atenção às informações veiculadas na mídia e que, mesmo nos meses de inverno, lembram-se de formas de prevenir o mosquito, porém, não se sabe se no cotidiano elas conseguem organizar todas essas informações.

Desenho 2 (P mat 9, 14 anos, 9º ano, masculino):

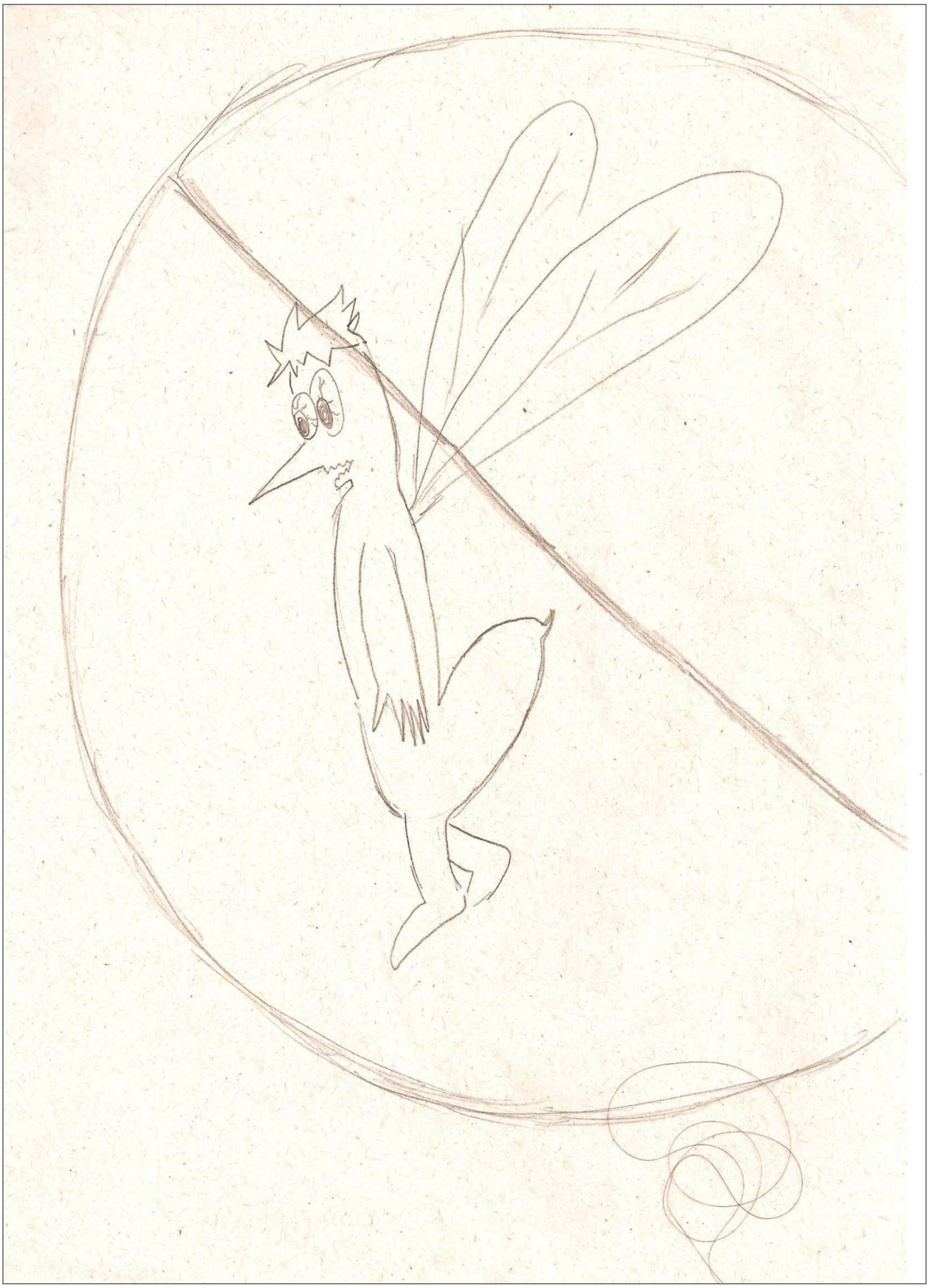

ONDE QUE EU VOU AGORA!
LIXO
LIXO

A nomeclatura do mosquito é algo frequentemente divulgado pela mídia como parte das campanhas. Foi possível perceber essa construção por meio de relatos e desenhos em que associaram a transmissão da dengue ao mosquito Aedes Aegypti. Esses relatos estão em concordância com os encontrados no estudo de Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996), no qual uma das explicações sobre a causa das doenças era o contágio por meio de outra pessoa, microorganismos, vírus, bactérias ou mosquito:

> *Dengue pra mim é um... (longo silêncio) um mosquito aquele que solta... que... ou... a larva e vira aquele bichinho estranho e feio que vai lá e a gente acha que, às vezes, pode ser um pernilongo, tem um monte de tipo desses pernilongo... e... pra mim é isso.* (P mat 6, 16 anos, 9º ano, feminino)
>
> *Dengue é uma doença, epidemia, transmitida através de um mosquito Aedes Aegypti.* (P mat 10, 15 anos, 9º ano, feminino)
>
> *Dengue é os mosquitos [...].* (P mat 6, 5 anos, 1º ano, masculino)

O desenho a seguir, realizado por um adolescente, mostra o mosquito da dengue na página toda como o vilão, pois apresenta uma tarja de proibido em cima da figura. Muitos desenhos feitos por crianças e adolescentes continham o mosquito. Em alguns, ele estava sozinho na página, em outros ele fazia parte do contexto do desenho, estando inserido dentro de um balde, de uma piscina ou voando perto dos outros objetos desenhados.

Desenho 3 (P mat 1, 15 anos, 9º ano, masculino):



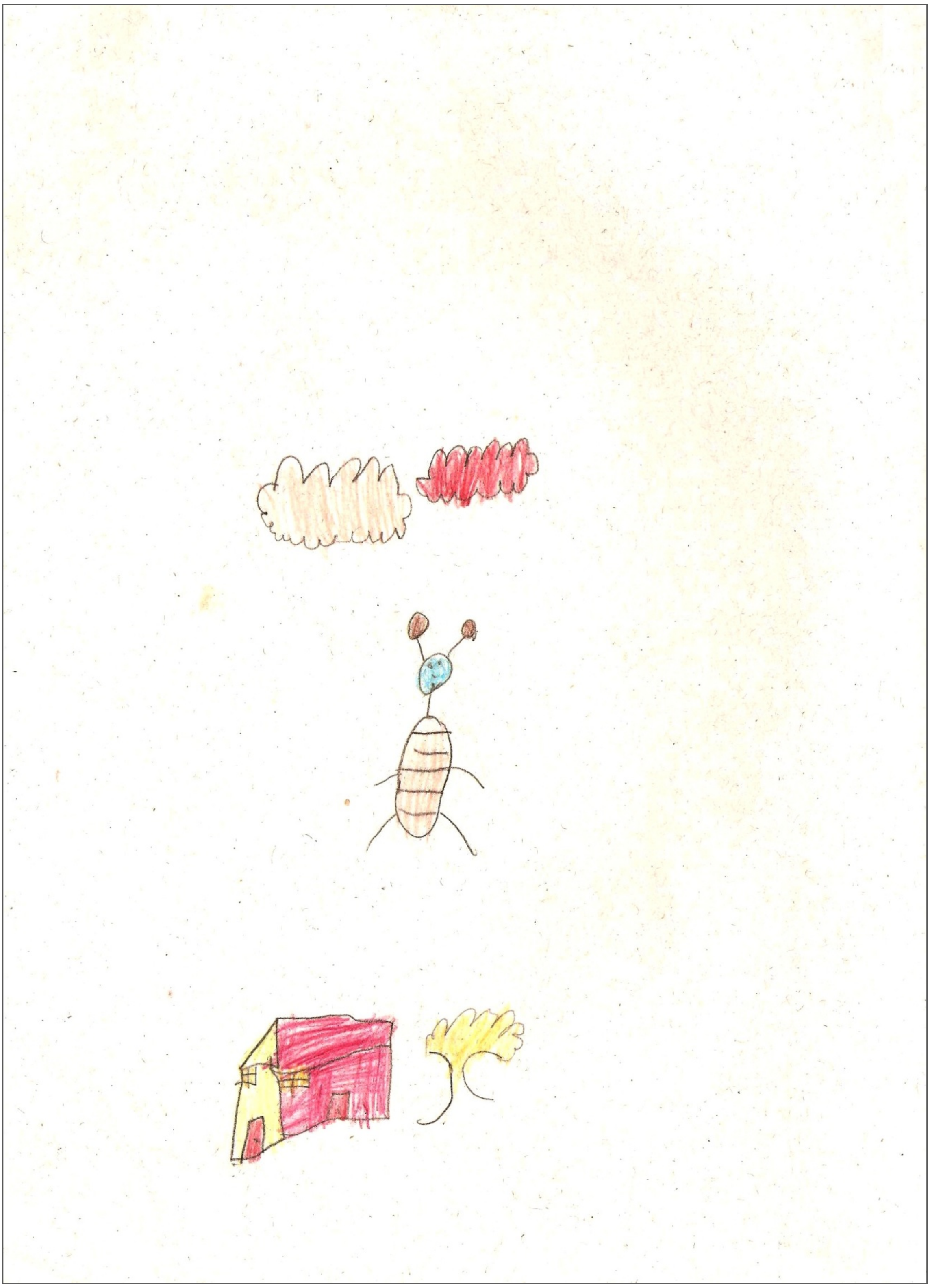
O relato de duas crianças relacionou dengue a algum animal (barata e abelha). Porém, ambos são insetos que, de certa forma, podem ser associados com o mosquito. A abelha é um inseto que pode ser relacionado com a dor, pois sua picada é dolorida, e a barata com a sujeira, estando a representação de barata e abelha ancoradas à sujeira e ao dolorido. As crianças objetivaram a dor e a sujeira na figura da barata e da abelha.

