

REFLEXÕES SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA PARA CRIANÇAS

Camila Bellini Colussi*
Angela Elizabeth Lapa Coêlho**

artigo de revisão

RESUMO

O entendimento das representações de saúde e doença para as crianças é necessário e imprescindível para a elaboração de programas de saúde que satisfaçam suas necessidades, uma vez que as crianças desenvolvem um entendimento próprio sobre o tema. As respostas das crianças em relação à saúde e às doenças se baseiam em suas experiências pessoais e na influência da família, da escola e dos meios de comunicação. De modo geral, para as crianças, a doença mostra-se relacionada ao impedimento ou limitação das atividades que gostam ou que fazem parte de seu cotidiano. No entanto, além de sensações negativas, as crianças também descrevem aspectos positivos, como a possibilidade de assistir televisão ou vídeos, ganhar doces e brinquedos, receber visitas e atenção. Em relação a melhora, as crianças apontam para a utilização de métodos convencionais como o uso de medicação, mas também para métodos alternativos, tais como ingestão de chá, repouso e mudanças na alimentação. Quanto à prevenção, a alimentação saudável e a prática de exercícios físicos são mencionadas como as categorias mais importantes. Desta forma, conclui-se que a elaboração de programas de prevenção voltados à infância deve basear-se no entendimento das crianças sobre o processo saúde-doença.

Palavras-chave: Representação Social. Saúde. Doença. Infância.

* Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS). E-mail: cbcolussi@hotmail.com

** Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). E-mail: angela.coelho@unipe.br

1 INTRODUÇÃO

Entre os inúmeros aspectos abordados na área da saúde, a prevenção é considerada imprescindível no que tange as formas de cuidado e atenção à saúde, conforme Lei nº 8080 (BRASIL, 1990). Por meio dela, podemos reduzir o aco-

pulação, reduzir sua mortalidade e otimizar a qualidade de vida. Embora muitos estudos sobre prevenção tenham abordado a fase adulta (BEGHINI et al., 2006; HELMAN, 2003), novas perspectivas (DUVEEN, 1995; HELMAN, 2003; LAUWE; FEUERHAHN, 2001; SCHMIDT; FRÖHLING, 2000) têm enfatizado que a prevenção deve começar ainda na infân-

cia, uma vez que se trata de uma fase do desenvolvimento humano na qual esse aspecto pode ser abordado com grande sucesso, de modo que as crianças venham a se transformar em adultos sensibilizados em relação aos fatores de prevenção e de risco.

Desse modo, conhecer o entendimento que as crianças têm sobre a saúde e a doença, tais como as representações dadas à prevenção, causas das doenças, o processo de cura, entre outros, permite que possamos abordar tais assuntos de forma focalizada, elaborando programas educativos e preventivos, que buscam minimizar a ocorrência de determinadas doenças e promover a adoção de hábitos que permitem à criança manter-se saudável.

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

ças de uma pessoa sobre saúde podem determinar seu estilo de vida.

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

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA

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

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

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

Desta forma, o estudo das representações sociais de saúde e doença constitui-se como um meio favorável para identificar estas questões, uma vez que as

representações sociais são formas de conhecimentos produzidos socialmente, por um grupo de pessoas, de modo que permita a comunicação e o entendimento de determinados aspectos (TEIXEIRA; SCHULZE; CAMARGO, 2002). Elas possibilitam interpretar, questionar e atribuir sentido, além de proporcionar a intervenção na realidade, auxiliando na organização das relações sociais, das pessoas entre si e com a natureza (GARNELO; WRIGHT, 2001; PESTANA; PÁSCOA, 1998).

Conforme Laplantine (2001), as representações sociais situam-se sempre na relação do individual e do social e em três campos distintos de investigação: o conhecimento, o valor e a ação. As representações sociais consistem em uma interpretação que se torna, para aqueles que a adotam, a própria realidade.

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

[...] as representações sociais são fenômenos complexos sempre ativados e em ação na vida social. Em sua riqueza como fenômeno, descobrimos diversos elementos (alguns, às vezes, estudados de modo isolado): informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, etc. Contudo, estes

elementos são organizados sempre sob a aparência de um saber que diz algo sobre o estado da realidade (JODELET, 2001, p.21).

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

Conforme Moscovici (2003), as representações sociais constituem uma espécie de teoria pela qual é possível classificar pessoas ou coisas, descrever e/ou explicar suas características, sentimentos e ações. Para Vala (2004), elas não são formadas apenas de teorias científicas, mas também de aspectos culturais, ideologias formalizadoras, experiências e comunicações cotidianas. Algumas representações são transmitidas calmamente, de uma geração para outra, o que pode-

mos chamar de “tradição”. Outras se disseminam rapidamente, e apresentam curto período de vida, conhecidas como “modas”.

