

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

O DESENVOLVIMENTO DAS REPRESENTAÇÕES
DE SAÚDE E DOENÇA EM CRIANÇAS
NOS ESTÁDIOS CONCRETO E FORMAL

MARTA R. MALHEIRO

LISBOA, 2003



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Centro de
Documentação

Registo: _____

Data: ____/____/____

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme Portaria nº 107/ 97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do nº2 do Artº5 do Decreto Lei nº216/92 de 13 de Outubro.

Os meus agradecimentos ao Dr. Pais Ribeiro pelo investimento e disponibilidade dedicados à realização deste trabalho e por todas as sugestões que enriqueceram o conteúdo do mesmo.

Agradeço igualmente aos Professores e alunos do Colégio Marista de Carcavelos, sem os quais a realização deste trabalho não seria possível.

Por último agradeço aos familiares e amigos por estarem presentes e por serem sempre uma força de encorajamento e motivação para a realização de qualquer trabalho.

ÍNDICE

	pág.
INTRODUÇÃO	1
O conceito de representação social	2
O desenvolvimento cognitivo	5
Desenvolvimento dos conceitos de saúde e doença	13
Significações de saúde e doença.	16
Problemas e questões de investigação	26
MÉTODO.	28
Participantes	28
Instrumentos	31
Organização do questionário.	34
Procedimento.	43
RESULTADOS.	45
Conceito de saúde	45
Conceito de doença	52
Causa da doença	60
Dimensão da gravidade da doença	69
Comportamento de doente	71
Consequências da doença	73
Auto-percepção de saúde e doença	78
Prevenção da doença	80
Dimensão da cura	88
Responsabilidade sobre a saúde	93
Comportamentos saudáveis	91
Cuidado clínico	95
DISCUSSÃO	97
REFERÊNCIAS	106
Anexo A: Prova combinatória Jogo de Palavras	110
Anexo B: Questionário sobre representações de saúde e doença	111

ÍNDICE DE QUADROS

	pág.
Quadro 1. Distribuição da amostra.	32
Quadro 2. Distribuição dos itens segundo as categorias relativamente ao conceito de saúde.	38
Quadro 3. Distribuição dos itens segundo as categorias relativamente ao conceito de doença.	39
Quadro 4. Distribuição dos itens segundo as categorias relativamente à causa da doença.	40
Quadro 5. Distribuição dos itens segundo as categorias relativamente às consequências da doença.	41
Quadro 6. Distribuição dos itens segundo as categorias relativamente à prevenção da doença.	42
Quadro 7. Distribuição dos itens segundo as categorias relativamente à dimensão da cura.	43
Quadro 8. Apresentação de todas as respostas consideradas importantes relativas à questão "O que é para ti ser saudável?"	46
Quadro 9. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operativo concreto sobre o conceito de saúde.	48
Quadro 10. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operativo formal sobre o conceito de saúde.	49
Quadro 11. Apresentação das três respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que é para ti ser saudável?"	50
Quadro 12. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operativo concreto sobre o conceito de saúde.	51
Quadro 13. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operativo formal sobre o conceito de saúde.	52
Quadro 14. Apresentação das respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que é para ti estar doente?"	53
Quadro 15. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operativo concreto sobre o conceito de doença.	55
Quadro 16. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operativo formal sobre o conceito de doença.	56

Quadro 17. Apresentação das três respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que é para ti estar doente?"	57
Quadro 18. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre o conceito de doença.	59
Quadro 19. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre o conceito de doença.	60
Quadro 20. Apresentação de todas as respostas consideradas mais importantes ...	61
Quadro 21. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre a causa de doença.	64
Quadro 22. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre a causa de doença.	65
Quadro 23. Apresentação das três respostas consideradas mais importantes relativas à questão "Porque é que ficamos doentes?"	66
Quadro 24. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre a causa de doença.	68
Quadro 25. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre a causa de doença.	69
Quadro 26. Apresentação dos dados relativos à questão "Pedias para ficar em casa se te sentisses...?"	70
Quadro 27. Apresentação dos dados ordenados relativos à questão "Pedias para ficar em casa se te sentisses..."	70
Quadro 28. Apresentação dos dados ordenados relativos à questão "Se tivesses que ficar em casa por estares doente, como te sentias?"	72
Quadro 29. Apresentação dos dados ordenados relativos à questão "Pensas em ficar doente para poderes ficar em casa?"	73
Quadro 30. Apresentação de todas as respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que te preocupa quando estás doente?"	73
Quadro 31. Apresentação dos três itens mais escolhidos e dos três itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre consequências da doença	74
Quadro 32. Apresentação dos três itens mais escolhidos e dos três itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre consequências da doença	75
Quadro 33. Apresentação das três respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que te preocupa quando estás doente?"	76
Quadro 34. Apresentação dos três itens mais escolhidos e dos três itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre consequências da doença	77

Quadro 35. Apresentação dos três itens mais escolhidos e dos três itens menos escolhidos do grupo operatório forma sobre consequências da doença	77
Quadro 36. Apresentação dos dados relativos à questão "No último mês	78
Quadro 37. Apresentação dos dados relativos à percepção de saúde do próprio . . .	79
Quadro 38. Apresentação dos dados ordenados relativos à questão "No último mês sentiste..."	79
Quadro 39. Apresentação dos dados ordenados relativos à questão "A tua saúde é..."	79
Quadro 40. Apresentação de todas as respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que podemos fazer para evitar ficar doentes?"	81
Quadro 41. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre prevenção de saúde	83
Quadro 42. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório forma sobre prevenção de saúde	84
Quadro 43. Apresentação das três respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que podemos fazer para evitar ficar doentes?"	85
Quadro 44. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre prevenção de saúde	87
Quadro 45. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre prevenção de saúde	88
Quadro 46. Apresentação de todas as respostas consideradas importantes relativas à questão "O que podemos fazer para recuperar de uma doença?"	89
Quadro 47. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre a dimensão da cura	90
Quadro 48. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre a dimensão da cura	90
Quadro 49. Apresentação das três respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que podemos fazer para recuperar de uma doença?"	90
Quadro 50. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre a dimensão da cura	92
Quadro 51. Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre a dimensão da cura	92
Quadro 52. Apresentação dos dados relativos à questão "Quem deve ser responsável pela tua saúde?"	93

Quadro 53. Apresentação dos dados ordenados relativos à questão “Quem deve ser responsável pela tua saúde?”	93
Quadro 54. Apresentação dos dados relativos à questão "O que fazes que possa melhorar a tua saúde?"	94
Quadro 55. Apresentação dos dados relativos à questão "O que fazes que possa melhorar a tua saúde?"	94
Quadro 56. Apresentação dos dados relativos à questão "O que fazes que possa melhorar a tua saúde?"	95
Quadro 57. Apresentação dos dados relativos à frequência de consultas médicas ..	96
Quadro 58. Apresentação dos dados relativos à questão "Quando é que vais ao médico?"	96

ÍNDICE DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Distribuição da amostra por faixa etária.	21
Figura 2. Distribuição da amostra por ano de escolaridade.	30
Figura 3. Distribuição da amostra por género.	30
Figura 4. Distribuição da amostra não saudável por doenças.	31
Figura 5. Distribuição dos dados relativos à questão “Se tivesses que ficar em casa por estares doente, como te sentias?”.	71
Figura 6. Distribuição dos dados no grupo Concreto e Formal à questão “Pensas em ficar doente para poderes ficar em casa?”.	72

Resumo

Este estudo pretende averiguar as diferentes representações de saúde e doença nas crianças, ao longo do desenvolvimento cognitivo, segundo a classificação de Piaget relativamente aos estádios de desenvolvimento. Ou seja, este estudo pretende perceber como é que as crianças representam para si a diversidade de conceitos implícitos no âmbito da saúde e da doença.

A amostra do estudo incide sobre 164 crianças pertencentes ao estádio concreto e 164 crianças pertencentes ao estádio formal, oriundas de um mesmo estabelecimento de ensino e com idêntico nível sócio-económico e cultural.

Para a realização desta investigação foram utilizados dois instrumentos. O primeiro consistiu numa prova de combinatória "Jogo de Palavras" (Marchand, 1992), tendo sido cotada segundo dois tipos de raciocínio: operatório concreto e operatório formal. O segundo instrumento consiste num questionário, construído durante esta investigação, no qual se exploram questões relativas aos conceitos de saúde e doença.

Através dos resultados constatámos que os conceitos de saúde e doença evoluem tendo em conta o desenvolvimento cognitivo. Verificamos que ambos os grupos relacionam causas, sintomas e consequências nos conceitos de saúde e doença. No entanto, o grupo operatório formal define estes conceitos de uma forma mais abstracta, relacionando estes diversos factores como um processo psicofisiológico. Os indivíduos do grupo operatório formal, da nossa amostra, têm uma compreensão mais completa e compreensiva das diversas partes da saúde e doença. Consequentemente, verificamos uma menor autonomia do grupo operatório concreto relativamente à saúde e à doença, encontrando-se estes mais dependentes do adulto.

Abstract

This study intends to inquire the different representations of health and illness in the children, throughout the cognitive development, according to classification of Piaget relatively to development stadiums. In other words, this study intends to perceive how does the child represent for herself the diversity of implicit concepts in the scope of health and illness.

The sample of the study happens on 164 children pertaining to the concrete logic stage and 164 pertaining to the formal operational stage, deriving children of one same educational establishment and of identical social, economic and cultural level.

For the accomplishment of this inquiry two instruments had been used. The first one consisted of a test of combination "Jogo de Palavras" (Marchand, 1992), having been quoted according to two types of reasoning: operational concrete and formal operational. The second instrument consists of a questionnaire, constructed during this inquiry, in which new questions relative to the concepts of health and illness are explored.

Through the results we evidenced that the concepts of health and illness evolve having in account the cognitive development. We verify that both the groups relate causes, symptoms and consequences in the concepts of health and illness. However, the formal operational group defines these concepts in more abstract way, relating these diverse factors as a psycho physiological process. The individuals of the concrete logic group, of our sample, have a more complete and comprehensive understanding of the diverse parts of the health and illness. As a consequence, we relatively verify a lesser autonomy of the concrete logic group to health and to illness, making these individuals more dependents to the adult.

INTRODUÇÃO

O objectivo deste estudo consiste em perceber como é que crianças e adolescentes, integradas no estágio operatório concreto e operatório formal, representam para si os conceitos de saúde e doença, ou seja, como é que os conceitos de saúde e doença evoluem ao longo do desenvolvimento cognitivo, tendo em conta a classificação de Piaget relativamente às etapas de desenvolvimento.

O trabalho que aqui apresentamos pretende centrar-se numa perspectiva cognitiva-evolutiva de alguns aspectos da representação sobre saúde e doença. Pretendemos compreender a relação entre o desenvolvimento dos sujeitos e o desenvolvimento dos conceitos de saúde e doença, assim como evidências de conceitos subordinados a estes e a presença de factores secundários.

Segundo Barrio (1988) o interesse da psicologia pela saúde e pela doença tem a sua origem nas primeiras reacções emocionais de carácter negativo na criança e no adulto doente. Para perceber os aspectos psicológicos que estão envolvidos na relação entre pacientes (sobretudo crianças) e os profissionais de saúde, devem ser compreendidas as aquisições dos conceitos sobre saúde e doença em crianças, como uma fonte adicional possível de obtenção de dados importantes (Fávero & Salim, 1995), dado que os sentimentos dos pacientes estão relacionados com as crenças e concepções que possuem sobre a saúde e a doença.

O desenvolvimento cognitivo da criança determina a construção dos fenómenos de saúde e doença, necessariamente diferente da dos adultos, obedecendo naturalmente aos mesmos princípios de desenvolvimento da compreensão dos fenómenos do mundo físico e social definidos por Piaget.

Segundo Barrio (1988) quando uma criança experimenta ou ouve falar de determinada doença (sua causa, modo de a tratar ou de evitar) essa informação procedente da sua experiência imediata ou de origem social, assimila-se ao nível cognitivo que dispõe nesse momento, graças à qual tem um esquema do que é a doença, sua causa e prevenção. Consequentemente, as explicações que o mesmo oferece são um reflexo da interacção que se produz entre as suas estruturas

intelectuais e as influências externas e, portanto, variam de acordo com o desenvolvimento dessa interação.