Estudos observaram diferença na percepção de causas, prevenção de doenças entre crianças de faixa etária diferente, mostrando que o desenvolvimento cognitivo influencia a percepção (PAPALIA; OLDS, 2000; VASKILAMPI; KALPIO; HALLIA, 1996; PERRIN; GERRITY, 1981; CORDAZZO, 2004). Essa diferença também foi percebida neste estudo, pois só crianças muito jovens relacionaram o mosquito da dengue à barata e à abelha:

> *Não entra barata dentro de casa. Passa veneno.* (P vesp 9, 6 anos, 1º ano, masculino)
>
> *A dengue é uma abelha. [...].* (P vesp 3, 6 anos, 1º ano, feminino)

A criança que associou a dengue a uma abelha no seu relato também desenhou a abelha, mostrando a compatibilidade das representações trazidas por meio das falas com o seu desenho.

Desenho 4 (P vesp 3, 6 anos, 1º ano, feminino):



Segundo Lenzi e Coura (2004), as campanhas informativas são muito importantes, porém as autoras apontam que as campanhas de combate à dengue no Brasil não são permanentes, sua retomada e intensificação se dá na época do verão, período no qual o nível pluviométrico aumenta com as chuvas e ocorre o crescimento populacional do vetor. Foi possível perceber isso neste estudo com as crianças, feito nos meses de inverno, pois quatro não sabiam o que era a dengue, e duas fizeram uma associação de dengue com gripe suína, epidemia que estava a todo momento nos meios de comunicação.

Um adolescente e uma criança relataram a representação social da dengue associada à gripe suína, eles juntaram dengue com gripe, criando representações que tornam gripe e dengue a mesma coisa ao invés de separá-las. A representação social da dengue explicada por meio da gripe suína trata-se de uma representação associada. O conceito de gripe suína juntou-se ao de dengue:

> *Dengue? É... pra mim?... É que... é... que dengue não pode ficá picando ninguém, nem gripe suína pode ficar picando ninguém, senão a gente morre e tem que trazer garraf.. garrafinha pra escola, copo pra bebê água, não pode ficá bebendo água no bico da.. da... garrafa dos outro senão pega boquera e também e... e... fica doente ainda. Só.* (P vesp 5, 6 anos, 1º ano, feminino)
>
> *É uma doença, tipo gripe, quase. Só.* (P mat 8, 14 anos, 9º ano, masculino)

Durante a realização do desenho, uma adolescente fez um relato sobre o que sabia da dengue no momento da entrevista e o que sabia antes. Relatou que, quando chega uma doença nova, as pessoas se esquecem das antigas. Lenzi e Coura (2004) acreditam que a intensificação das campanhas apenas nos meses de verão é um ponto negativo, pois isso gera a idéia de que a doença só acontece nesses meses, sendo essa uma concepção que cria condições de vulnerabilidade. A fala da aluna apresenta essa confusão:

> *É, agora eu não sei muito sobre a dengue, antes eu sabia - Ichi – um monte de coisa sobre isso, né? Surgiu essa doença, né? H1N1, agora eu esqueci bastante coisa da dengue. Sabia um monte de coisa. Surgiu essa mais grave daí acabei esquecendo um pouco das coisa que eu sabia sobre a dengue. [...] As mais simples a gente acaba esquecendo. As mais simples, tipo, quando vem outra doença, né? As mais perigosa a gente acaba esquecendo das mais simples, e acontecendo com as mais simples acontencendo a doença, né? E a outra que a gente tá preocupando, né? As vezes até não acontece, daí quando a gente se desliga da doença que já aconteceu, acaba acontecendo com você mesmo.* (P mat 11, 14 anos, 9º ano, feminino)

Uma criança relacionou a dengue a coisas podres, sendo essa uma representação social construída por meio das campanhas de prevenção que associam dengue ao acúmulo de lixo:

> *Dengue é os mosquito. As coisas que é podre. Que não pode é... que não pode comê nada podre.* (P vesp 6, 5 anos, 1º ano, masculino)

Tanto para as crianças como para os adolescentes, as representações sociais de dengue foram relacionadas à transmissão por mosquito, à dengue hemorrágica e às medidas de prevenção. Também relataram representações sociais associadas da dengue com a gripe suína. Apenas os adolescentes associaram gripe suína com doença, e somente as crianças com barata, abelha e coisas podres, além de algumas relatarem não saber o que é a dengue. As diferenças nas representações da dengue foram menores do que as encontradas nos relatos sobre saúde e doença.

5.2.3 Em relação à prevenção da dengue

Outra questão da entrevista perguntava "o que as pessoas têm de fazer para não pegar a dengue?". Segue o Quadro 5 com a classificação das precauções que as pessoas têm de tomar para não pegar a dengue.

QUADRO 5 - Categorias referentes a relatos sobre o que as pessoas têm de fazer para não pegar a dengue

Categorias	**n**
Cuidar objetos e locais que acumulem água	18
Associação com a prevenção da gripe suína	5
Limpar quintal e terreno	4
Cuidado com o lixo	2
Não ter contato com o mosquito	2
Uso de repelente	2
Veneno	1
Total	**34**

Obs: Alguns participantes relataram mais de uma concepção.

De acordo com os relatos, a maioria dos participantes associou a prevenção da dengue ao cuidado com objetos e locais que possam acumular água, sendo essa uma concepção de acordo com as informações fornecidas pelo Ministério da Saúde.