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

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

De acordo com Enumo (2003), o primeiro trabalho em representações sociais na área da saúde é datado de 1969, com o trabalho de Claudine Herzlich, na França. Por apresentar aspectos ameaçadores e estranhos, a doença implica em

uma grande capacidade para gerar representações, e disto surge o interesse por este tema. Para o autor, o estudo da representação social do processo saúde-doença se preocupa com o “modo de conhecer” do doente, desmistificando a idéia divulgada pelo discurso médico de que a doença e o doente são fenômenos universais. Dessa forma, ocorre uma valorização do senso comum como um tipo de conhecimento legítimo, com lógica e coerência próprias, cuja análise é imprescindível para a eficácia do tratamento e o sucesso dos projetos sociais de saúde.

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

barulho, os hábitos alimentares, entre outras coisas.

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

A teoria da representação social tem sido bastante utilizada, especialmente em nosso país, em estudos na área da saúde. A saúde e a doença são descritos por Enumo (2003) como o segundo tema mais estudado, e como exemplo, pode-se citar os estudos no campo da AIDS. Analisaremos agora alguns aspectos sobre as representações sociais de saúde e doença para crianças.

3 SAÚDE E DOENÇA PARA CRIANÇAS

De acordo com Helman (2003) e com base na revisão bibliográfica realizada, pesquisas recentes têm focado o modo como as crianças percebem e rea-

gem às doenças e aos tratamentos aos quais são submetidas.

Para Duveen (1995), as crianças internalizam as representações sociais de sua comunidade de modo gradativo, assumindo papéis como atores sociais pouco a pouco, o que inclui seu entendimento acerca do processo saúde-doença. Apesar disto, o papel da criança como ator social ficou marginalizado pela Psicologia Social. No entanto, o autor aponta que a compreensão desse ponto é fundamental para o entendimento acerca das representações sociais, já que se torna requisito importante para seu entendimento o conhecimento dos processos pelos quais as representações são produzidas e transformadas. A questão fundamental era entender como a criança nasce em um mundo que já está estruturado quanto às representações sociais e se torna um membro participativo em sua comunidade. O autor acreditava que, apesar de nascer em um mundo estruturado por representações sociais, a criança não nascia com competência para ser um ator social independente no mundo. Inicialmente, ela apenas figurava como objeto para representações que outros sustentavam, e, só posteriormente, internaliza pouco a pouco essas representações sociais, identificando sua posição em meio a esse mundo

estruturado e adquirindo identidade. A criança internaliza as práticas coletivas da comunidade na qual está inserida por meio da interação com adultos competentes e outras crianças que já possuem maior conhecimento.

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

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

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

Dessa forma, é importante entender o quê as crianças têm em mente quando falam sobre saúde e doença e

como elas estruturam seus pensamentos e cognições sobre esses temas. Poderemos, então, entender seus comportamentos e sentimentos em relação ao processo saúde-doença e auxiliá-las a lidarem com tais aspectos de forma ativa (SCHMIDT; FRÖHLING, 2000).

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

Segundo Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996, p.310), as crianças podem dicotomizar a saúde e a doença. Em seu estudo, foram entrevistadas crianças com

idade entre sete e dez anos, e notou-se que:

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

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

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

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

características das crianças em diferentes idades. Segundo Piaget (1974), a compreensão que as crianças têm de saúde e doença está relacionada ao seu desenvolvimento cognitivo. Conforme amadurecem, seus entendimentos mudam. Esse aspecto foi confirmado por outros autores, como Campbell (1975), Schmidt e Fröhling (2000) e Williams e Binnie (2002).

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

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

voltadas para os aspectos culturais e médicos.

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

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

Torres (2002) aponta para o fato de que as doenças crônicas na infância podem causar um impacto desestruturante sobre a aquisição do conceito de morte se ocorrerem no nível Pré-Operacional, conforme os estágios descritos por Piaget. No entanto, se as doenças crônicas ocorrem no nível de Operações Concretas, a do-

ença funciona como um fator de amadurecimento do conceito de morte. Em um estudo realizado pela autora, participaram 167 crianças de ambos os sexos, com idade entre cinco e 13 anos, em condições de carência sócio-econômica, atendidas em hospitais da rede pública do Rio de Janeiro e portadoras de diversas patologias crônicas. Segundo a autora, além das diferenças encontradas entre as idades das crianças, as concepções de morte também se diferenciam com as experiências das crianças. As crianças portadoras de doenças terminais têm concepções mais amadurecidas sobre a morte do que as crianças que não vivenciaram tal experiência.