Assim, o conceito de saúde e doença nas crianças evolui segundo determinados estádios. Por esta razão, as explicações sobre as doenças às crianças devem ser apropriadas ao nível de compreensão de cada uma (Eiser, Eiser & Lang, 1989).

A compreensão da representação dos conceitos de saúde e doença tendo em conta o desenvolvimento cognitivo da criança permite uma facilitação no encontro de formas adequadas ao nível de significação da criança para comunicar e informar, uma escolha adequada das metodologias de confronto e de controlo da dor e da ansiedade e uma melhor compreensão da complexidade da dialéctica das necessidades básicas de protecção e de controlo que se mantêm, embora sob formas diferentes, ao longo do desenvolvimento.

Considera-se pois, que a exploração deste tipo de conceitos é essencial para subsidiar possíveis intervenções psicológicas juntos de profissionais de saúde que trabalhem directa ou indirectamente com crianças e adolescentes.

Este tipo de investigações é também relevante para a clínica prática relativamente à forma de tratamento das doenças, a qual deverá ser diferente segundo o desenvolvimento de cada indivíduo, tendo em conta que poderão ter diferentes compreensões do seu estado de saúde relativamente ao estágio de desenvolvimento. O cumprimento do tratamento e a interação com o pediatra, só serão eficazes se a criança perceber o que se está a passar. O que acontecerá se o médico for capaz de explicar, de acordo com o seu nível cognitivo, qual o seu sentido com a sua doença. Este estudo pretende visar a obtenção de dados que subsidiem a intervenção na área da psicologia da saúde.

O Conceito de Representação Social

Segundo Vala (1993) a par do desenvolvimento da psicologia social cognitiva nos Estados Unidos e, posteriormente, na Europa, o conceito de representação social e a sua progressiva teorização, reactivando uma tradição em psicologia social, abriu espaço a um novo tipo de entendimentos sobre a actividade cognitiva e simbólica dos indivíduos nas suas interações quotidianas.

As representações são construídas através de imagens dos objectos e dos fenómenos percebidos nas experiências anteriores e evocadas de modo voluntário ou involuntário, sendo responsáveis pela criação de significações.

Moscovici introduziu o termo representação social, teoria que é constituída para relacionar e explicar um conjunto de fenómenos, bem como o conceito que os engloba.

Segundo Vala (1993) as representações sociais podem ser entendidas como um reflexo do mundo exterior. Estas representações mentais do mundo e dos outros serão o produto de processos psicológicos. No entanto, as representações sociais não são apenas mediações, são factores constituintes do estímulo e modeladoras da resposta.

Os processos cognitivos não são simples produtos de natureza intra-individual, mas antes produtos da actividade concreta dos grupos sociais, da interacção e da comunicação social. Assim, não podemos empreender uma análise mental, dos processos e dos conteúdos cognitivos, esquecendo a sua ligação com as culturas, as linguagens, as instituições e as dinâmicas dos grupos que cada indivíduo integra. (Vala, 1993)

Sendo a representação um produto da actividade mental do sujeito relativo ao mundo que o rodeia, a sua construção é regida por processos sociocognitivos e por processos sociais. Uma representação social, é determinada pelas condições e estrutura da sociedade na qual ela se desenvolve.

Uma vez constituída uma representação, os indivíduos procuram criar uma responsabilidade que valide as previsões e explicações decorrentes dessa representação. (Vala, 1993)

Segundo Moscovici (1988), para que as representações sociais se formem, são necessárias três condições: a dispersão e desfasamento da informação, desigualdade de focalização e a pressão da inferência.

A dispersão e desfasamento da informação diz respeito ao desfasamento existente entre a informação relativa aos objectos e a informação necessária para construir o fundamento sólido do conhecimento desses mesmos objectos. A desigualdade de focalização refere-se aos interesses prioritários dos indivíduos e dos grupos sobre diferentes aspectos do ambiente, em função dos seus interesses e posições sociais, códigos e valores. A pressão de inferência refere-se à pressão exercida pela sociedade, que permite ao indivíduo acelerar o processo de passagem da verificação à inferência.

Este autor refere ainda que são dois os processos que evidenciam o modo como, por um lado, o social transforma um conhecimento em representação e como, por outro, essa representação transforma igualmente o social.

Estes processos, objectivação e ancoragem, são fundamentais à elaboração e funcionamento de uma representação social e têm por princípio clarificar a forma como a integração da novidade constitui a principal função da representação social. Não são processos sequenciais, mas sim, concomitantes e estão interrelacionados (Vala, 1993).

A objectivação e a ancoragem são processos integradores, na medida em que, articulam as interacções e ligam o psicológico e o social, integram um conjunto de mecanismos mentais e fenómenos sociais marcados pelo contexto nos quais se exprimem.

A objectivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se formam expressões de uma realidade vista como natural. A ancoragem refere-se ao facto de qualquer tratamento da informação exigir pontos de referência: é por referência a experiências e esquemas de pensamentos já estabelecidos que o objecto em questão vai ser pensado.

Moscovici (1988) encara a representação enquanto um processo de mediação entre o conceito e a percepção. Considera a representação como um processo que torna o conceito e a percepção intermutáveis, pelo facto de se engendram reciprocamente.

Contudo, devemos considerar não apenas a influência dos contextos sociais sobre o psicológico, como também a importância do papel dos processos psicológicos na construção da realidade social.

Em conclusão desta vertente da definição do conceito de representação social, que reside na questão da delimitação do sentido do adjectivo social da noção de representação, Moscovici (1988) observa que a representação social tem como função resolver problemas, dar forma a relações sociais e fornecer um instrumento para a conduta. A representação é o resultado da reflexão e da interacção de uma colectividade bastante diversificada e difusa.

Segundo Fávero e Salim (1995) o conhecimento humano é um produto social, do mesmo modo que a vida social é baseada num consenso de representações cognitivas do indivíduo. A representação está revestida de uma tonalidade afectiva particular do indivíduo, portanto, a nível afectivo-psicológico.

As representações são fixadas em diferentes grupos sociais e modificam-se durante a vida reflectindo variações no tipo de problemas de saúde que cada um enfrenta.

O Desenvolvimento Cognitivo

Pouco tempo depois de nascermos, progredimos e adquirimos capacidades de comunicação por meio da linguagem para a resolução de problemas, para fazer parte de uma acção com os outros, para beneficiar da experiência e invenções dos nossos anciãos, para aprender e ensinar os outros, planear futuros acontecimentos, etc.

O estudo do desenvolvimento humano tem-se debruçado na relação entre os indivíduos e a importância do meio nesta relação. Todas as teorias reconhecem que a natureza e estimulação são necessárias para conceptualizar o processo do desenvolvimento.

Segundo García-Fernández e Peralbo-Uzquiano (1999) uma das características distintas do ser humano é a capacidade para construir estruturas mentais que o permitam interagir eficazmente com o seu meio.

Estes autores sugerem que será o sujeito quem constrói através da sua própria actividade os esquemas de conhecimento que sejam necessários para a sua adequada adaptação ao meio em que vive. Segundo a perspectiva organicista representada por Piaget o desenvolvimento produz-se através da acção do sujeito sobre um meio ambiente do qual selecciona aquilo que realmente necessita para prosseguir o seu avanço cognitivo. Nesta perspectiva o meio ambiente desempenha um papel passivo relativamente a um organismo activo. A relação sujeito-ambiente é, neste caso, unidireccional e o mecanismo que explica a mudança evolutiva é basicamente a maturação. Nesta perspectiva o sujeito não pode abordar aquelas aprendizagens para as quais a sua estrutura cognitiva não está preparada. Daí que a verdadeira aprendizagem se produza primeiro na estrutura intelectual, bem como nos esquemas sensorio-motores ou nos simbólicos, e sempre como resultado dos processos de assimilação e acomodação.

A criança na sua aquisição de conhecimentos e compreensão da realidade não é um mero receptor passivo de informação que lhe chega de diferentes fontes, mas constrói de forma activa as suas próprias ideias. Em momentos distintos do seu desenvolvimento, o sujeito iria reorganizando toda a sua estrutura de conhecimentos, graças à interacção de novas capacidades cognitivas e nova informação.

Vários estudos concluíram que um maior conhecimento reflecte uma maior capacidade no desenvolvimento. Um estudo realizado por Lieberman, Clarck, Krone, Orlandi e Wynder (1992) indica-nos que apesar da maturidade cognitiva e precisão da informação estarem significativamente associadas, uma correcta informação não é o equivalente a ter as capacidades para compreender o abstracto, a natureza e a interiorização dos factos.

Segundo Piaget (1967) o avanço cognitivo do indivíduo envolve adaptações ao meio, incluindo ao meio social. Piaget estudou o papel dos factores sociais e especialmente da interacção entre pares nas crianças.

Rogoff (1990) sugere que as crianças são aprendizes no pensamento, activas nos seus esforços de aprender a partir da observação e participação com pares e membros habilitados da sua sociedade, desenvolvendo qualidades de resolverem problemas, definidos culturalmente, com instrumentos disponíveis, e construindo destes dados novas soluções dentro do contexto das actividades socioculturais.

Para esta autora o desenvolvimento das crianças está envolvido no contexto social das relações e nos instrumentos socioculturais. Rogoff (1990) dá especial relevo:

1. Ao papel activo das crianças no uso da direcção social;
2. À importância da resolução das actividades das crianças e às suas participações em actividades culturais;
3. À variação cultural em ambos os objectivos do desenvolvimento e ao significado do que as crianças recebem com aqueles que são os seus "guias" e companheiros na explicação, discussão, provisão de modelos experientes, participação unida, observação activa, e arranjo dos papéis das crianças, etc.

Esta autora desenvolveu o conceito de "guided participation" em que o "educador/ par" e a participação nos valores das actividades culturais são essenciais para a aprendizagem das crianças no pensamento.

"Guided participation" envolve crianças, educadores e companheiros nos processos de colaboração de:

1. Construção de pontes da presente compreensão das crianças e habilidades para alcançar uma nova compreensão e habilidades;
2. Resolver e estruturar a participação das crianças em actividades, com mudanças dinâmicas sobre o desenvolvimento na responsabilidade das crianças.

Segundo Piaget (1967), a inteligência é uma adaptação. Dentro da perspectiva genética, este autor parte do pressuposto de que no ser vivo, da mesma maneira que na inteligência, existem elementos que devem ser situados em funções biológicas gerais e essenciais à evolução, organização e adaptação.

Segundo Piaget (1967) o desenvolvimento pode ser considerado um equilíbrio progressivo: uma passagem de um estado de menor equilíbrio a um estado de equilíbrio superior.

Num estudo realizado por Maurice-Naville e Montangero (1992) sobre o desenvolvimento do pensamento, estes autores observaram que, mesmo que todas as crianças recebam uma mesma informação relativa a determinado factor, assimilam a informação de forma correspondente ao seu nível de desenvolvimento.

Piaget e Inhelder (1966) descreveram o desenvolvimento da capacidade de raciocínio, baseando-se no progresso da criança através de uma série de estádios de desenvolvimento. Quando atinge um novo estágio, a criança é capaz de resolver problemas que anteriormente não era capaz. Piaget introduziu ainda o conceito de auto-regulação para explicar como a criança evolui de um estágio para o seguinte.

Segundo Piaget (1967) o desenvolvimento mental é uma construção contínua, tornando-se mais sólido, e cujas fases de gradual ajustamento constroem uma elasticidade e mobilidade tanto maiores quanto maior o seu equilíbrio.

Piaget e Inhelder (1966) introduziram o conceito de estágio de desenvolvimento cognitivo como sendo um período em que o raciocínio e o comportamento do indivíduo apresentam características próprias. Todos os indivíduos evoluem passando por quatro estádios, pela mesma ordem, mas não necessariamente com o mesmo ritmo. Os dois primeiros, sensorio-motor e pré-operacional, completam-se antes da criança atingir os 7 ou 8 anos de idade. O estágio de desenvolvimento do pensamento concreto desenvolve-se aproximadamente entre os 8 e os 12 anos de idade, enquanto que o estágio de desenvolvimento do raciocínio formal começa, geralmente, a desenvolver-se a partir dos 12 anos de idade.