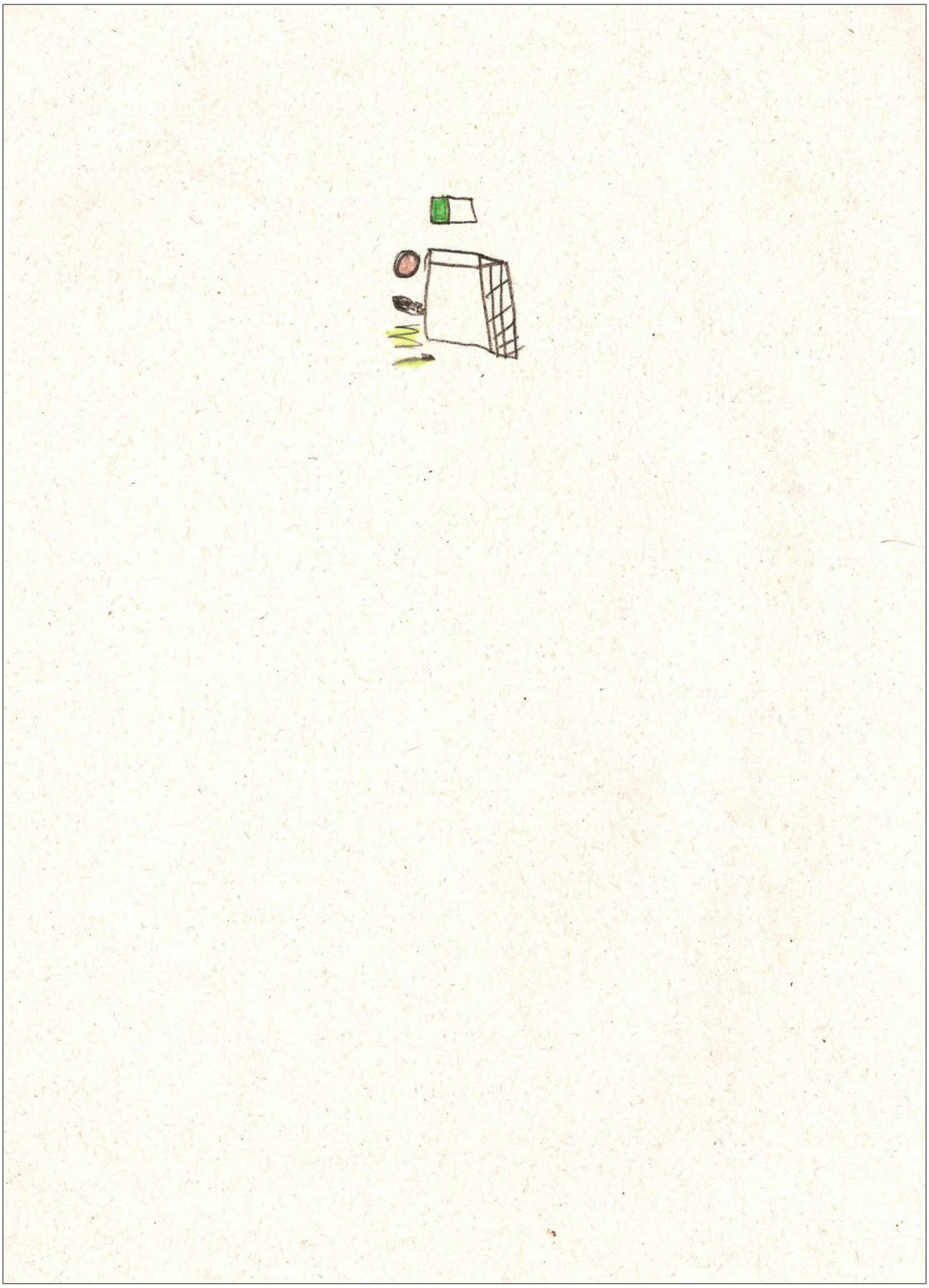
Quando questionadas sobre o que as pessoas têm de fazer para não pegar a dengue, dezoito das crianças e adolescentes participantes deste estudo relataram medidas de acordo com as apontadas pelo Ministério da Saúde em relação a uma das formas de prevenção, que consiste em cuidar de locais e de objetos que acumulem água. Os locais citados foram pneus, baldes, vasos com água, caixa d água, aquário, garrafas, vasilha de cachorro e calhas.

As representações sociais da dengue que estão associadas à prevenção têm sido construídas coletivamente tanto pelas campanhas veiculadas na mídia, quanto pelos agentes comunitários de saúde que entram nas casas buscando os focos do mosquito e levando informações sobre a doença, prevenção e sintomas.

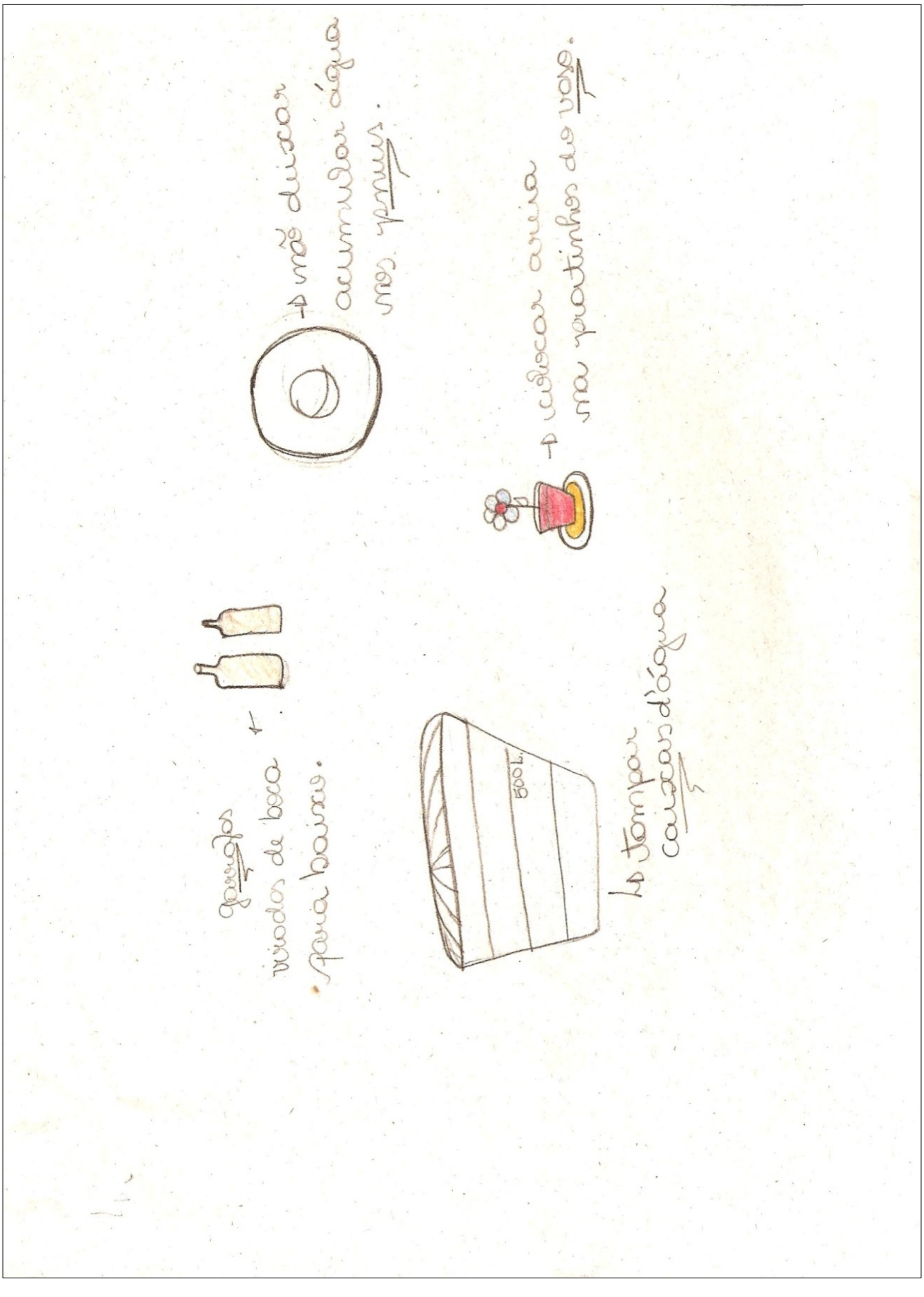
> *É porque não pode deixar coisa enchida no galão de água, tem que jogá sempre fora, deixá virada pa não pegá. Tem que virar todos galão e todos potes assim desse tamanho pra não enchê de água e não ficá com dengue.* (P vesp 1, 5 anos, 1º ano, feminino)
>
> *Jogá água fora. Água da vasilha porque senão a gente pega dengue. Daí a gente tem que... tem que... daí a gente morre se pega dengue.* (P vesp 6, 5 anos, 1º ano, masculino)
>
> *Não deixá pneu, não deixá lixo, não deixá vasilha, é... negócio, potinho de Danone, copinho, garrafinha.* (P vesp 8, 6 anos, 1º ano, masculino)
>
> *Tem que.. evitar deixar... balde de cabeça pra cima pra num acumular água não, num deixá... Acumular água parada... dexá sempre os terreno limpo, pra num... pro mosquito num se armazená... deixá os ovinhos deles lá pra eles fazê os mosquitinhos dele lá...* (P mat 2, 15 anos, 9º ano, masculino)
>
> *Cê tem que tirá, num deixar acumular água dos pneus, em garrafas, em todos os locais que tivá com água você vira a va a... o objeto que tivé de cabeça pra baixo, pra não acumulá água da chuva ou águas parada, água parada.* (P mat 4, 14 anos, 9º ano, feminino)
>
> *Se prevenir, não deixa água parada. Só.* (P mat 8, 14 anos, 9º ano, masculino)