Conforme Perrin e Gerrity (1981), o estágio Pré-Operacional ocorre entre dois e sete anos de idade, e é caracterizado pela predominância do uso do pensamento baseado em aspectos empíricos em detrimento dos aspectos lógicos, além do início da aptidão das crianças para usar símbolos como a linguagem e as representações sociais. Elas conseguem entender apenas uma dimensão de um fenômeno e têm dificuldades para generalizar de uma experiência ou observação para outra similar. Porém, segundo Torres (2002), quando essas crianças atingem o período de Operações Concretas, a vi-

vência relacionada a doenças crônicas torna-se fator de amadurecimento na aquisição do conceito de morte. Perrin e Gerrity (1981) também estudaram essa fase, que abrange a idade entre sete e 12 anos, e na qual a criança já pode entender mais de uma dimensão de um fenômeno ao mesmo tempo. Elas se tornam menos egocêntricas e já podem resolver problemas com elementos lógicos. Esses conhecimentos são importantes tanto para as famílias quanto para os profissionais da educação, uma vez que lhes permitem ter maior compreensão em relação à experiência que a criança vivencia frente a uma doença crônica e a eminência da morte.

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

se um aprimoramento no conhecimento das crianças que participaram do grupo de intervenção.

Conforme Cordazzo (2004), o entendimento das crianças acerca de outras doenças, como a AIDS, pode se mostrar prejudicado. Isso ocorre pelo fato de que, diferentemente de doenças como gripes e resfriados, a AIDS pode não fazer parte da experiência de vida da criança e, dessa forma, ela pode se mostrar menos familiarizada com a doença. Em seu estudo, participaram da pesquisa 55 crianças entre nove e 12 anos, que cursavam a quarta e a quinta séries do ensino fundamental de uma escola particular. Elas responderam um questionário que continha questões tais como o que é AIDS, como se pega AIDS, como prevenir-se, uma criança pode pegar AIDS e porquê. Os resultados apontaram para a existência de mitos e preconceitos em torno da AIDS, como não passar perto de alguém contaminado, que revelam a falta de conhecimento em relação às formas de prevenção da doença, além de conhecimentos inadequados em relação à transmissão e a própria definição de AIDS.

Para Campbell (1975), esse entendimento acerca de doenças diversas mostra-se mais complexo em crianças mais velhas, como pôde notar no estudo que

desenvolveu, no qual entrevistou 264 crianças, com idades entre seis e 12 anos, e suas mães, internados em um hospital pediátrico de Washington, nos Estados Unidos. As crianças mais velhas apresentavam maior entendimento sobre doenças e diagnósticos específicos, o que não acontecia com as crianças mais jovens, que apresentavam entendimento mais vago em suas definições de doença.

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

Outro aspecto importante na concepção das crianças sobre as doenças e a saúde são os sintomas. Em uma pesquisa de Trakas e Sanz (1996 apud HELMAN, 2003), realizada com crianças entre sete e 12 anos, com objetivo de examinar a experiência de enfermidades e consumo de remédios entre crianças de nove países europeus, os principais sintomas de doenças relatados pelas crianças diziam respeito à febre, dor de cabeça, tontura ou erupções na pele. Suas percepções indicavam que a doença estava relacionada ao isolamento, solidão ou tédio, ansiedade e tristeza. Quando doentes, elas se colocavam como figuras centrais, cer-

cadadas por pessoas ou objetos familiares, sendo que a mãe era a principal provedora de cuidado. Essa posição da mulher como uma das principais cuidadoras das crianças em casos de enfermidades é relatada em outros estudos (BANKS, 1990; QUEIROZ, 1993). Além das mães, os médicos e outros membros da família foram apontados como as principais pessoas que auxiliam na doença (BANKS, 1990).

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

Também foi questionado como as crianças sabiam que estavam doentes. Aproximadamente 93% das crianças res-

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

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

Essa diferença nas concepções de saúde e doença relacionadas à faixa etária também aparece no estudo de Boruchovitch e Mednick (2000). As autoras

entrevistaram 96 crianças entre seis e 14 anos e concluíram que crianças mais jovens atribuem saúde e doença a fatores incontroláveis, diferentemente das crianças mais velhas. As respostas das crianças incluíam categorias que associavam saúde e doença à sorte ou falta dela, ao clima, a ter nascido com saúde ou com doença, à obediência ou desobediência.