O egocentrismo é a característica central do pensamento infantil anterior aos períodos operatório concreto e operatório formal, e caracteriza-se pela absorção do eu nas coisas e nas pessoas e pela indiferenciação entre o ponto de vista próprio e o dos outros. É essencialmente, segundo Piaget e Inhelder (1966), um fenómeno inconsciente de manifestação de um pensamento centrado no próprio ponto de vista e incapaz, por conseguinte, de o relacionar e coordenar com os outros pontos de vista, pelo que a consciência do egocentrismo destrói o próprio egocentrismo. Não é, portanto, um fenómeno de consciência social, uma vez que, o comportamento

manifesta, de modo indirecto, o egocentrismo mas não o constitui, é antes de mais uma espécie de ilusão sistemática e inconsciente da perspectiva. O egocentrismo manifesta-se em todos os sectores da actividade da criança mas é no jogo simbólico e na representação que a criança faz do mundo que mais puramente se verifica.

É só a partir dos 7-8 anos que a diferenciação de diferentes pontos de vista começa a operar-se e a troca de experiências a manifestar-se, uma vez que, no plano social, o egocentrismo é uma réplica das relações com o mundo físico, exprimindo-se pelo monólogo. Não é, portanto, um pensamento socializado, já que não se baseia na reciprocidade e não pressupõe a cooperação, trata-se essencialmente de um pensamento simbólico. É, também só a partir desta idade que o pensamento torna-se lógico, com a aquisição da reversibilidade lógica, o que irá ter repercussões no relacionamento social, com o aumento da reciprocidade e da cooperação, a par da diminuição do pensamento simbólico.

Os critérios de delimitação dos períodos, são, segundo Piaget e Inhelder (1966), os seguintes: a ordem de sucessão das aquisições, é constante; os estádios ou períodos possuem um carácter integrativo, ou seja, as estruturas operatórias concretas são parte integrante das estruturas operatórias formais; todos os estádios passam por um nível inicial de preparação e um nível final de aquisição do equilíbrio que, por exemplo, no período operatório formal inicia-se por volta dos 12-13 anos e atinge o equilíbrio por volta dos 14-15 anos. Em termos de desenvolvimento, Piaget (1967), distingue, portanto, dois tipos de experiência, a experiência física, que consiste em agir sobre os objectos para descobrir as suas propriedades, extraíndo-as por meio de abstracção “simples” a partir da percepção, e a experiência lógico-matemática ou operatória, que consiste em retirar a informação não directamente dos objectos mas das propriedades que as acções introduzem nos mesmos, passando de uma abstracção simples a uma abstracção ao nível da reflexão.

Na génese do período das operações concretas, dos 7 aos 11-12 anos, está a aquisição da reversibilidade que permite, sobretudo, uma descentração mais rápida e uma maior mobilidade dessa inteligência na medida em que ela só opera sobre o concreto e não sobre o provável ou sobre simples hipóteses. A inteligência operatória concreta consiste, portanto, em classificar, seriar e enumerar os objectos e as suas propriedades mas no contexto de uma relação directa com o objecto.

Na génese do estádio seguinte, inteligência operatória formal, está a aquisição da capacidade da inteligência na qual podemos situar o plano das relações entre o possível e o real, mas no sentido em que o real se subordina ao possível, ou seja, a aquisição do pensamento hipotético-dedutivo. Isto significa que se parte de

elementos tomados como proposições, tais como, a conjunção, a implicação, a equivalência, etc., obedecendo a uma lógica proposicional regida por uma combinatória e que ultrapassa a lógica das operações concretas, uma vez que, combina as duas reversibilidades do nível concreto, a inversão e a reciprocidade. (Piaget & Inhelder, 1966)

Assim, no estágio anterior as operações coordenam-se em estruturas mas são limitadas, uma vez que se restringem a classificações, seriações, correspondências, etc., e comportam desfasamentos de tal modo que as crianças não conseguem dominar as mesmas estruturas quando aplicadas a conteúdos diferentes, em suma o pensamento concreto permanece vinculado ao real. No operatório formal o campo do real é ultrapassado pelo campo possível, tornando-se em pensamento hipotético-dedutivo, ou seja, a dedução lógica passa do real percebido para a formulação de hipóteses. Neste estágio a criança combina as estruturas de classes, ou a reversibilidade por inversão, com as estruturas de relações, ou a reversibilidade por reciprocidade numa estrutura de conjunto de grupo e combinatória proposicional.

Resumindo, um dos aspectos centrais do modelo piagetiano é, então, o egocentrismo uma vez que, para o autor, é o elo que liga todas as características específicas da lógica infantil ocupando uma posição desenvolvimentista intermédia entre o pensamento autístico, que se caracteriza por ser inconsciente e inadaptado da realidade externa e o pensamento orientado, que se caracteriza por ser consciente, adaptado ao real e comunicável sendo, portanto, sociável. O autismo é encarado como a forma mais primitiva de pensamento, a lógica surge mais tarde e o pensamento egocêntrico é o elo genético entre ambos.

No início da década de 70, Piaget levantou algumas hipóteses relativamente às variações cronológicas no acesso ao pensamento formal e quanto à não universalidade do formal acabado (Marchand, 1992). Para Piaget todos os sujeitos que vivem em meios sociais que lhes proporcionem os alimentos cognitivos e as incitações intelectuais necessárias atingem as operações e as estruturas formais, se não for entre os 11-12 anos a 14-15 anos, em todos os casos entre os 15-20 anos. Porém chegam às operações formais em áreas diferentes e estas dependem das suas aptidões e das suas especializações profissionais sem que a utilização das estruturas formais seja exactamente a mesma em todos os casos.

Sob este ponto de vista, toda a vida mental, como de resto a própria vida orgânica, tende a assimilar progressivamente todo o meio ambiente, e realiza esta incorporação graças a estruturas, ou órgãos psíquicos, cujo raio de acção é cada vez mais extenso: a percepção e os movimentos elementares facultam, primeiro, a posse

dos objectos próximos, depois a memória e a inteligência práticas permitem ao mesmo tempo reconstituir o seu estado imediatamente anterior e antecipar as suas transformações futuras.

Para uma planificação da instrução atendendo ao raciocínio das crianças, parece ser útil que nos debruçemos sobre *como* se desenvolve o conhecimento em vez de nos fixarmos em estádios do desenvolvimento. O estudo do raciocínio das crianças através das suas respostas e justificações, permite compreender melhor como se processa a aprendizagem do que através de conceitos como estádios e estruturas, que não se manifestam claramente no comportamento de aprendizagem das crianças e que por isso mesmo têm um valor limitado na prática pedagógica.

Um dos principais conceitos na teoria de aprendizagem de Piaget e Inhelder (1966) é o de *auto-regulação* que constitui o processo pelo qual o indivíduo forma ou adapta padrões de raciocínio e avança de um estádio de desenvolvimento intelectual para o seguinte. Quando o indivíduo interpreta uma experiência nova fá-lo utilizando estruturas já existentes, isto é, assimila a nova informação. Por vezes acontece que a assimilação tem sucesso, mas também pode acontecer que conduza a contradições que produzem um estado de pensamento instável. Então, as estruturas mentais têm de adaptar-se à nova informação, isto é, têm de acomodar-se. A auto-regulação leva a criança a analisar o problema, considerar soluções, avaliar os resultados, e a utilizar diferentes metodologias para resolver o problema.

Ao assimilar assim os objectos, a acção e o pensamento são obrigados a acomodar-se a eles, isto é, a reajustar-se a cada variação exterior. Pode-se chamar “adaptação” ao equilíbrio destas assimilações e acomodações: esta é a forma geral do equilíbrio psíquico, e o desenvolvimento mental surge, assim, na sua organização progressiva, como uma adaptação cada vez mais precisa à realidade.

Vygotsky (1979) apresenta-nos uma perspectiva do desenvolvimento influenciada pelo meio. O postulado fundamental das suas abordagens é que as funções psicológicas humanas diferem dos processos psicológicos de outros animais porque são culturalmente mediadas, historicamente desenvolvidas e emergem da actividade prática.

Os fundadores da escola sócio-histórica enfatizaram que uma teoria completa do desenvolvimento humano deve ter em conta as mudanças que ocorrem simultaneamente em quatro níveis históricos: o desenvolvimento das espécies (*filogenia*), o da *história* dos seres humanos desde sua emergência com um espécie distinta, *ontogenia* (a história individual das crianças) e da *microgénese*, o

desenvolvimento de processos psicológicos particulares no curso das interacções experimentais numa única sessão experimental.

Segundo Vygotski (1979) as correntes teóricas sobre a relação entre desenvolvimento e aprendizagem nas crianças, podem reduzir-se essencialmente a três posições teóricas importantes:

A primeira teoria supõe que os processos do desenvolvimento da criança são independentes da aprendizagem. A aprendizagem é considerada um processo externo que não afecta de modo activo o desenvolvimento.

A segunda posição teórica é a de que a aprendizagem é desenvolvimento. Esta identidade é a essência de um grupo de teorias com origens muito diversas.

A terceira posição teórica respeitante à relação entre aprendizagem e desenvolvimento anula os extremos das anteriores afirmações e combina-os entre si. O desenvolvimento baseia-se em dois processos distintos, no entanto relacionados entre si, que se influenciam mutuamente. Por um lado existe a maturação, que depende directamente do desenvolvimento do sistema nervoso; por outro, a aprendizagem, que é também considerada um processo evolutivo.

Segundo Cole (1996), encontramos nesta teoria de Vygotsky três novos aspectos. Em primeiro lugar, encontramos a combinação de dois pontos de vista aparentemente opostos, que têm sido estudados separadamente ao longo da história da ciência. Pensar que estes pontos de vista podem ser integrados numa mesma teoria indica que não são tão díspares nem que se auto-excluem: revelam que têm algo de essencial em comum. Outra ideia é a de que os dois processos que constituem o desenvolvimento são mutuamente dependentes e interactivos. Evidentemente, a natureza desta interacção encontra-se limitada. Resulta que o processo de maturação prepara e possibilita um processo específico de aprendizagem. O processo de aprendizagem estimula e faz avançar o processo de desenvolvimento. A novidade mais importante desta teoria é o papel preponderante que atribui à aprendizagem no desenvolvimento da criança.

O modelo vygotkiano parte da premissa que o discurso egocêntrico é um estádio no desenvolvimento do discurso social para o discurso interior, defendendo que este, portanto, não se atrofia, antes transforma-se e evolui.

Para Piaget (1967), o desenvolvimento do pensamento processa-se do individual para o social, contrariamente, para Vygotsky (1979) o desenvolvimento processa-se da comunicação através do contacto social, subdividindo-se posteriormente em discurso egocêntrico e discurso comunicativo. Quando as circunstâncias obrigam a

criança a parar para pensar, o mais certo é começar a pensar em voz alta, ora é este discurso egocêntrico, dissociado do discurso social geral, que acaba por conduzir ao discurso interior. Nesta perspectiva a verdadeira trajetória do desenvolvimento do pensamento não vai do pensamento individual para o socializado, mas do pensamento socializado para o individual. Vygotsky (1979) defende, portanto, a tese segundo a qual o significado das palavras evolui, baseando-se na premissa que as palavras não se limitam a exprimir o pensamento mas que é através delas que este acede à existência, mais uma vez, contrariamente à teoria genética de Piaget (1967). Quando se começa a dominar a fala exterior a criança principia por uma palavra sendo esta primeira palavra uma frase completa. Semanticamente a criança parte do geral para o particular, no entanto, no seu aspecto externo, da palavra para a frase, parte-se, do particular para o geral.

Matta (1998) refere que o confronto das perspectivas desenvolvidas por Piaget e Vygotsky, sobre o processo de evolução conceptual, mostra que, apesar das grandes diferenças inerentes às posições teóricas destes dois autores, no que concerne o desenvolvimento e às relações entre desenvolvimento e aprendizagem, ambos partilham a ideia da complexidade progressiva na evolução conceptual. Ambos sublinham também, a importância da mudança evolutiva verificada quando da formação dos conceitos gerais e abstractos. Para Piaget, este progresso é o resultado de uma elaboração das estruturas operacionais que derivam da interiorização da acção. A perspectiva de Vygotsky sublinha as origens sociais das funções mentais superiores e o papel dos instrumentos psicológicos, nomeadamente da linguagem. Mas, para os dois autores, a tomada de consciência, portanto o carácter consciente e voluntário, e uma organização no sistema hierárquico, estão na base da evolução verificada quando da formação dos conceitos científicos abstractos.