Cuidados com objetos e locais que possam acumular água foram desenhados por crianças e adolescentes. A criança relatou ter desenhado “potinho, pneu, lixo e mato”. Já a adolescente desenhou caixa d´agua tampada, vaso de flor com areia, pneu e garrafas viradas de cabeça para baixo, conforme os desenhos a seguir.

Desenho 5 (P vesp 8, 6 anos, 1 ano, masculino):



Desenho 6 (P vesp 3, 14 anos, 9º ano, feminino):


→ não deixar acumular água nos pneus.
→ colocar areia no pratinho do vaso.
garrafas virados de boca para baixo. ←
500L.
→ Tampar caixas d'água

A categoria seguinte trouxe o relato de cinco crianças que associaram a prevenção da dengue com a da gripe suína. Eles associaram a forma de prevenir a dengue com as formas de prevenir a gripe.

O estudo com crianças sul-africanas de Peltzer e Promtussananon (2003) revelou que crianças mais velhas conseguem apontar mais ações preventivas corretas do que crianças de menos idade e, também, o quanto campanhas informativas na mídia foram importantes fonte de informação sobre a AIDS para as crianças daquele estudo. Observou-se no presente estudo o quanto algumas crianças ficaram confusas sobre a prevenção da dengue e o quanto a mídia foi importante fonte de informação sobre a gripe suína:

> *É lavá as mão, ——, de limpar as coisas, lavá... tomá banho, lavá as coisa também.* (P vesp 4, 5 anos, 1º ano, masculino)
>
> *O quê? A gente tem que tampá bem a lixeira, não deixá nem... dexá a casa limpa, cherosa, passá álcool na casa e limpá o chão. Só.* (P vesp 5, 6 anos, 1º ano, feminino)
>
> *É, quando tá plantando uma plantinha, só põe areia só pra poder plantar, lavar as mãos todos os dias e, não deixar pegar em você.* (P vesp 7, 6 anos, 1º ano, feminino)
>
> *Toma cuidado com os outros que tem gripe pra não pega.* (P vesp 10, 6 anos, 1º ano, feminino)
>
> *Nós tem que fazer assim, ó? Quando chove tem que fechar a tampa do lixo aí, aí... isso que tem que fazer quando... aí tem que fazê isso... senão aí também tem que jogar os pneus no lixo pra não pegá dengue, é... não é pra tomar também é... quando uma pessoa tá tomando numa garrafinha, aí a outra pessoa vem toma a garrafinha.* (P vesp 11, 5 anos, 1º ano, masculino)

Quando perguntados sobre o que fazer para não pegar a dengue, dois participantes relataram a importância de ter cuidados com o lixo, e quatro, com os quintais e os terrenos. Essa é uma concepção relacionada às formas de prevenção divulgadas em campamhas sobre a dengue, pois o tratamento adequado do lixo também é uma forma importante de prevenção e que tem efeito na construção das representações sociais (BRASIL, 2009):

> *Se prevenir, não deixa água parada, garrafa aberta com água tampa, e se tiver em algum vai lá e tira, deixar o quintal sempre limpo, sem sujeira, tudo limpo pra não ter onde o mosquito tê o local para ele colocá o seu... uuu... a larva dele. É isso.* (P mat 6, 16 anos, 9º ano, feminino)
>
> *Bom, é... tirá água das plantas e colocar areia, tirá água das calhas que ficam com, é... fica é... localizado lá algumas sujeiras de folha talvez, né?*

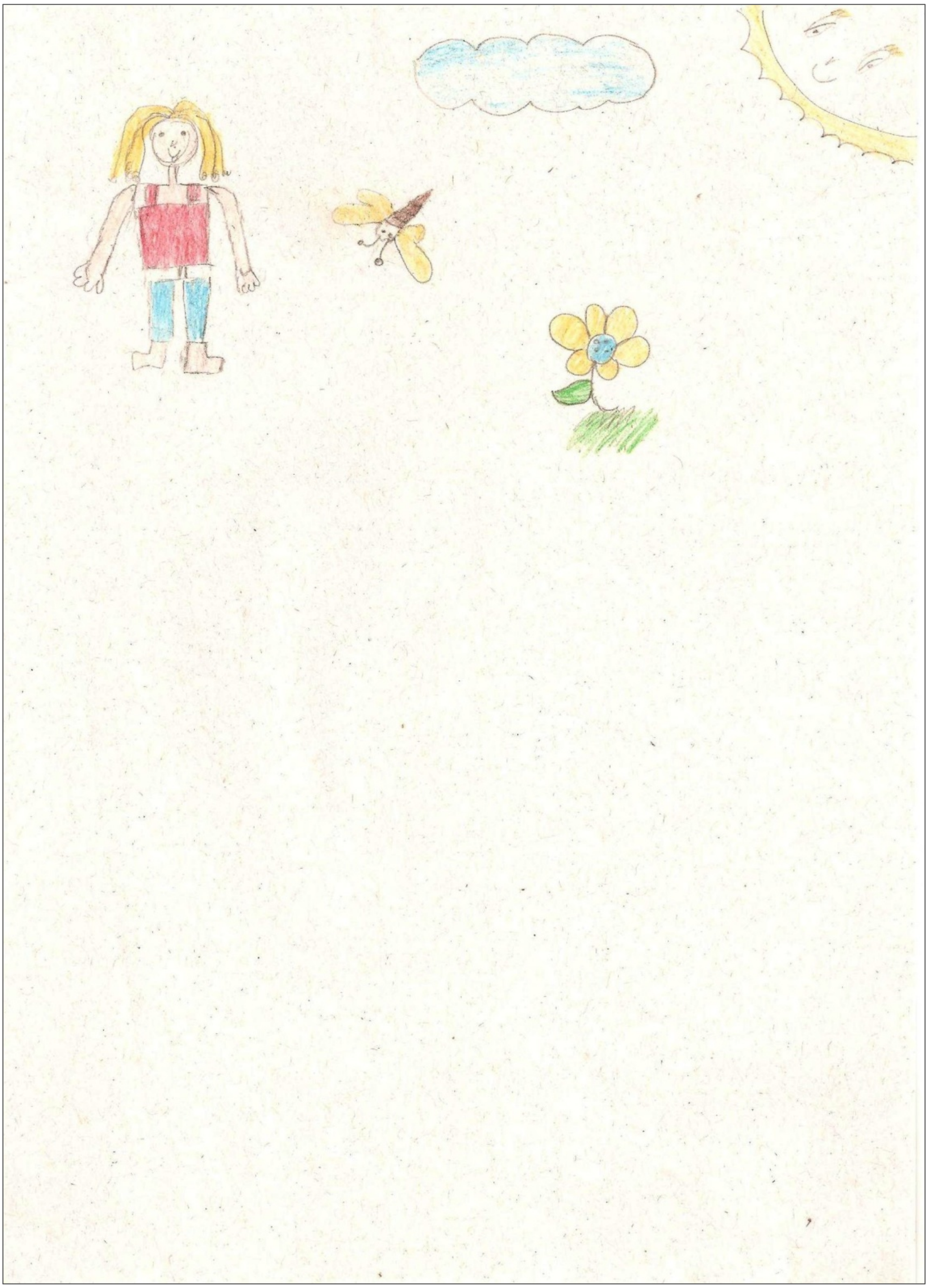
> *É... limpá sempre o terrero, gente que tem terreno baldio sempre ficá fiscalizando lá, né? Vai que o dono não tÁ sabendo? Esse é um dos cuidado que tem que tomar, né?* (P mat 9, 14 anos, 9º ano, masculino)
>
> *Prevenindo, não deixando água parada e cuidando dos quintais. Não deixando água parada, por exemplo, colocando areia nos vasos de planta, é... tipo... se tivé garrafa, virá e tal. Isso.* (P mat 10, 15 anos, 9º ano, feminino)
>
> *Ai, várias coisas. Não deixá a água parada em lugares que o mosquito pode proliferá, é... não deixar a água em coisa de planta assim, garrafa de boca pra baixo, e muitas coisas. É... não deixá lixo, latinha na rua, né? Tacar em lugar apropriado porque pode juntá água e o mosquito pode se proliferá lá.* (P mat 12, 14 anos, 9º ano, feminino)