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

No estudo de Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996), foram entrevistados 55 meninos e 66 meninas, entre sete e dez anos de idade. Para os participantes, a transmissão das doenças estava relacionada não apenas a estar próximo a pessoas

doentes. As crianças enfatizavam a duração desse contato e a proximidade da pessoa doente como fatores importantes para o contágio. Além disso, elas apontaram para algo concreto que se move de uma pessoa para outra, durante o contágio, como os micróbios. O estilo de vida também foi responsabilizado pelas doenças. Entre os comportamentos mencionados encontram-se ingerir alimentos contaminados e/ou estragados e comer muito.

Nota-se, porém, que as experiências de enfermidade relatadas pelas crianças nas pesquisas revisadas, não apresentavam apenas aspectos negativos. Segundo a pesquisa de Vaskilampi, Kalpio e Hallia (1996), as experiências de enfermidade das crianças não eram totalmente ruins, já que, além de sensações negativas, elas descreviam aspectos positivos, como a possibilidade de assistir televisão ou vídeos, ganhar doces e brinquedos, receber visitas e atenção. Suas explicações para as causas das enfermidades envolviam conceitos e modelos absorvidos do mundo adulto e da cultura em que estavam inseridas, e incluíam conceitos sobre germes, contágio, clima frio, alimentação e seus próprios estilos de vida ou comportamentos. Para as crianças, as doenças carregam tanto aspectos

tos de interrupção dos relacionamentos sociais quanto maior aproximação dos pais. Além disso, as crianças tendem a perceber as enfermidades a partir de seus aspectos funcionais, como a incapacidade de realizar determinada tarefa.

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

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

capacidade de trabalhar e garantir a subsistência familiar.

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

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

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

(BRAZELTON; SPARROW, 2003; HELMAN, 2003).

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

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

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

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

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

Perrin e Gerrity (1981) convidaram crianças do jardim de infância, segundo, quarto, sexto e oitavo anos de uma escola pública do subúrbio de Nova Iorque para participar de seu estudo, no qual questionavam aspectos referentes às causas, prevenção e tratamento das doenças. Os autores perceberam que o conceito de prevenção de doenças era particularmente difícil para as crianças compreenderem. Tal aspecto é importante para pensarmos

nas formas como os adultos explicam as doenças e os aspectos relativos a elas para as crianças. É necessário que as explicações sejam feitas de forma menos sofisticada para que as crianças alcancem um entendimento próprio.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Esse trabalho pretendeu compreender as representações sociais de saúde e doença para crianças, uma vez que tais dados são considerados importantes no planejamento de estratégias de prevenção e adoção de hábitos saudáveis para a vida das pessoas.

As crianças vivenciam o processo saúde-doença a partir de aspectos próprios, que podem ou não ser reflexo das representações sociais dos adultos. Além dos aspectos negativos, como a restrição das atividades rotineiras, as crianças também podem encontrar diversos aspectos positivos na enfermidade. Além disso, nota-se a presença de entendimentos próprios e diferenciados a respeito do processo saúde-doença entre as crianças mais novas e as crianças mais velhas.

Em relação às formas de contágio, nota-se a necessidade de orientação em relação às formas de transmissão de algumas doenças, o que pode ser desenvolvido como temas transversais nas disciplinas desenvolvidas na própria escola.

A partir desses entendimentos, pode-se estabelecer trabalhos voltados para a infância que permitam que as crianças desenvolvam suas capacidades para tornarem-se atores sociais ativos no cuidado com sua saúde. É possível presumir que a elaboração de programas de prevenção voltados à infância alcançaria resultados satisfatórios. As intervenções educacionais devem basear-se nas informações a respeito do entendimento das crianças sobre o processo saúde-doença como norte para a realização de diversos programas de prevenção na área da saúde.

ABSTRACT

The understanding of health and illness representations for children is necessary and essential for the development of health programs that meet their needs, because children develop a proper understanding of the theme. Children's responses about health and disease are based on their personal experiences and family influence, school and the media. In general, for children, the disease is related to impediment or limiting the activities they enjoy or that are part of their daily lives. However, in addition to negative feelings, children also describe positive aspects such as the possibility to watch TV or videos, to get candy and toys, receiving visitors and attention. In relation to improvement, children suggest the use of conventional methods such as medication, but also for alternative methods, such as take a tea, rest and changes in diet. About prevention, healthy eating and physical exercise are mentioned as the most important categories. Thus, it is concluded that the development of prevention programs aimed at children should be based on an understanding of children on the health-disease process.