A cognição é muitas vezes vista como um processo não observável intervindo entre a percepção e a acção. Segundo Carden (1986) para alcançarmos qualquer profundidade de compreensão, do desenvolvimento humano temos que reconhecer que a percepção, cognição e acção estão tão intimamente ligadas que o desenvolvimento de uma depende do desenvolvimento da outra.

Desenvolvimento dos Conceitos de Saúde e Doença

A eficiência do organismo é um resultado global que deriva de um número considerável de reacções coordenadas. A eficiência destas reacções como unidade complexa é aquilo que designamos “saúde”. A doença, dependente do conceito de saúde, é considerada como um estado de diminuída eficiência, ainda que compatível com a vida. (Enciclopédia 23, 1994)

Nos últimos anos vários factores contribuíram para alterar a compreensão e intervenção na saúde e doença, no sentido de uma visão mais complexa e pluridisciplinar (McIntyre, 1994).

Segundo Fávero e Salim (1995), quando estudamos conceitos complexos, como é o caso dos conceitos de saúde e doença, referimo-nos necessariamente a uma hierarquização de outros conceitos que os sustentam e ao mesmo tempo, às pré-condições subjectivas, subjacentes à sua formação e ao seu contexto funcional.

A doença envolve, para além de factores biológicos, também factores sociológicos e psicológicos. No entanto o conceito não é nominal: não encontramos nenhuma definição simples de doença. As distinções entre doença e não doença baseiam-se na similaridade a alguns protótipos familiares e numa cultura particular. (Kalish, 1996)

Tanto a saúde como a doença são produtos do desenvolvimento dos seres vivos. Como refere Pereira (1985) o domínio psiquiátrico sobre a área da saúde mental impedia, até certo ponto e por longo tempo, que desta afirmação fossem extraídas as consequências mais pertinentes, isto é, que da saúde fosse criada uma imagem verdadeiramente positiva. Na verdade ela foi aceite, durante séculos, como um facto natural e a doença como excepção. Por isso ninguém pensou em explicar a saúde; todos estavam demasiado ocupados a digladiar explicações sobre a doença.

O conceito de saúde sofreu grandes alterações a partir do pós-guerra, passando a ter como principal ponto de referência a definição elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS): Saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Segundo esta definição, saúde pressupõe um estado de bem-estar onde se incluem não apenas a ausência de doença, mas sim o conjunto dos estados físico, mental e social.

Posteriormente, apoiado em várias investigações, surge o Relatório Lalonde, documento marcante no campo da saúde. Aponta para um modelo de saúde pública, que viria a influenciar futuros projectos como o documento Saúde para Todos no ano 2000. (Ribeiro, 1998).

Tem-se assinalado a importância da doença como "construção social", como fenómeno determinado socialmente, que influencia no desenvolvimento social da criança. A doença e as suas consequências podem ter uma importante função no desenvolvimento cognitivo, social e emocional.

Se os adultos têm pouco envolvimento nas decisões relativas ao seu próprio cuidado (excepto na escolha do seu próprio estilo de vida), as crianças não têm quase nenhum, sendo reforçada a ideia de participante passivo nos serviços de saúde. No consultório, muitos dos médicos limitam o seu discurso ao adulto.

Desde 1971, tem-se assistido a diversos estudos sobre a origem das crenças de saúde das crianças e dos seus comportamentos e de que forma as crianças podem realizar decisões responsáveis sobre problemas importantes (definidos por profissionais) que os preocupe no seu desempenho, na escola, a brincar e a crescer. (Lewis, 1983)

Segundo Barrio (1988) quando uma criança experimenta ou ouve falar de uma doença - sua causa, modo de tratá-la ou evitá-la - essa informação precedente da sua experiência imediata ou de origem social, assimila-se ao nível cognitivo que dispõe nesse momento, graças ao qual tem um esquema do que é a doença, sua causa e prevenção. Por conseguinte, as explicações que ele mesmo ofereça serão um reflexo da interacção que se produz entre as suas estruturas intelectuais e as influências externas e, portanto, variarão de acordo com o desenvolvimento dessa interacção.

Também Bibace e Walsh (1980) sugerem que as instruções sobre a saúde devem ser concordantes com o nível cognitivo das crianças, quando estas não têm adquiridos os pré-requisitos necessários para beneficiarem de um conhecimento causal. No entanto Siegal (1988) sugere que o conhecimento sobre as causas da doença está na habilidade das crianças.

Como referem estes autores os aspectos cognitivos e emocionais (as crenças e os sentimentos) devem ser considerados pelos profissionais implicados nos serviços de saúde. Segundo estes autores, a resposta dos profissionais de saúde será mais eficiente quando estes têm em conta o nível psicológico das crenças das crianças sobre a doença e sobre os seus sentimentos sobre estar doente.

As interpretações dos pacientes sobre os seus sintomas, para além de constituírem uma informação essencial para o diagnóstico, determinariam, juntamente com outras representações psicossociais, muito da evolução da doença, e da possibilidade da cura e/ ou da recuperação.

A compreensão sobre saúde e doença nas crianças tem influência na educação preventiva para a saúde, um assunto de preocupação pública. Relativamente à

prevenção, as estratégias que se centram na influência de determinados comportamentos para a saúde e doença tendo em conta a sua implicação na escola, em actividades de contexto familiar e nas representações de saúde e doença, poderão ser uma forma bem sucedida para influenciar comportamentos saudáveis nos adolescentes. Por esta razão é imprescindível que estes programas sejam dirigidos ao nível de compreensão da criança e do adolescente.

Como refere Lewis (1983) fazendo com que as crianças participem em decisões relacionadas com a saúde, vão aprender a escolher caminhos de acção que promovem a sua saúde.

Muitas crianças necessitam de perceber as razões da doença. As crianças que tenham uma doença crónica ou condições de vida condicionadas necessitam perceber porque estão em tratamento. Dependendo da sua idade, muitos são encorajados a aceitar responsabilidades individuais de determinados aspectos do seu próprio tratamento. Esta necessidade pode surgir da doença ou da morte de um parente. Nestas circunstâncias, as famílias precisam de ajuda para comunicar e as crianças devem ser ajudadas a expressar os seus sentimentos. O tratamento também pode afectar a aparência física da criança, ou podem estar associadas a irritabilidade ou agressão. Nestas circunstâncias, a criança precisa de perceber as razões da mudança de comportamento ou da mudança de aparência própria dos seus amigos ou familiares. As explicações sobre estas mudanças são consideradas essenciais para ajudar a criança doente a ter uma vida tão normal quanto possível.

Presentemente, os livros dirigidos às crianças relativos aos serviços de saúde são, na sua maioria, construídos por adultos, baseando-se na forma como estas devem pensar sobre determinado fenómeno empírico. No entanto, segundo Bibace e Walsh (1980) os materiais de ensino e estratégias para a promoção da saúde devem ser direccionados especificamente para o nível de desenvolvimento cognitivo da criança.

Segundo Fávero e Salim (1995) o conhecimento do contexto funcional dos conceitos em questão, no caso de pacientes infantis, é essencial para subsidiar possíveis intervenções psicológicas junto dos profissionais de saúde. O convencimento entre os profissionais clínicos, tanto médicos como psicólogos, da necessidade de conhecer as ideias dos seus pacientes sobre a doença para poder interpretar e intervir nos transtornos emocionais observados fazem emergir, dentro da psicologia, os estudos sobre os processos cognitivos e o seu desenvolvimento. (Barrio, 1988)

Como refere Joyce-Moniz e Reis (1991) o objectivo metodológico, explícito ou tácito, da psicologia da saúde também é o de levar a pessoa a uma substituição de significações julgadas correctas de prevenção da doença, promoção da saúde e reabilitação.

Significações de Saúde e Doença

Nos últimos tempos tem-se assistido a uma maior consciencialização dos profissionais de saúde relativamente às influências das crenças sobre saúde e doença na adesão aos tratamentos, estratégias preventivas, controlo pessoal, estratégias de coping e hospitalização. Essa humanização da medicina passa pela aceitação da pessoa na sua vertente mais subjectiva (criação de significações sobre processos de saúde e doença em geral) e, como refere Joyce-Moniz e Reis (1991) pela integração do conhecimento do desenvolvimento psicológico, mesmo nas suas funções mais abstractas, nos conhecimentos etiológicos, processuais e operacionais da medicina.

A psicologia da saúde só tem razão de ser se se debruçar sobre as significações que as pessoas criam sobre os seus próprios processos de saúde e doença.

Significações são actividades cognitivas dirigidas para um fim, o de interpretar ou explicar a realidade. Um sem número de significações sobre processos de saúde e de doença têm desde sempre povoado o imaginário humano. Segundo Joyce-Moniz e Reis (1991), significação não é apenas a interpretação da realidade desses processos mas também a sua valoração, ou avaliação em termos pessoais e afectivos. Concepções de saúde e doença são tão significativas que estão subjacentes às representações com que a pessoa procura definir a sua auto-imagem, antecipar ou evitar o perigo, planear acções pontuais e projectos de vida, ou imaginar um destino.

Segundo Millstein, Adler e Irwin (1981) a importância desta influência das crenças de saúde deve ser compreendida por fornecedores, investigadores e projectistas de serviços de saúde para que consigam fornecer serviços mais úteis e mais apropriados.

Para perceber as razões porque as pessoas aderem a comportamentos de auto-promoção e auto-medicação pode ser essencial saber como os sujeitos constroem as suas próprias representações de saúde e doença. As crenças de saúde são, segundo Stanton, Raja e Langley (1995), um importante componente no processo complexo de modificar comportamentos de saúde.

Como refere García-Fernández e Peralbo-Uzquiano (1999) o desenvolvimento das noções de saúde e doença é importante como instrumento de mudança na

mentalidade da população com respeito à promoção da saúde e à prevenção da doença.

Vários estudos têm demonstrado que as pessoas têm representações cognitivas sobre a sua doença. Segundo Echabe, Guillen e Ozamiz (1992) as ideias sobre saúde e doença são muito variadas e parece que se formam pela informação que as pessoas recebem de fontes sociais e pela sua própria experiência anterior com a doença.

Bibace e Walsh (1980) também sugerem que a representação de saúde e doença têm um importante papel na direcção de estratégias de coping que aparecem com os primeiros sinais de sintomas de doença.

Normalmente, segundo Lewis (1983), a tomada de decisão diz respeito aos médicos. No entanto as acções relativas à saúde dos indivíduos – o seu estilo de vida, riscos, e o uso de serviços de saúde – são estudados como comportamentos influenciados pelas crenças, atitudes e normas sociais: cada um tem que decidir quando procurar ajuda e que opção deve seleccionar para o seu tratamento (se mais do que um lhes for apresentado).

Muitos investigadores mostraram interesse em estudar o desenvolvimento cognitivo das crianças relacionando-o a problemas de saúde e doença.

As significações individuais, sobre processos de saúde e doença, mudam ao longo do processo de desenvolvimento e, segundo Joyce-Moniz e Reis (1991), podem ser sequenciadas de forma ordenada, inclusiva e previsível, de acordo com os ritmos orgânicos e os limites cognitivos impostos pelo próprio desenvolvimento.

Os modelos reais que a ciência nos oferece não são utilizados por todos da mesma maneira. Cada indivíduo constrói as suas próprias ideias sobre o meio que o rodeia, ideias que muitas vezes não coincidem com as derivadas do conhecimento científico. Estas concepções pessoais servem para o indivíduo prever acontecimentos, interpretá-los e comportar-se de forma adaptada face a um meio ambiente complexo. Segundo García-Fernández e Peralbo-Uzquiano (1999) o interesse em conhecer as concepções das pessoas sobre saúde e doença é o de analisar como as ideias afectam o nosso comportamento, não tanto porque sejam reflexo ou não das concepções científicas vigentes, mas porque sejam quais forem influenciam as nossas acções.