Dois participantes relataram que é importante não ter contato com o mosquito, ao serem questionados sobre o que fazer para não pegar a dengue. Este relato traz a concepção de doença causada por meio de contágio. O estudo de Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996) observou o contágio como a principal causa de doenças relatada pelos participantes. Essa explicação da doença por meio de contágio vem desde a descoberta de Pasteur sobre os microrganismos que influenciam a saúde e a doença e também com as campanhas e agentes comunitários de saúde que constantemente informam sobre os cuidados, sobre o vetor, sobre a proliferação na água.

> *Ah se cuidar, não deixar pneu em casa entendeu?... Que possam acumular água... objetos que não possam... que possam acumular água... às vezes até tipo usar um repelente, alguma coisa assim... num... num ter contato com o mosquito... se conscientizar também... é isso aí.* (P mat 1, 15 anos, 9º ano, masculino)
>
> *Tem que... não ficá perto dos balde de água quando tem dengue... quando tem os mosquitinhos... e... não ficá perto dos outros baldes de água grande por causa que cria muito mosquito.* (P vesp 2, 6 anos, 1º ano, feminino)

O contágio pelo contato com o mosquito também apareceu na expressão gráfica. Uma adolescente desenhou uma menina “que está na frente de sua casa, em um dia de sol e nem percebe que será picada pelo mosquito [sic]”. Esta ideia está associada à impossibilidade de se prevenir a doença.

Desenho 7 (P mat 4, 14 anos, 9º ano, feminino):



A mesma criança que associou dengue com uma barata associou a prevenção com não ter contato com o veneno. A concepção de veneno está relacionada à forma de eliminar a barata. Não pegar no veneno foi a maneira que a crinça encontrou para ancorar a prevenção da dengue.

> *Não pegar no veneno.* (P vesp 9, 6 anos, 1º ano, masculino)

O uso de repelente foi citado por dois adolescentes como forma de prevenir a dengue, sendo esta concepção construída a partir da idéia de que repelentes não deixam o mosquito picar o corpo, assim evitando que o mosquito da dengue se aproxime. O uso do repelente pode ser relacionado a uma ação individual de se cuidar sem preocupar-se com as ações coletivas de prevenção, porém, neste estudo, o uso do repelente está relacionado a uma forma a mais de se prevenir:

> *Se preveni, tipo, limpa a caixa d´água, não deixa a água acumulada, parada, repelente. Só isso também.* (P mat 5, 15 anos, 9º ano, masculino)
>
> *Ah se cuidar, não deixar pneu em casa entendeu?... Que possam acumular água... objetos que não possam... que possam acumular água... às vezes até tipo usar um repelente, alguma coisa assim... num... num ter contato com o mosquito... se conscientizar também... é isso aí.* (P mat 1, 15 anos, 9º ano, masculino)

As crianças e os adolescentes relacionaram prevenção a cuidados com locais que podem acumular água tornando-se um local propício para a proliferação do vetor. Também relataram a importância de se ter cuidado com o lixo e manter quintais e terrenos limpos, além de evitar o contato com o mosquito. As crianças associaram a prevenção da dengue com a gripe suína e adolescentes mencionaram o uso de repelente para evitar o mosquito.

Neste estudo, foram encontrados relatos que estão de acordo com ações individuais que devem ser tomadas para a prevenção da dengue, mostrando que os participantes têm conhecimento sobre a prevenção. Porém, em nenhum momento, foram citadas medidas preventivas por parte do poder público.

O tratamento de água, a coleta de lixo regular, as visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde que possam sensibilizar os moradores, campanhas informativas de prevenção, participação das escolas no processo de promoção de saúde e da comunidade em geral são medidas essenciais para a eliminação do vetor (BRASIL, 2009).

5.2.4 O que acontece com quem pega a dengue?

Essa pergunta busca entender a concepção dos sintomas que as crianças e adolescentes que participaram desse estudo têm sobre a dengue (QUADRO 6).

QUADRO 6 - Categorias referentes aos relatos sobre o que acontece com quem pega a dengue

Categorias	**n**
Dor no corpo	9
Dor na cabeça	7
Febre	7
Morre	7
Fica doente	5
Vômito	5
Vai ao médico	4
Fica mal, ruim	4
Fica no hospital	3
Manchas vermelhas	3
Olho doendo	2
Gripe suína	2
Não sabem	2
Descreveram a experiência com a dengue	2
Outros	5
Total	**67**

Obs.: A categoria Outros agrupa relatos que foram pouco mencionados nas entrevistas, e a maioria dos participantes relatou mais de uma concepção.

A última questão da entrevista tratava do que acontecia com as pessoas quando elas pegavam a dengue. Alguns sintomas como dor no corpo, na cabeça, febre, vômito, ficar mal, manchas vermelhas e olho doendo foram relatados pelas crianças e adolescentes na entrevista, mostrando que elas têm conhecimento acerca da sintomatologia da dengue.

O Ministério da Saúde lançou uma campanha chamada *Combate à Dengue – O Brasil Unido Contra a Dengue,* e apresentou que os sintomas da dengue são febre alta, dor de cabeça, dor atrás dos olhos, manchas vermelhas no corpo e dor nos ossos e articulações. Alerta também para que a pessoa procure uma Unidade de Saúde no caso de suspeita de dengue: com sintomas de vômito, dores abdominais ou qualquer tipo de sangramento

(BRASIL, 2009). É importante que as campanhas incorporem os conhecimentos obtidos em estudos sobre as Representações Sociais, pois, campanhas que não são construídas junto à população tendem a não alcançar seu objetivo por não fazerem parte da realidade das pessoas.

Crianças e adolescentes precisam de campanhas voltadas especificamente para essa faixa etária e que levem em consideração aspectos do desenvolvimento cognitivo, porque somente as campanhas que contemplem essas características terão a probabilidade de serem incorporadas à rotina e aos hábitos dessa população. Alguns participantes desse estudo relataram concepções similares às veiculadas em campanhas de prevenção via mídia e agentes comunitários de saúde sobre o que acontece com quem pega a dengue:

> *A pessoa fica mal né? Fica doente, fica ruim, fica... é... ela fica bem acabada... fica bem ruim mesmo. Fica assim com febre, dor de cabeça, fica meio ruim mesmo... fica assim dispo, não fica disposta pra fazer as coisas, só qué ficá de cama, é isso.* (P mat 2, 15 anos, 9º ano, masculino)
>
> *Ela tem febre, dor de cabeça, dor pelo corpo, eu acho que é isso, né? Febre, dor de cabeça, dor no corpo... é... vômito, não sei se tem, acho que tem... acho que só.* (P mat 3, 13 anos, 9º ano, feminino)
>
> *Fica com febre, dor no corpo, manchas vermelhas, e dor de cabeça.* (P mat 4, 14 anos, 9º ano, feminino)
>
> *Primeiramente febre, vômito, dor no corpo, manchas, acho que esses são os sintomas... da dengue.* (P mat 9, 14 anos, 9º ano, masculino)
>
> *Fica doente, dor de cabeça, vomitando com diarréia, dor no braço, dor na barriga, dor na perna, dor na coluna e dor nas costa.* (P vesp 8, 6 anos, 1º ano, masculino)