Keywords: Social Representation. Health. Illness. Childhood.

Recebido em: 08/09/2014

Aceito em: 03/11/2014

REFERÊNCIAS

- ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru/SP: EDUSC, 2001.
- BANKS, E. Concepts of health and sickness of preschool and school-aged children. **Children's Health Care**, Florida, v.19, n.1, p.43-48, winter, 1990. Disponível em: <search.epnet.com>. Acesso em: 10 jul. 2006.
- BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BEGHINI, A. B. et al. Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p.637-644, out./dez., 2006. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 3 nov. 2006.
- BORUCHOVITCH, E.; MEDNICK, B. R. Causal attributions in brazilian children's reasoning about health and illness. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p.484-490, out. 2000. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 6 nov. 2006.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8080/1990**. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 27 nov. 2008.
- BRAZELTON, T. B.; SPARROW, J. D. **Três a seis anos: momentos decisivos do desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- 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. Disponível em: <search.epnet.com>. Acesso em: 10 jul. 2006.

- CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.499-506, abr./jun. 2000. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 16 nov. 2005.
- CORDAZZO, S. T. D. Concepções sobre a aids em crianças. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.16, n.3, p.91-96, set./dez., 2004.
- DUVEEN, G. Crianças enquanto atores sociais: as representações sociais em desenvolvimento. In: GUARESCHI, P. A.; JEVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 8 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1995.
- ENUMO, S. R. F. Pesquisas sobre psicologia e saúde: uma proposta de análise. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, Â. N. (Orgs.) **Psicologia e saúde: um campo em construção**. SP: Casa do Psicólogo, 2003.
- FORTES, S. ; BAPTISTA, C. M. A. Família e somatização: entendendo suas interações. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.273-284, mar./abr. 2001. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 16 nov. 2005.
- GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, set./out. 2002. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 16 nov. 2005.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physys: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suplemento, p.57-70, 2005.
- IANNOTTI, R. J.; KAPOR, N. Children's perspectives on illness and medicines: Yugoslavia. In: BUSH, P. J. et al. (Eds.) **Children, medicines and culture**. EUA: Pharmaceuticals Products Press (The Harworth Press), 1996.
- JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
- LAPLANTINE, F. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
- LAUWE, M. J. C.; FEUERHAHN, N. A representação social na infância. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
- LEWIS, M.; VOLKMAR, F. **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 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, nov./dez. 2003. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 23 fev. 2007.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- PERRIN, E. C.; GERRITY, S. There's a demon in your belly: children's understanding of illness. **Pediatrics**, Vermont, v.67, n.6, June, 1981. Disponível em: <search.epnet.com>. Acesso em: 10 jul. 2006.
- PESTANA, E.; PÁSCOA, A. **Dicionário breve de psicologia**. Lisboa: Presença, 1998.
- PIAGET, J. **O nascimento da inteligência na criança**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.
- QUEIROZ, M. S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.272-282, jul./set. 1993. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 16 nov. 2005.
- SCHMIDT, L. R.; FRÖHLING, H. Lay concepts of health and illness from a developmental perspective. **Psychology and Health**, Sheffield, v.15, p.229-238, 2000. Disponível em: <search.epnet.com>. Acesso em: 10 jul. 2006.
- SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.3, Rio de Janeiro, p.349-363, jul./set. 1993. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 16 nov. 2005.
- STROEBE, W.; STROEBE, M. S. **Psicologia social e saúde**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.
- TEIXEIRA, M. C. T. V.; SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de saúde. **Estudos de Psicologia Natal**, Natal, v.7, n.2, p.351-359, jul./dez. 2002. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 16 nov. 2005.
- TORRES, W. C. O conceito de morte em crianças portadoras de doenças crônicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.18, n.2, p. 221-229, maio/ago. 2002. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 6 nov. 2006.
- VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Coord.) **Psicologia social**. 6. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.
- VASKILAMPI, T.; KALPIO, P.; HALLIA, O. From catching a cold to eating junk food: conceptualization of illness among Finnish children. In: BUSH, P. J. et al. (Editors). **Children, medicines and culture**. EUA: Pharmaceuticals Products Press (The Harworth Press), 1996.
- WILLIAMS, J. M.; BINNIE, L. M. Children's concepts of illness: an intervention to improve knowledge. **British Journal of Health Psychology**, London, v.7, p.129-147, 2002. Disponível em: <search.epnet.com>. Acesso em: 10 jul. 2006.