Echabe, Guillen e Ozamiz (1992) estudaram a representação de saúde e doença da população basca, tendo concluído que, grande parte desta população, considera a saúde como resultado de um equilíbrio entre o corpo e a mente, sendo a doença vista como uma quebra nesse equilíbrio. Os sintomas são pensados como sinais de distúrbios emocionais. A doença é concebida como uma causa de pouco exercício

físico, stress no trabalho, mau humor, poluição ambiental e pobreza. A saúde e a doença são focadas no próprio comportamento dos sujeitos, a qual é constatada como um desafio que pode ser resolvido pelo próprio: comportamento, alimentação saudável, exercício físico e um bom estado de humor são factores importantes para estar saudável.

Estudos realizados por Lieberman, Clarck, Krone, Orlandi e Wynder (1992) concluíram que a compreensão de doença em cada grupo de idade aumenta significativamente segundo o ano escolar.

Assim, a tendência das ideias infantis sobre a doença segue a descrição piagetiana do desenvolvimento cognitivo geral. Segundo Barrio (1987) há diferenças qualitativas evidentes nas explicações nas crianças de diferentes idades, no entanto muito poucos têm uma visão cognitivamente sofisticada de alguns processos complexos relacionados com a doença, cuja compreensão requer a aplicação de um raciocínio formal.

A concepção de doença das crianças, segundo Lieberman, Clarck, Krone, Orlandi e Wynder (1992) reflecte os estádios de desenvolvimento cognitivo articulados por Piaget.

Barrio (1987, 1988) estudou a evolução das ideias infantis sobre alguns aspectos relativos à doença e a sua relação com os estádios gerais do desenvolvimento intelectual descritos por Piaget. Segundo esta autora a diferença dos tipos de explicação está relacionada com a idade dos sujeitos, enquanto índice do nível de desenvolvimento intelectual dos mesmos.

Esta conclusão vai ao encontro de Perrin e Gerrity (1981), quando afirmam que a concepção da causa de doença nas crianças segue um progressivo desenvolvimento semelhante à mudança nos processos cognitivos em geral, mudando de primitivo, circular e raciocínio egocêntrico para um ponto de vista mais abstracto e lógico.

Estes autores demonstram uma progressão no desenvolvimento coerente com o modo como as crianças percebem a causa, prevenção e tratamento de doenças, e segundo o desenvolvimento de conceitos noutras áreas. A atribuição da auto-culpabilização diminui com a idade. As crianças saudáveis culpam outras pessoas pela sua doença. As concepções da doença tornam-se mais objectivas, racionais e claras com o aumento de idade, e as crianças têm mais conhecimentos da multiplicidade da interacção de factores que causam a doença, mostrando um aumento de habilidade para pensar na doença em termos absolutos.

Assim, o desenvolvimento da concepção aparenta ser previsível e consistente com o desenvolvimento cognitivo geral.

Na pré-primária e no segundo ano, uma criança define a doença, segundo Perrin e Gerrity (1981), apenas quando lhe é dado por alguém sinais externos da sua doença. Acredita que fica doente por causa de uma acção concreta que faz ou que falhou ao fazer e espera recuperar da doença automaticamente ou aderindo rigidamente a outras regras.

Segundo estes mesmos autores, no 4º ou 6º ano a criança já consegue usar a lógica do pensamento operacional concreto. A maior mudança no desenvolvimento neste estágio é a emergência de uma diferenciação entre o próprio e os outros, a criança desenvolve a habilidade de distinguir quais os fenómenos internos e externos. A criança torna-se menos egocêntrica, e mais capaz de perceber os fenómenos segundo diversos pontos de vista. No entanto tendencialmente ainda se foca em eventos externos, compreendendo apenas os fenómenos que vê no mundo real e não nas hipotéticas possibilidades. Começa a apreciar a relatividade e multiplicidade das causas e efeitos das relações e a conceptualizar a sua reversibilidade. Verificam assim que este grupo de crianças define a doença segundo múltiplos sintomas concretos. Acreditam que a doença é atribuída unicamente ou principalmente aos germes e que a doença pode ser prevenida simplesmente evitando estes germes. Uma criança típica deste estágio espera recuperar da doença como resultado de um autocuidado e tomando os medicamentos, numa quase submissão relativamente às ordens médicas.

Nos estudos realizados por estes dois autores, as crianças que usam estruturas cognitivas do operatório formal conseguem diferenciar entre o próprio e o mundo externo, percebendo a doença segundo estruturas internas psicológicas e sistemas cuja disfunção podem manifestar-se por uma variedade de sintomas externos. Definem a doença tipicamente em termos abstractos com ênfase num sentimento interno de não-bem-estar, independentemente de queixas específicas ou sinais externos. Percebem que podem coexistir diversas causas de doença. Ao explicar como os medicamentos funcionam têm conhecimento de que o agente é necessário mas não suficiente, que a resposta do corpo é um ingrediente crítico para a efectividade dos medicamentos, e que é o próprio corpo que deve "derrotar os germes". Mesmo no 8º ano, poucas das crianças compreenderam a prevenção da doença em termos mais abstractos que os descritos por estes autores como típicos do 4º e 6º anos. A prevenção aparenta ser um conceito mais difícil de compreender que a causa e tratamento.

Barrio (1987, 1988), nos seus estudos, concluiu que aos 4 anos as crianças manifestam uma incompreensão do que origina o estado de doença ou sua cura.

Entre os 5 e 6 anos, as explicações dominantes são de tipo pré-operacional (fenomenismo e acção pessoal/ contágio). A doença e sua cura produzem-se de forma imediata e mágica.

Entre os 7 e os 9 anos começa a vislumbrar-se a acção de um agente causal específico sobre o organismo, no entanto trata-se de uma acção superficial sem repercussão interna (categoria de contaminação). Em qualquer caso, esta explicação de origem da doença e desaparecimento reflectem um pensamento pré-operacional: o sujeito distingue entre algo externo que afecta prejudicial ou benéficamente o seu próprio corpo, e entende a reversibilidade da acção causal ou curativa do externo. Por outra parte, é incapaz de aludir a situações distintas das conhecidas directamente por ele, de referir-se aos processos internos a que dá lugar a acção do agente (o que leva a identificar micróbios e insectos), e pensar em outros factores que podem influenciar na origem da doença ou no seu desaparecimento.

Aos 10-11 anos, o pensamento causal do sujeito sobre a doença e sua cura inclui a acção interna do agente causal, e uma descrição do funcionamento fisiológico interno, pelo menos em termos globais. Estas explicações de interiorização aparecem aos 8 anos e duram até aos 13 e reflectem uma etapa final da lógica operacional concreta que prelude uma lógica de tipo formal.

Aos 12-13 anos, segundo esta autora, ainda que se manifeste de forma isolada desde os 10, praticamente metade dos sujeitos são capazes de pensar em factores internos ao organismo, de carácter fisiológico ou psíquico, que interactivam com factores externos ocasionando a doença, ou curando-a (explicações fisiológicas e psicofisiológicas, de carácter lógico-formal). Quando possuem lacunas de conhecimentos específicos, nesta idade as crianças são capazes de imaginar os processos que ocorrem no organismo, relacionando diferentes sistemas fisiológicos, aplicando a informação que possuem a partir de diversas fontes, com a sua experiência concreta da doença. Barrio (1988) afirma que o facto de só metade dos sujeitos proporcionarem metade das explicações coincide com os dados de outros estudos sobre a não-generalidade do pensamento lógico-formal aplicado a domínios distintos do que nos ocupa.

Estudos realizados por Kalish (1996) demonstram que a concepção de doença nas crianças é muito complexa. A doença não é apenas definida por um conjunto de sintomas, nem identificada com um particular tipo de causa, não parecendo basear-se mais na aparência do que a concepção dos adultos.

As crianças com idade pré-escolar não reconhecem os sintomas da doença: aceitam passivamente o facto dos seus pais dizerem que está doente. Necessitar de

medicamentos e ter febre são características da doença para crianças com idade pré-escolar. Aparentemente não usam sintomas para identificar as doenças. Nesta idade, as crianças não vêm a doença apenas como um factor negativo.

O estudo deste autor sugere que crianças mais novas podem beneficiar de informação sobre a causa de doenças, não havendo razão para limitar as comunicações sobre a doença.

Investigações realizadas por Eiser, Havermans e Casas (1993) sugerem que nas informações dadas às crianças sobre as suas próprias doenças, com especial relevo nas doenças crónicas, devemos considerar não apenas a idade cronológica, mas também relacionar esta informação com as experiências anteriores.

Investigações realizadas por Woodgate e Kristjanson (1996) demonstram que crianças mais novas relatam os seus sintomas clínicos e descrevem a sua dor em termos mais limitados quando comparadas com crianças mais velhas. Outros estudos também demonstram que crianças mais novas usam menos estratégias de coping como forma de gerir a sua dor. No entanto, segundo estes autores, não podemos generalizar as experiências de dor nas crianças mais novas às crianças mais velhas. As crianças mais velhas têm uma compreensão mais completa e compreensiva das diversas partes de um problema ou fenómeno.

As crianças entre os 5 e 9 anos estão mais habilitadas para descrever fenómenos externos e concretos da doença do que internos e abstractos, sendo a doença mais facilmente descrita do que saúde (Lieberman, Clarck, Krone, Orlandi e Wynder, 1992).

Um estudo realizado por Siegal (1988) concluiu que crianças pequenas consideram que as causas da doença estão relacionadas com a justiça e não com contaminação ou contágio.

As crianças que funcionam num estágio pré-operacional do desenvolvimento cognitivo estão mais despertas para as experiências imediatamente presentes, diferenciando-se dificilmente do mundo exterior. Neste estágio o seu pensamento é focado em eventos externos percebidos.

Bibace e Walsh (1980) realizaram um estudo no qual a principal hipótese partia do pressuposto de que a concepção das crianças sobre a doença - a sua compreensão da doença, sua causa e cura - era consistente com a teoria de Piaget e Werner sobre a ontogénese ou o desenvolvimento do raciocínio causal. No seu trabalho demonstraram que a compreensão e percepção das crianças sobre a doença pode ser ordenada de uma forma sistemática, sendo esta ordem desenvolvimentista. Segundo

estes autores se um profissional de saúde trabalhar na base das categorias por eles descritas, irão mais facilmente ao encontro da criança.

Estes autores propuseram uma sequência de seis níveis de significação a que as crianças e os adolescentes têm acesso ao longo do seu desenvolvimento cognitivo-social.

Assim, os dois primeiros níveis de concepção pela criança das causas da doença e da relação desta com o organismo, que os autores fazem corresponder a um pré-operatório em termos de explicação piagetiana do desenvolvimento das estruturas cognitivas, parecem corresponder à fenomenologia *mágica* e *oculta* da medicina primitiva. Nos níveis fenomenístico e de contágio a etiologia da doença é explicada por essa causalidade mágica. As crianças deste período também confundem as causas com os sintomas das doenças.

Os dois níveis seguintes do modelo de Bibace e Walsh (1980) de contaminação e de interiorização podem ser integrados, por um lado, no período de aquisição das estruturas operatórias de acção concreta e, por outro, na concepção ontológica do modelo biomédico. Desta forma, as causas das doenças correspondem a infecções, germes e outras entidades, externas e concretas, que penetram no organismo, provocando os sintomas.

O quinto nível do modelo fisiológico corresponde, naturalmente, à perspectiva fisiológica do modelo biomédico. Os autores situam-no no período das operações formais. A doença é, pela primeira vez, conceptualizada em termos de ruptura nas estruturas e/ ou funções do organismo, ainda que a sua etiologia possa depender tanto de causas externas como internas. É a fisiologia que aparece como o critério mais coerente para a concepção de processos de saúde e doença.

Bibace e Walsh (1980) definem, ainda, um sexto nível dito psicofisiológico, integrado no período da adolescência de sistematização das operações formais, onde se concebem tanto determinantes fisiológicos para a doença como determinantes psicológicos e a consequente inter relação entre processos socio-cognitivos, atitudinais e orgânicos. Trata-se de considerar a pessoa, e o seu funcionamento, dentro de parâmetros orgânicos, psicológicos e sociais, que, de modo contínuo, se determinam e se estruturam uns aos outros.