Duas crianças relacionaram os sintomas da dengue com os da gripe suína. Isso remete à concepção de Lauwe e Feuerhahn (2001), de que a formação das representações das crianças se dá por meio das interações com o local que vivem, objetos, cultura e mídia.A confusão pode ter acontecido pelo fato de as crianças estarem em contato com um grande número de informações sobre a gripe, fazendo com que elas associassem gripe com dengue. Isso mostra quão importante é as crianças terem informações contínuas sobre saúde e doença:

> *Caso da gripe suína. Fica doente.* (P vesp 9, 6 anos, 1º ano, masculino)
>
> *Acontece que fica gripado, fica doente aí depois tem que corrê pro hospital, pro posto.* (P vesp 10, 6 anos, 1º ano, feminino)

Dois adolescentes relataram sua própria experiência com a dengue, sendo essa uma representação construída no cotidiano desses participantes por meio da própria experiência, da observação de pessoas próximas que contraíram a dengue e das infromações que chegam a eles:

> *Ah... quando eu peguei tipo... eu fiquei internado cinco dias... porque aí já foi para hemorrágica... aí tipo minhas plaquetas baxo... eu fiquei com tontura... acho que meu olho tava doendo... acho que esses são os sintomas.* (P mat 1, 15 anos, 9º ano, masculino)
>
> *É horrível porque eu já tive, tive assim começo, mas, quando o meu já tava quase bem, quando eu descobri, meu médico já pediu exame de sangue na hora, sem precisar marcar porque eu sentia muita dor de cabeça, muita dor no corpo, sabe? Nada que eu comia tava bem, tudo me dava ânsia de vômito, fiquei ruim, quase ——. Aí eu tomei remédio, tudo, sarei, eu tava quase melhor, aí tomei um, tenho muita alergia de poeira e aí juntô minha alergia de poeira com a dengue, aí eu... aí... quando você melhora eles faz uma pesquisa na sua casa, vai lá e passa veneno – essas coisa na tua casa, a malária, passa assim nas rua soltando aquele veneno no ar assim e pede pra pegá o exame no médico só pra vê como ficô. Só isso.* (P mat 6, 16 anos, 9º ano, feminino)

No desenho a seguir, a criança mostrou “uma menina que depois que pegou a dengue, sarou [sic]”. Esta ideia está associada aos relatos dos adolescentes que contam sua própria experiência com a dengue, pois, na expressão gráfica, a criança também teve dengue e sarou.

Desenho 8 (P vesp 7, 6 anos, 1º ano, feminino):

Algumas crianças e adolescentes associaram dengue à morte, trazendo a representação social como uma doença que leva à morte. Existem dois tipos de dengue presentes no Brasil, sendo um deles a dengue hemorrágica, que leva as pessoas à morte por provocar hemorragia interna e falência de órgãos (BRASIL, 2009). A representação de dengue relacionada à morte pode ter sido construída a partir da concepção da dengue hemorrágica:

> *Se não trata bem pode mesmo morrer, se num for atrás do... não for no posto, uma vacina, não deixar que os médicos cuidem é perigoso; morre.* (P mat 7, 14 anos, 9º ano, feminino)
>
> *O que que acontece? Mata... é... as veis ela, fica matando pessoa na rua.* (P vesp 5, 6 anos, 1º ano, feminino)
>
> *Morre.* (P vesp 7, 6 anos, 1º ano, feminino)
>
> *É, a gente morre e fica no céu. É... também... acontece... acontece que até se, até a cobra se for venenosa e pica a gente a gente morre e vai pro céu, e acabou, não tenho mais.* (P vesp 6, 5 anos, 1º ano, masculino)

A categoria Outros engloba itens tais como sintomas: diarréia, tontura, indisposição, tomar remédio e uma descrição de como se pega a dengue.

Tanto crianças quanto adolescentes relataram concepções em relação aos sintomas da dengue iguais aos veiculados nas campanhas da mídia e via agentes comunitários de saúde, além de associarem dengue com morte, que é o desfecho que a doença pode ter nos casos da dengue hemorrágica, caso a pessoa não seja tratada adequadamente. Apenas as crianças agruparam dengue com gripe suína, e os adolescentes relataram sua experiência com a dengue.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria utilizada neste estudo foi a das Representações Sociais. Essa teoria tem sido muito utilizada em estudos sobre saúde e doença pelo fato de que as representações que as pessoas atribuem à saúde e à doença é a forma como elas as entendem, e consequentemente isso influencia sua maneira de agir, sua adesão a programas de prevenção e de promoção de saúde, pois, por meio da identificação das representações, os programas podem ser estruturados de acordo com a necessidade do grupo, deixando de ter ações verticalizadas, nas quais apenas o profissional detém o poder do conhecimento sem levar em consideração as demandas da população.

Este estudo procurou identificar as representações sociais de saúde, doença e dengue, buscando maior compreensão acerca das formas como as crianças e os adolescentes entendem a saúde, a doença, a dengue, como se pega a dengue e o que acontece com quem é infectado pelo mosquito.

Os resultados obtidos permitem observar que grande parte dessa população vivencia a saúde a partir de aspectos físicos, uma visão biomédica da saúde. Houve diferença entre os adolescentes e as crianças; alguns adolescentes mostraram uma forma característica do modelo biopsicossocial de identificar a saúde, que vai além das definições biológicas e fisiológicas das doenças, apontando-a como estado de felicidade e o brincar, que está relacionado ao bem-estar. Relacionaram também saúde à boa alimentação e à atividade física, que, para estes participantes, está associada a uma situação cotidiana e lúdica. Algumas crianças relataram não saber o que é saúde e trouxeram uma representação social de saúde associada à prevenção da dengue e da gripe suína.

Em relação à representação social de doença, observou-se que a sua representação, tanto para as crianças quanto para os adolescentes, está associada a sintomas físicos, tais como vômito, ter febre, sentir-se mal, dor no corpo, tossir, catarro, diarreia ou espirrar. Alguns participantes associaram-na a alguma doença. Duas crianças relataram não saber, e outras associaram doença à dengue, relatando apenas um fator como causador daquela. Um adolescente a associou com algo que menos se espera e acontece, sendo essa uma visão que cria maiores condições de vulnerabilidade, pois remete à concepção de que não adianta prevenir. Outro aspecto foi associá-la à restrição de atividades, aspecto esse também encontrado em estudos com adultos. Alguns participantes associaram doença com ir ao médico ou hospital, e ficar internado, e com a dengue.

No caso da dengue, ela foi associada principalmente com doença, logo após, com a prevenção, mostrando que alguns participantes têm conhecimento sobre a doença e sobre as formas de prevenção. Porém, algumas crianças relataram não saber o que é dengue ou associaram-na com a gripe suína. Isso pode ter acontecido porque a pesquisa foi realizada no inverno, e as campanhas sobre a dengue se intensificam no verão, momento com muitas chuvas e, por isso, propício à proliferação do mosquito. O fato de algumas crianças associarem a dengue com a gripe suína deu-se por elas terem associado as representações sociais de dengue com as de gripe, resultando em representações conjuntas. Os estudos mostram que a prevenção não deve ser sazonal, porque a dengue acontece o ano todo, porém no verão a transmissão é maior por causa das chuvas.

Tanto as campanhas veiculadas na mídia quanto o trabalho realizado pelos agentes comunitários de saúde são intensificadas no verão, momento no qual as informações são veiculadas de forma mais intensa, gerando a representação associada, ou seja, as crianças e adolescentes associam-nas ao invés de compreendê-las separadamente. Isso revela o quanto a informação via mídia e agentes comunitários de saúde ajudam na construção das representações sociais. É importante as informações da mídia serem adequadas à faixa etária da população, levando em consideração o desenvolvimento cognitivo de crianças e adolescentes, além de serem veiculadas o ano todo. Também é importante que os agentes comunitários de saúde sejam bem capacitados para exercer essa função, pois eles, durante as visitas às residências, transmitem conhecimentos sobre saúde e doença, construindo representações sociais.