Estudos realizados por estes autores sobre o desenvolvimento da concepção da doença nas crianças, concluíram que nas crianças com quatro anos, 54% relacionou a doença ao contágio e 38% à contaminação. Aos 7 anos, 63% deram explicações relativas à contaminação e 29% relativas à interiorização. Aos 11 anos as explicações incidiam na interiorização (54%) e fisiológicas (34%).

Crianças com menos de 6 anos explicam as causas da doença em termos temporais imediatos ou segundo as relações físicas. Verificaram também que existia um aumento nas preocupações sociais nos adolescentes, relativamente à doença, quando comparados com crianças mais pequenas. A experiência de doença cria maior ansiedade nas raparigas do que nos rapazes.

No entanto, segundo estes autores, o desenvolvimento psicossocial durante a pré-adolescência não se limita a mudanças cognitivas: envolve igualmente factores sociais nos quais o adolescente vive.

Fávero e Salim (1995) realizaram um estudo junto a crianças saudáveis, cujo eixo central é a pesquisa de uma metodologia que se mostre apropriada ao estudo dos conceitos de saúde, doença e morte, visando a obtenção de dados que subsidiem a intervenção na área da psicologia da saúde com crianças portadoras de doenças crónicas e crianças portadoras de doenças terminais. Também estes autores consideram que os conceitos de saúde, doença e morte tornam-se mais complexos à medida que os níveis cognitivos se elevam.

Segundo estes autores as crianças entre os 6 e 7 anos já têm adquirido o conceito de saúde, doença e morte e sobretudo, já adquiriram a capacidade de distinguir estes três estados.

Na faixa etária dos 9-10 anos a doença parece estar intensamente ligada ao sentimento de tristeza e de desamparo. A relação entre a saúde e a doença parece dizer respeito à relação segurança/ insegurança e, em última análise, à disfuncionalidade do ser e, portanto, à formação individual do auto-conceito. Para a criança de 9-10 anos ter saúde não se relaciona apenas com o facto de o ser humano ser forte e ter muitos músculos. Há subjacente um conceito mais complexo, envolvendo a aparência geral ou "bem-estar" geral e a funcionalidade do ser.

Entre os 6-7 anos, 9-10 anos e 14-15 anos estes autores encontram dois sub-conceitos na definição de saúde: o de bem-estar geral e o de funcionalidade. Constatam que a importância da imagem corporal desenvolvida na situação de doença, está presente nas três faixas etárias estudadas. Estes dados estão de acordo com análises de outros estudos a respeito da relação entre doença e imagem corporal, como é o caso do estudo de Wright (1986).

Eiser (1997b) sugere que as crianças mais novas pensam sobre a doença segundo o que sabem sobre as pessoas e o comportamento humano, por essa razão consideram que a doença é definida pelos adultos. À medida que se tornam mais sofisticadas, as crianças compreendem que os sintomas definem as doenças, não o comportamento dos adultos, usando informação específica sobre a doença para

criarem os seus julgamentos, considerando as causas dos sintomas quando julgam as doenças (Kalish, 1996).

Como afirma Eiser (1997b), há indicações de que as crianças no estágio pré-lógico (2-7 anos) têm crenças sobre a doença que são supersticiosas, circulares e não diferenciadas. A crença de que a doença e o seu tratamento são uma forma de castigo desenvolve-se naturalmente dos avisos dos adultos. Durante a fase operatória concreta (7- 11 anos), o pensamento das crianças torna-se mais específico: reconhecem um número limite de factores casuais que precipitam determinadas doenças. Durante a fase formal (a partir dos 11 anos) a compreensão da doença é realçada por uma educação formal biológica. As crianças compreendem a causa da doença em termos biológicos. Para alguns, estas explicações biológicas são mais tarde especificadas como a relação entre saúde biológica e psicológica.

Barrio (1988) sugere que, entre os 4 e 13 anos, relativamente às explicações sobre a origem, evolução e tratamento da doença, encontra-se manifestamente um progresso de acordo com a idade.

Relativamente à definição de doença, segundo esta autora, entre os 4 e 7 anos é descrita como um fenómeno pontual e anedótico em que dominam os indicadores externos, definindo-se como um processo com duração e causas concretas a partir dos 8 anos. Entre os 10 e os 13 anos, as definições são mais abstractas relacionando causas, sintomas e consequências no conceito de doença como um processo psicofisiológico.

Esta mesma autora observa explicações causais de tipo pré-operacional, lógico-concreto e lógico-formal. Segundo as primeiras, características das crianças entre os 4 e 8 anos, a causa da doença centra-se num fenómeno anedótico e externo que ocorre em lugar da doença, não ocorrendo contacto físico entre causa e efeito. As explicações concretas, típicas dos 9- 10 anos reconhecem a acção de um agente (micróbio) que afecta o organismo superficial ou interiormente. Nas explicações formais, a junção de agentes externos e do estado interno do organismo explicam o processo pelo qual se inicia e termina um estado patológico.

Millstein, Adler e Irwin (1981) realizaram um estudo com crianças entre os 11 e 14 anos, no qual definiram frequentemente a doença baseada nos sintomas, e menos nos sinais objectivos, doenças específicas, estados de humor, alterações no comportamento ou intenções de outros.

Numa investigação relativa ao conceito de saúde, Tomé (1990) concluiu que 23,6% dos alunos do 2º e 3º ciclo do Ensino Básico e 6,8% dos professores consideram que a responsabilidade pela saúde recai exclusivamente neles. Neste

mesmo estudo esta autora observou que os jovens e professores têm consciência dos comportamentos e hábitos prejudiciais que praticam diariamente. Tanto alunos como professores consideram-se saudáveis e, para esta população, ser saudável implica a satisfação dos factores individuais/ responsabilidade.

As crianças mais velhas são descritas por Mendoza, Batista-Foguet e Oliva (1986) como revelando maiores índices de hábitos não saudáveis, maiores hábitos de consumo, atitude mais negativa face à escola e mais baixos níveis de actividades desportivas.

Crianças mais imaturas conseguem repetir mecanicamente a informação precisa que lhes foi dada, no entanto esta informação não deve ser confundida com uma real compreensão. Assim, segundo Lieberman, Clarck, Krone, Orlandi e Wynder (1992) as instruções dirigidas às crianças devem demonstrar exemplos concretos das consequências comportamentais (segurança rodoviária, transmissão de germes, etc.). Quanto mais concreto for o exemplo, mais capacitadas estarão as crianças para o compreender.

O técnico de saúde que comunica com a criança ou adolescente tendo apenas em conta, sintomas, sinais e doenças pode estar a negligenciar outro tipo de comunicações que pode ser mais importante para o doente. Discutir as preocupações das crianças e adolescentes relativas às mudanças pessoais e sociais que irão ocorrer como consequência de determinada doença poderá ser uma forma mais efectiva de comunicação. (Barrio, 1988; Fávero & Salim, 1995; Millstein, Adler & Irwin, 1981)

O interesse da criança pelo que ocorre no seu corpo doente ou pelos procedimentos médicos é, como refere Barrio (1988), muitas vezes anulado pelo médico, tendo como consequência o receio que mais tarde o adulto demonstra em questionar o médico sobre a sua própria consulta médica.

Segundo Perrin e Gerrity (1981) há algumas evidências de pesquisas prévias que sugerem que crianças hospitalizadas demonstram menos noções sobre a causa da doença do que as crianças saudáveis. Os determinantes de tal diferença não têm sido explorados, mas podem incluir regressão cognitiva face ao stress e ansiedade associada à doença ou hospitalização. Este factor inerente às crianças hospitalizadas sugere que os esforços educacionais não são tidos em conta durante esta fase.

Muitas crianças têm que ir ao hospital repetidamente, podendo ter que receber tratamentos complicados como consequência de uma doença com gravidade. Segundo Schmidt (1997) para a maioria das crianças hospitalizadas, os problemas que surgem são moduláveis e têm impacto negativo apenas a curto prazo. No entanto é necessário prevenir efeitos negativos, sendo o hospital um local gerador de stress,

criando condições para os pais ficarem perto das crianças, os hospitais terem equipamentos mais adequados às faixas etárias correspondentes, existindo uma maior atenção por parte dos profissionais, prevenindo as crianças relativamente ao impacto da hospitalização através de visitas ao hospital ou a partir da demonstração de filmes.

Como refere este autor que uma criança no estágio das operações concretas, capaz de realizar um pensamento abstracto, já desenvolve muitas estratégias que a ajudam a enfrentar as novas situações. Se já é capaz de compreender a psicopatologia básica da doença, e a justificação de um programa terapêutico, pode tornar-se responsável pelo seu próprio tratamento. No entanto, essencialmente crianças mais velhas, sentem-se demasiado privadas no estabelecimento de relações com outras crianças, e impedidas de aprendizagens importantes no domínio da cooperação, das habilidades físicas e da aprendizagem escolar, principalmente em internamentos de longa duração.

É importante que as crianças se consciencializem da relação entre o seu próprio comportamento e o risco de contraírem determinadas doenças. As crianças podem ser confrontadas com situações de doença consigo próprios ou com os outros.

Problema e Questões de Investigação

O delineamento do presente trabalho enquadra-se num estudo exploratório-comparativo. Pretende-se efectuar um estudo exploratório das representações de saúde e doença em crianças e adolescentes com pensamento essencialmente concreto e em jovens com pensamento essencialmente formal. Pretende-se ainda um estudo comparativo das referidas dimensões entre os dois grupos independentes.

Neste tipo de estudo exploratório, serão definidas questões de investigação às quais se pretenderá encontrar resposta no trabalho. Estas questões são também pertinentes pela sua relação com a questão fundamental:

1. Qual a representação de saúde e doença nos grupos operatório concreto e operatório formal?;
2. Quais as diferenças nas concepções de saúde nos estádios operatório concreto e operatório formal?;
3. Como evolui o conceito de saúde e doença ao longo do desenvolvimento cognitivo, tendo em conta a classificação de Piaget relativamente às etapas do desenvolvimento?;

Assim, as variáveis a comparar são as representações de saúde e doença em dois grupos de jovens, com níveis cognitivos distintos:

1. Operatório concreto
2. Operatório formal

A selecção destes dois grupos foi feita com base na prova “Jogo de Palavras” (Marchand, 1992), aplicada aos sujeitos da nossa amostra.

Temos portanto como variáveis principais de estudo a representação de saúde e doença, e o nível de raciocínio, operatório concreto e operatório formal.

Considerando que no estágio operatório concreto as crianças apenas compreendem fenómenos do mundo real e não possibilidades hipotéticas, enquanto que no estágio operatório formal já é possível manejar hipóteses e raciocinar sobre proposições destacadas da verificação concreta e actual (Piaget & Inhelder, 1966) podemos esperar a confirmação das seguintes hipóteses:

- Existem diferenças significativas sobre o conceito de saúde entre o grupo operatório concreto e o grupo operatório formal;
- Os conceitos de saúde e doença tornam-se mais complexos à medida que os níveis cognitivos se elevam.

MÉTODO

Participantes

O presente estudo incide sobre uma amostra total constituída por 328 sujeitos. Trata-se de uma amostra de conveniência. No entanto, segundo Ghiglione (1992), tendo em conta que pretendemos comparar dois grupos, o facto de ser uma amostra de conveniência não retira valor à comparação.

A amostra em estudo é oriunda de um Colégio particular da zona da grande Lisboa. Esta escolha teve em conta as características sócio-económicas da população abrangida e a sua dimensão. Assim, esta instituição serve uma população homogeneizada a nível sócio-económico e cultural, sendo este um nível médio-alto/alto. Este Colégio destina-se a crianças do Pré-escolar, do Ensino Básico e Ensino Secundário.

O Colégio é frequentado por cerca de 1500 alunos, existindo sete salas no Jardim-de-infância, 12 turmas no Primeiro ciclo, 10 turmas no Segundo ciclo, 13 turmas no Terceiro ciclo e 14 turmas no Ensino Secundário.

A nossa amostra divide-se em dois grupos com 164 sujeitos cada: um grupo constituído por sujeitos no período de desenvolvimento operatório concreto e outro no período de desenvolvimento operatório formal. A nossa escolha incidiu sobre estes dois grupos por constituírem momentos significativos na construção desenvolvimental do sujeito, sustentando um pensamento cada vez mais estruturado e reflexivo.