Quando perguntadas sobre o que tem de fazer para não se infectar, a maioria das crianças e adolescentes deste estudo relatou meios de prevenção contra esta, mostrando que eles sabem o que fazer para que o mosquito não se prolifere. Portanto, todas as ações preventivas citadas foram decorrentes de ação popular, em nenhum momento citou-se o papel do poder público na prevenção. Algumas crianças associaram a prevenção da dengue com a prevenção da gripe suína. Isso mostra a importância de programas preventivos não veicularem tão somente no inverno, pois as crianças esquecem, ou confundem-se, elas precisam de informação contínua.

Este estudo mostrou que as crianças e os adolescentes têm conhecimento teórico sobre os programas de prevenção da dengue, porém, devido ao grande número de pessoas que ainda são infectadas, é importante pensar se esse conhecimento teórico é operacionalizado no cotidiano dessas pessoas, se ele tem provocado mudanças de hábitos nas pessoas.

Com relação à pergunta sobre o que acontece com quem pega a dengue, os participantes relataram os sintomas da dengue de acordo com os veiculado pelo Ministério da Saúde, e alguns relataram que ela leva à morte, reflexo talvez de uma associação com a dengue hemorrágica, que pode levar à falência dos órgãos. Relataram a própria experiência com a dengue, mostrando que ela faz parte de seu cotidiano. As crianças associaram dengue com a gripe suína, e também relataram desconhecimento acerca da doença.

Quanto à diferença de idade entre as crianças e adolescentes, pode-se observar que os adolescentes forneceram relatos que continham uma visão mais subjetiva e elaborada da saúde, da doença e da dengue do que as crianças. Observou-se que as representações sociais de saúde, doença e dengue estão relacionadas à faixa etária e ao desenvolvimento cognitivo, sendo importante levar em consideração esses fatores quando se pensar em ações voltadas para a saúde das crianças e adolescentes.

Um aspecto positivo observado foi que a maioria dos participantes conhece os sintomas da dengue e que, mesmo a pesquisa sendo realizada no inverno, os participantes apontaram saber como reconhecer um caso de dengue.

Os desenhos realizados sobre a dengue foram compatíveis com os relatos dos adolescentes e, quando realizados pelas crianças, não houve associação daqueles com a gripe suína, como em alguns relatos. Isso mostra que identificar as representações sociais por meio de desenhos com as crianças e adolescentes é uma estratégia que adota uma forma de expressão mais frequente nessa faixa etária.

Essas informações são relevantes tanto para os profissionais da saúde quanto para os de outra área, por mostrar que se deve ter um enfoque específico ao lidar com as crianças e com os adolescentes. A partir dessa compreensão, é possível se estabelecer trabalhos voltados para a infância e a adolescência, pois hábitos adquiridos nesse período do desenvolvimento são levados durante toda a vida. Com isso, evidencia-se a importância de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde desde cedo.

Sugere-se a realização de outras pesquisas nessa área envolvendo um maior número de crianças e adolescentes, pois as intervenções educacionais, para que sejam eficazes, devem basear-se em estudos e não em programas verticalizados nos quais não são levados em consideração as crenças, valores, cultura e demanda dos participantes. Para que programas na área de saúde promovam a transformação e o envolvimento de crianças e adolescentes, é preciso torná-los atores sociais participativos.

Considerando-se a questão política e ética na pesquisa, surge a preocupação com a devolutiva dos dados aos participantes, pois, esse é um momento em que o material produzido dentro da univeridade pode ser levado à comunidade. Dessa forma, será elaborada uma apresentação para os alunos e professores da escola. Já as turmas que participaram da pesquisa serão convidadas para uma roda de conversa, utilizando materiais e linguagem voltados para essa população. Além de uma devolutiva, vislumbra-se nisso uma oportunidade para se conversar sobre a dengue e sobre a importância da pesquisa no campo da saúde.

REFERÊNCIAS

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

AGÊNCIA ESTADO. Pacientes com suspeita de dengue lotam postos em MS. São Paulo, 19 fev. 2010. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/ultnot/cienciaesaude/ultimas-noticias/estado/2010/02/19/pacientes-com-suspeita-de-dengue-lotam-postos-em-ms.jhtm>. Acesso em: 12 jan. 2010.

ARQUIDIOCESE DE CAMPO GRANDE. *Casos de dengue sobem 109% em 2010, para 108,6 mil registros*. Campo Grande, MS, 2010. Disponível em: <http://arquidiocesedecampogrande.org.br/arq/noticias/noticias-do-ms-e-brasil/698-casos-de-dengue-sobem-109-em-2010-para-1086-mil-registros.html>. Acesso em: 12 mar. 2010.

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, 1990.

BORUCHOVITCH, E.; MEDNICK, B. R. The meaning of health and illness: Some considerations for health psychology. *Psico-USF*, Itatiba, v. 7, n. 2, p. 175-183, 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psicousf/v7n2/v7n2a06.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2009.

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, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3217.pdf>. Acesso em: 10 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O que é o SUS*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395>. Acesso em: 8 mar. 2010a.

______. *Combate a dengue*: crianças. Disponível em: <http://www.combatadengue.com.br/populacaoCriancas.php>. Acesso em: 8 mar. 2010b.

______. *Programa Nacional de Controle da Dengue*. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=920>. Acesso em: 8 out. 2009.

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: Vetor, 2004. p. 93-104.

CÂMARA, F. P. et al. Estudo retrospectivo (histórico) da dengue no Brasil: características regionais e dinâmicas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 40, n. 2, p. 192-196, 2007. Disponível em: <http://www.ivdrj.ufrj.br/estudo_retrospectivo_da_dengue_no_brasil_caracteristicas_regionais_e_dinamicas.pdf>. Acesso em: 12 set. 2008.

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.

CARDOSO, G. P.; ARRUDA, A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 151-162, 2004.

CLARO, L. B. L.; TOMASSINI, H. C. B.; ROSA, M. L. G. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.447-1.457, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/02.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2009.

COBUCCI, L. *Dengue*: Ministério da Saúde registra 108 mil casos em 2010. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,,OI4290473-EI306,00-Dengue+Ministerio+da+Saude+registra+mil+casos+em.html>. Acesso em: 12 jan. 2010.

CORDAZZO, S. T. D. Concepções sobre a AIDS em crianças. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 91-96, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n3/a11v16n3.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2009.

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.

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: Vozes, 1995. p. 261-293.

ESPÍNDULA, D. H. P.; SANTOS, M. F. S. Representações sobre a adolescência a partir da ótica dos educadores sociais de adolescentes em conflito com a lei. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 357-367, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n3/v9n3a03.pdf >. Acesso em: 18 out. 2008.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e a experiência da doença. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/22.pdf>. Acesso em: 18 out. 2008.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 79-108.

GOMES, R.; MENDONÇA E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1.207-1.214, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/10993.pdf>. Acesso em: 19 out. 2008.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71415221.pdf>. Acesso em: 15 set. 2009.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *Psysis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a11.pdf>. Acesso em: 18 maio 2008.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: ______. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 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: Editora da UERJ, 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: Editora da UERJ, 2001. p. 281-299.

LENZI, M. F.; COURA, L. C. Prevenção da dengue: a informação em foco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 37, n. 4, p. 343-350, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v37n4/21191.pdf>. Acesso em: 25 out. 2007.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saúde e Sociedade,* São Paulo, v. 13, n. 1, p. 5-13, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/02.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2009.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007a. p. 9-29.

______. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007b. p. 61-77.

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, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a09.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2009.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais*: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

NATAPOFF, J. N. Children´s views of health: A developmental study. *American Journal of Public Health*, New York, v. 68, n. 10, p. 995-1.000, 1978. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1654064/pdf/amjph00473-0061.pdf>. Acesso em: 15 set. 2009.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. Representações sociais. In: STREY, M. N. (Org.). *Psicologia social contemporânea*: livro texto. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 104-117.