Outras variáveis, que nos permitiram estratificar a nossa amostra, incidem sobre o ano de escolaridade e a idade. Estas variáveis foram seleccionadas tendo em conta que os grupos se pretendem o mais homogéneos possíveis entre si, de forma a eliminar qualquer factor de enviesamento na análise dos dados.

O processo de selecção da amostra necessária para este estudo decorreu segundo duas fases.

Numa primeira fase, a selecção incidu no ano escolar e idade: 5º e 6º ano de escolaridade (10/ 11/ 12 anos) e 9º e 10º ano de escolaridade (14/ 15/ 16 anos). Numa segunda fase todos os sujeitos realizaram a prova combinatória "Jogo de Palavras" (Marchand, 1995), para despiste dos períodos operatório concreto e operatório formal, sendo esta prova essencial como critério de admissão.

Apenas foram aceites os questionários dos sujeitos do 5º e 6º ano cotados como pertencentes ao nível do raciocínio operatório concreto e dos sujeitos do 10º e 11º ano cotados como pertencentes ao nível do raciocínio operatório formal.

Segundo Piaget e Inhelder (1966) é na adolescência que se dá a transição do estágio operatório concreto para o operatório formal. No entanto, como refere Marchand (1992), as idades de acesso a este nível de desenvolvimento são, em percentagens muito elevadas, substancialmente diferentes das apresentadas por aqueles autores, demonstrando igualmente que um número significativo de sujeitos adolescentes não atinge o nível formal acabado. Por esta razão, das 495 provas aplicadas, foram apenas consideradas 328, ou seja, apenas 65% dos sujeitos inquiridos responderam de forma apropriada, segundo os padrões de idade referidos por Piaget.

Os participantes da nossa amostra distribuem-se da seguinte forma:

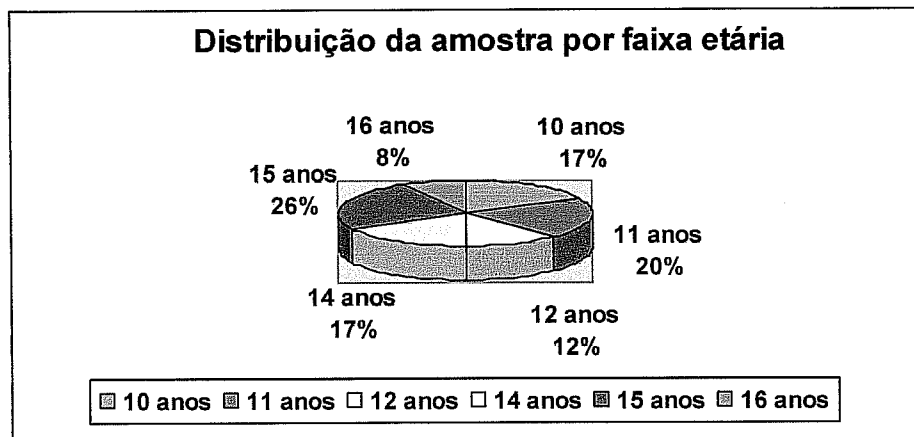


Figura 1. Distribuição da amostra por faixa etária.

Podemos constatar que no grupo operatório concreto a maior parte dos sujeitos tem 11 anos, enquanto que no grupo formal há maior incidência nos jovens de 15 anos.

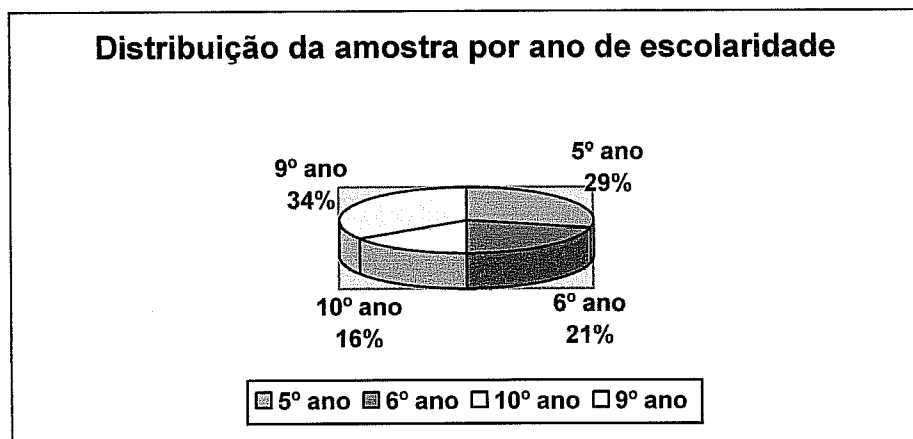


Figura 2. Distribuição da amostra por ano de escolaridade.

Relativamente ao ano de escolaridade no grupo operativo concreto, verifica-se uma maior incidência nos indivíduos do 5º ano. No grupo operativo formal verifica-se que há mais indivíduos pertencentes ao 9º ano.

A distribuição por género encontra-se distribuída na seguinte forma:

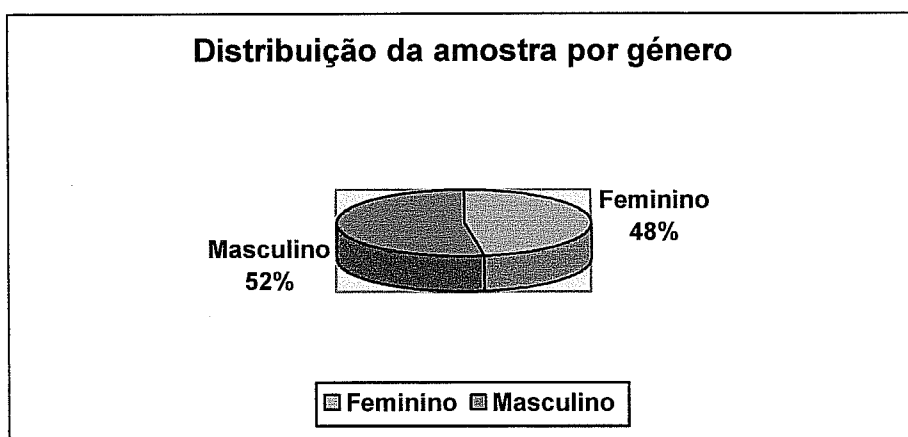


Figura 3. Distribuição da amostra por género.

Podemos verificar que a nossa amostra é constituída por mais indivíduos do sexo masculino do que indivíduos do sexo feminino.

Relativamente ao estado de saúde dos inquiridos, 76,2% consideram-se saudáveis. Os restantes distribuem-se, relativamente ao tipo de doenças, da seguinte forma:



Figura 4. Distribuição da amostra não saudável por doenças.

Podemos constatar que a maioria dos sujeitos não saudáveis da nossa amostra têm perturbações respiratórias, perturbações dermatológicas e perturbações de visão.

Instrumentos

Como já referimos anteriormente pretendemos efectuar um estudo exploratório das representações de saúde e doença em dois grupos distintos. Um grupo encontra-se no período de desenvolvimento operatório concreto e o outro no período de desenvolvimento operatório formal.

Como material para operacionalização do presente estudo foi escolhida a prova “Jogo de Palavras” e o questionário de representações de saúde e doença.

Ambas as provas foram aplicadas colectivamente, com papel e lápis. O tempo de realização das provas foi livre, não tendo, porém, nenhum sujeito ultrapassado 50 minutos. Foi mantido o anonimato dos sujeitos.

Com o objectivo de definirmos a nossa amostra aplicámos, numa primeira fase, a prova "Jogo de Palavras", a qual foi aplicada e adaptada em Portugal por Marchand (1992) tendo sido considerada pela autora como a de maior poder discriminatório para avaliação ou identificação dos sujeitos nos períodos operatório concreto e operatório formal devido ao seu forte conteúdo abstracto. (Anexo A)

Nesta prova os sujeitos foram convidados a escrever todas as maneiras de colocar três letras A, E, I em três quadrados e quatro letras A, E, I, O, em quatro

quadrados. Os resultados foram cotados em dois níveis de raciocínio: operatório concreto e operatório formal. Cota-se operatório concreto quando o sujeito efectua 9 arranjos diferentes na primeira questão e operatório formal quando o sujeito efectua 24 arranjos diferentes na segunda questão, podendo-se tolerar uma distração (erro ou omissão) no caso do sujeito utilizar, na resolução do problema, um método analítico.

Tendo em conta que a esta prova é essencial para a selecção da nossa amostra, no seguinte quadro apresentamos a distribuição da mesma segundo os dois grupos: operatório concreto e operatório formal, após a aplicação e correcção da prova “Jogo de Palavras”.

Quadro 1. *Distribuição da amostra*

Idade	Operatório Concreto		Operatório Formal		Total
	5º ano	6º ano	9º ano	10º ano	
10	57	-	-	-	57
11	36	31	-	-	67
12	1	39	-	-	40
14	-	-	57	-	57
15	-	-	53	28	81
16	-	-	2	24	26
Total	94	70	112	52	328

Numa segunda fase, apresentámos o questionário de representações de saúde e doença aos sujeitos que constituíam a nossa amostra com o objectivo de perceber como se constrói o conhecimento sobre um aspecto da realidade biológica, em particular, o fenómeno de saúde e doença, sua origem, consequências e prevenção, ou seja, perceber como crianças e adolescentes representam para si os conceitos de saúde e doença.

Tendo em conta que não foi encontrada uma escala que avaliasse a representação de saúde e doença em crianças e adolescentes, com as características pretendidas, e não sendo esta uma variável que possamos observar nem medir directamente, sentimos a necessidade de desenvolver um instrumento que consiste num questionário que permite conceptualizar e definir os conceitos de saúde e doença, de uma forma comparativa, bem como de outros factores subjacentes a estes.

A opção de incluir outras variáveis que não apenas as necessárias para avaliar a representação dos conceitos de saúde e doença, permite-nos aceder a informação complementar importante, sempre relativa ao tema ao estudo.

Estas variáveis incluídas no instrumento são construtos hipotéticos não acessíveis à observação directa, por esta razão serão inferidas a partir de respostas mensuráveis. Tendo em conta a amostra a que nos propomos estudar, consideramos ser o recurso a respostas múltiplas o modo mais apropriado para a validação destes factores.

No processo de construção do questionário que definirá a nossa variável (concepção de saúde e doença) realizámos dois pré-testes. No primeiro elaborámos uma entrevista individual, de acordo com o método clínico piagetiano, centrada na definição de saúde e doença, auto-percepção do estado de saúde, responsabilidade pela saúde, prevenção e consequências da doença. Esta entrevista semi-estruturada foi aplicada a 12 sujeitos de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 9 e os 17 anos.

Após a aplicação desta entrevista, efectuámos a análise de conteúdo com o objectivo de especificar todos os conceitos contidos nas entrevistas. A partir desta análise, da qual se elaborou uma primeira versão do questionário, efectuámos o segundo pré teste.

O segundo pré-teste foi aplicado a um grupo de cinco indivíduos pertencentes à população alvo. A aplicação do questionário foi feita por auto-preenchimento. No final reservou-se um período de discussão onde houve espaço para questões e críticas relativas à compreensão e organização do mesmo. Os comentários dos sujeitos incidiram no tamanho do questionário, que consideraram ser excessivo. Foram referidas também algumas críticas relativas à clareza e adequação da linguagem. Estes comentários permitiram-nos efectuar as alterações consideradas pertinentes ao questionário, de forma a reduzir os erros que inicialmente surgiram, melhorando, desta forma, a sua qualidade.

Para estudarmos a validade de conteúdo, a qual avalia o grau de adequação dos itens em relação à dimensão do comportamento avaliado pelo questionário sobre representações de saúde e doença (Almeida & Freire, 2000), realizámos os seguintes passos na construção deste questionário:

1. Recorremos a literatura relacionada com o objectivo do nosso estudo para definir os diferentes componentes implícitos na representação de saúde e doença.

2. Para cada componente, encontramos todos os aspectos implícitos em cada uma.
3. Para cada um desses aspectos, definimos todos os itens relevantes para medir todos os aspectos.