OLIVEIRA, R. M. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 569-578, 1998. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.dengue.lcc.ufmg.br/dengue_cd/files/organizacao/textos/denguenoRJparticipacaopopular.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2008.

OLIVEIRA, V. B. A brincadeira e o desenho da criança de zero a seis anos: uma avaliação psicopedagógica. In: OLIVEIRA, V. B.; BOSSA, N. A. (Orgs.). *Avaliação psicopedagógica da criança de zero a seis anos*. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 23-56.

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

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

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

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2008.

______. Saúde, cultura e democracia. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 117-123, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/12.pdf>. Acesso em: 15 set. 2009.

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. São Paulo: Guazzelli, 2000. p. 201-222.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016>. Acesso em: 20 set. 2009.

SERPA, A. F. W. G. *Representação social de saúde e doença para portadores de hipertensão arterial e diabetes*. 2007. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2007.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-363, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/22.pdf>. Acesso em: 17 set. 2008.

SPINK, M. J. *Psicologia social e saúde*: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003.

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

TURATO, E. R. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Coords.). *Psicologia social*. 6. ed. Lisboa: Fundação Caloute 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. (Eds.). *Children, medicines, and culture*. Binghantom: The Haworth, 1996. p. 295-318.

VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 12, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200015>. Acesso em: 12 jan. 2010.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M.. *Entre Newton e Einstein*: desmedicalizando o conceito de saúde. Ribeirão Preto: Holos, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Dengue and dengue haemorrhagic fever*. Geneva, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>. Acesso em: 12 jan. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Questionário nº: ....

Dados de identificação:

Data:..
Horário: ....
Sexo: [ ] feminino [ ] masculino
Idade: ....
Escolaridade:..

Questões:

1) O que é estar com saúde para você?
2) O que é ficar doente para você?
3) O que é a dengue para você?
4) O que é que a gente tem que fazer para não pegar a dengue?
5) O que acontece com quem pega a dengue?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados Pais e/ou Responsável:

Estou realizando a minha pesquisa de mestrado sobre a "Representação Social da Dengue para Alunos do Ensino Fundamental" e gostaria de contar com a sua colaboração. Se você concordar que o seu filho ou filha participe, ele/ela irá responder a uma entrevista, sobre o que se tem que fazer para não pegar dengue e o que acontece com quem pega, também sobre o que é estar saudável e o que é estar doente, e fazer um desenho sobre a dengue. A entrevista será gravada.

Esteja seguro (a) da completa confidencialidade dos dados. Na realidade, eu não vou perguntar o nome de seu filho/a para manter seu anonimato. A participação é voluntária e a sua recusa não envolve qualquer penalidade, despesas e/ou ressarcimento financeiro. Seu filho/a poderá desistir de participar a qualquer momento e deixar de responder a quaisquer perguntas. Os resultados da pesquisa serão divulgados de forma agrupada em revistas científicas e congressos, não havendo a possibilidade de identificar quem participou da mesma. A pesquisa não terá riscos para o seu/sua filho (a).

A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

Abaixo coloquei o meu nome e o meu telefone para que, havendo alguma dúvida, sinta-se à vontade para me procurar e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB: (067) 3312-3614.

Mestranda: Cláudia Medeiros Szukala / RG 857.697 SSP-MS / CPF 957.701.401-15
Endereço: Rua Jaguarão, 999, Monte Castelo, Campo Grande, MS;
Telefone: (67) 3351-7561 / (067) 8401-4563

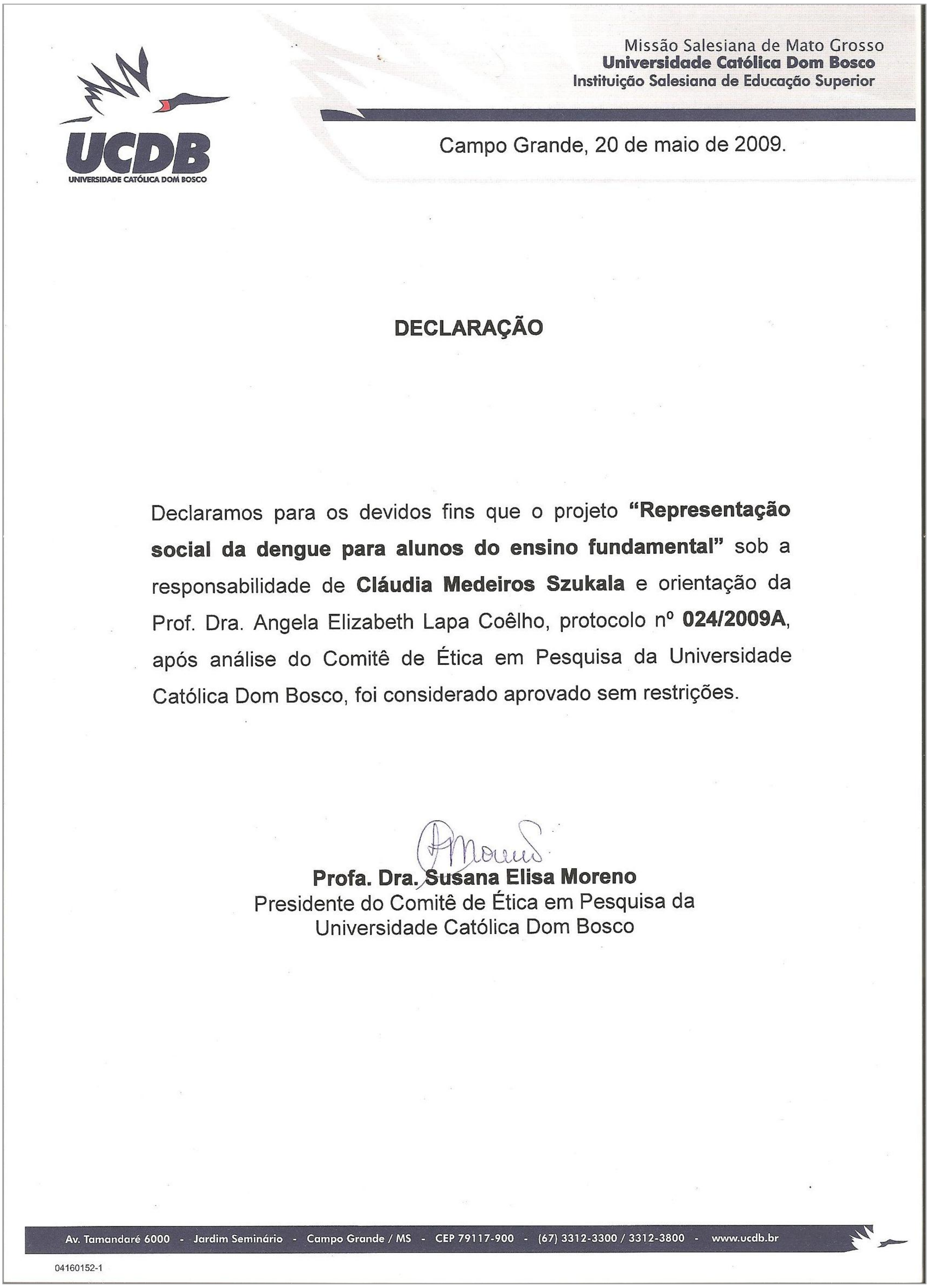
Agradeço a sua colaboração.

Eu li as informações acima e concordo que meu filha(o) participe da pesquisa:

Data: .... / .... / ....
Nome: ....
Assinatura: ....

ANEXO

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UCDB
UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

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

Campo Grande, 20 de maio de 2009.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto **"Representação social da dengue para alunos do ensino fundamental"** sob a responsabilidade de **Cláudia Medeiros Szukala** e orientação da Prof. Dra. Angela Elizabeth Lapa Coêlho, protocolo nº **024/2009A**, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado aprovado sem restrições.

Profa. Dra. Susana Elisa Moreno
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco

Av. Tamandaré 6000 - Jardim Seminário - Campo Grande / MS - CEP 79117-900 - (67) 3312-3300 / 3312-3800 - www.ucdb.br

04160152-1