Tendo em conta que os itens do questionário formam uma amostra relativamente representativa dos itens encontrados na literatura, podemos concluir que o questionário tem validade de conteúdo adequada.

Organização do Questionário

O questionário final encontra-se organizado em duas partes. A primeira inclui informação sobre idade, ano escolar, género do sujeito e data da realização do mesmo. No início os sujeitos são questionados sobre se têm alguma doença e, em caso afirmativo, é-lhes pedido que a identifiquem.

A segunda parte do questionário é constituída por 15 questões relativas à representação de saúde e doença: (Anexo B)

O que é para ti ser saudável? - apresenta 28 itens sendo livre o número de escolha de respostas possíveis na coluna da esquerda e na coluna da direita os três itens que considera mais importantes.

O que é para ti estar doente? - consiste em escolher, dos 29 itens apresentados, todas as respostas que o sujeito considera importantes (na coluna da esquerda) e, na coluna da direita, os três itens que considera mais importantes.

Porque é que ficamos doentes? - apresenta 40 itens sendo necessário escolher na coluna da esquerda todas as respostas que o sujeito considera importantes e na coluna da direita os três itens que considera mais importantes.

Pedias para ficar em casa se te sentisses... - consiste em responder "nunca", "às vezes" ou "sempre" para o caso de o sujeito sentir dores de dentes, de barriga, de ouvidos, estar constipado, com febre e cansado.

Se tivesses que ficar em casa por estares doente, como te sentias? - consiste em responder a uma das quatro possibilidades de resposta, desde o "muito contente" até ao "muito aborrecido".

Pensas em ficar doente para poderes ficar em casa? - consiste em responder a uma das três possibilidades de resposta, desde o "muitas vezes" até ao "nunca".

O que te preocupa quando estás doente? - apresenta 12 itens sendo necessário escolher na coluna da esquerda todas as respostas que o sujeito considera importantes e na coluna da direita os três itens que considera mais importantes.

No último mês sentiste... - consiste em responder "nunca", "às vezes" ou "sempre" para o caso de o sujeito sentir dores de barriga, de cabeça, costas e outra, se existir, que deverá nomear.

O que podemos fazer para evitar ficarem doentes? - consiste em escolher, dos 43 itens apresentados, todas as respostas que o sujeito considera importantes (na coluna da esquerda) e, na coluna da direita, os três itens que considera mais importantes.

O que podemos fazer para recuperar de uma doença? - apresenta 8 itens sendo necessário escolher na coluna da esquerda todas as respostas que o sujeito considera importantes e na coluna da direita os três itens que considera mais importantes.

A tua saúde é... - consiste em responder a uma das quatro possibilidades de resposta, desde o "muito boa" até ao "muito má".

Quem deve ser responsável pela tua saúde? - consiste em escolher um, ou mais, itens dos quatro que são apresentados.

O que fazes que possa melhorar a tua saúde? - apresenta seis questões sobre comportamentos de saúde que devem ser respondidas tendo em conta o tipo de questão.

Com que frequência vais ao médico? - consiste em responder a uma das duas possibilidades de resposta.

Quando é que vais ao médico? - consiste em escolher um, ou mais, itens dos três que são apresentados.

Para uma melhor interpretação dos resultados do questionário, submetemos os itens de algumas questões a uma interpretação pela análise de conteúdo, especificamente a análise categorial, técnica que permite uma leitura dos dados mais rigorosa. Segundo Bardin (1994) a categorização “é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por reagrupamento segundo o género, com os critérios previamente definidos” (p. 117). Desta forma realizámos uma categorização semântica, ou seja, segundo determinados temas.

Sobre o **conceito de saúde** ("O que é para ti ser saudável?") as categorias encontradas são:

Sintoma - sinais que podem dar indicações sobre o estado de saúde do próprio.
Sensação somática.

Psicossocial - a causa de bem-estar é psicológica. Os pensamentos ou sentimentos de uma pessoa pode afectar a forma como o corpo funciona. Indicador psicossociológico de saúde.

Funcionalidade - desempenho do próprio nas acções do quotidiano.

Fenomenismo - o estado de saúde é definido em termos de experiência sensorial externa associada com a saúde por contiguidade espacial ou temporal, mas sem relação lógica com a mesma. Explicação mágico-fenomenológica.

Clínico - relativo à medicina.

Relativamente ao **conceito de doença** ("O que é para ti estar doente?"), as categorias existentes são as seguintes:

Sintoma - sinais que podem dar indicações sobre o estado de saúde do próprio. Sensação somática.

Psicossocial - a causa de doença é psicológica. Os pensamentos ou sentimentos de uma pessoa podem afectar a forma como o corpo funciona. Indicador psicossociológico de doença.

Funcionalidade - desempenho do próprio nas acções do quotidiano.

Clínico - relativo à medicina. Diagnóstico de doença.

As categorias encontradas sobre a **causa da doença** ("Porque é que ficamos doentes?") são:

Psicossocial - a causa de doença é psicológica. Os pensamentos ou sentimentos de uma pessoa podem afectar a forma como o corpo funciona. Indicador psicossociológico de doença.

Fenomenismo - a doença é definida em termos de experiência sensorial externa associada com a doença por contiguidade espacial ou temporal, mas sem relação lógica com a mesma. Explicação mágico-fenomenológica.

Clínico - relativo à medicina. Diagnóstico de doença.

Contaminação - a causa é vista como uma pessoa, objecto ou acção externa prejudicial para o corpo ou por uma acção negligente da criança.

Responsabilidade individual - cuidado pessoal.

Interiorização - a doença localiza-se dentro do corpo, e a sua causa pode ser externa. Descrição geral do funcionamento fisiológico.

As categorias que se consideram mais importantes relativas ao tema sobre as **consequências da doença** ("O que te preocupa quando estás doente?") são:

Preocupações sociais - dizem respeito às relações de convivência e à satisfação das necessidades pessoais em sociedade.

Preocupações pessoais - dizem respeito ao próprio. Preocupações individuais.

Sobre a **prevenção da doença** ("O que podemos fazer para evitar ficar doentes?") as categorias encontradas são:

Psicossocial - a prevenção dirige-se aos pensamentos ou sentimentos de uma pessoa que podem afectar a forma como o corpo funciona. Indicador psicossociológico.

Fenomenismo - a prevenção é definida em termos de experiência sensorial externa associada com a saúde por contiguidade espacial ou temporal, mas sem relação lógica com a mesma. Explicação mágico-fenomenológica.

Clínico - relativo à medicina.

Contaminação - a causa é vista como uma pessoa, objecto ou acção externa prejudicial para o corpo ou por uma acção negligente da criança.

Responsabilidade individual - cuidado pessoal.

Interiorização - a prevenção diz respeito ao funcionamento fisiológico.

Relativamente à **dimensão da cura** ("O que podemos fazer para recuperar de uma doença?") as categorias encontradas são:

Social - dizem respeito às relações de convivência e à satisfação das necessidades pessoais em sociedade.

Pessoal - dizem respeito ao próprio.

Clínico - relativo à medicina.

Os quadros que apresentamos seguidamente, resumizam a distribuição dos itens pelas diferentes categorias.

Quadro 2. *Distribuição dos itens segundo as categorias relativamente ao conceito de saúde*

Categoria	Itens
Sintoma	sentir-se sempre bem não ter dores
Psicossocial	sentir-se quase sempre bem ter boas relações sociais gostarmos de nós próprios sentir-se emocionalmente bem manter corpo e mente em equilíbrio estar feliz não ter problemas mentais não ter preocupações
Funcionalidade	ser capaz de fazer o que deseja ter capacidade para estudar/ desenvolver uma tarefa estar activo poder gozar a vida sentir-se realizado não se sentir limitado
Fenomenismo	ter um bom desempenho ter boa aparência ter um corpo bonito ter muitos músculos
Clínico	não precisar de ir ao médico ser observado pelo médico periodicamente ter doenças sem gravidade ter um corpo são ter doenças esporadicamente não ter doenças ter as doenças que todas as pessoas têm

Quadro 3. *Distribuição dos itens segundo as categorias relativamente ao conceito de doença*

Categoria	Itens
Sintoma	ter dores sentirmo-nos fracos ter uma parte do corpo inchada sentir-se quente estar magoado sentir enjoos estar maldisposto ter tonturas ter borbulhas ter expectoração ter dificuldades em respirar ter as faculdades físicas diminuídas
Psicossocial	não gostarmos de nós estar rabugento estar irritável sentir-se inseguro sentir-se sozinho estar triste
Funcionalidade	ter as faculdades mentais diminuídas sentir-se com preguiça querer estar deitado não querer fazer nada não ter capacidade para fazer o que queremos estar invalido
Clínico	não nos sentirmos úteis tomar medicamentos ir ao médico ter uma doença crónica ter uma doença aguda (curável)

Quadro 4. *Distribuição dos itens segundo as categorias relativamente à causa da doença*

Categoria	Itens
Psicossocial	mau ambiente familiar quebra no equilíbrio entre corpo e mente para conseguirmos a atenção dos outros temos a mania das doenças cansaço investimos pouco em nós próprios distúrbios emocionais stress mau humor tristeza más relações sociais
Fenomenismo	fizemos coisas erradas impossível evitar é normal pobreza depende da sorte muita liberdade depende de Deus
Clínico	porque os meus pais/ família não me levam ao médico porque nunca vamos ao médico não tomamos os medicamentos que o médico manda não tomamos os medicamentos que os pais/ família mandam doenças hereditárias
Contaminação	estivemos em contacto com sangue de outra pessoa beijámos outra pessoa poluição ambiental partilhámos objectos pessoais culpa de outrem contrariamos as regras estivemos perto de alguém que estava doente falta de informação
Responsabilidade individual	excessos pouco exercício físico hábitos alimentares pouco cuidados vícios hábitos de higiene deficitários por descuido próprio
Interiorização	alterações genéticas infecções germes

Quadro 5. *Distribuição dos itens segundo as categorias relativamente às consequências da doença*

Categoria	Itens
Preocupações sociais	não veres os teus amigos atrasares-te na matéria escolar não saberes quando podes ficar melhor ter que ficar em casa incomodares outra pessoa
Preocupações pessoais	sentires-te mal tomares medicamentos ter dores ter que ir ao médico não conseguir fazer o que desejas sentires-te inútil teres de fazer exames

Quadro 6. *Distribuição dos itens segundo as categorias relativamente à prevenção da doença*

Categoria	Itens
Psicossocial	ser despreocupado ter protecção do adulto ter consciência do nosso estado de saúde evitar problemas viver em segurança não ter a mania das doenças ser compreendido ser responsável ter bom humor ser optimista não ser maltratado fazer o que os pais/ família mandam ser alegre ir à escola ter bons amigos
Fenomenismo	ter dinheiro ter sorte
Clínico	confiar no médico ter um médico estar vacinado fazer exames médicos fazer análises fazer o que o médico manda ir regularmente ao médico
Contaminação	não partilhar objectos pessoais não tocar nos animais viver num bom ambiente não dar beijos (às pessoas doentes) seguir as regras não tocar no sangue dos outros evitar contacto físico com os outros não estar perto de pessoas doentes viver no campo
Responsabilidade individual	dormir bem ter uma alimentação saudável ter cuidado pessoal viver num ambiente higiénico ter cuidado com o vestuário tomar banho beber água com frequência fazer ginástica regularmente não fumar
Interiorização	estar informado sobre o funcionamento do organismo

Quadro 7. *Distribuição dos itens segundo as categorias relativamente à dimensão da cura*

Categoria	Itens
Social	seguir as indicações dos pais/ família ter quem ajude
Pessoal	ser optimista tomar bem conta do próprio ficar em casa
Clínico	ir ao médico tomar medicamentos fazer o que o médico diz

Procedimento

Numa primeira fase do nosso estudo contactámos o Colégio, no sentido de se recolher a informação necessária para a construção de um perfil institucional, junto dos responsáveis da instituição em questão.

A escolha do Colégio teve assim em conta os critérios previamente definidos para a realização do presente estudo: o nível sócio-económico da população e a sua dimensão.

Os questionários realizaram-se no Colégio dos sujeitos, durante uma aula que nos foi cedida pelo director de turma. Após uma breve apresentação sobre o estudo, foi-lhes explicado como deveriam preencher o questionário. Antes da realização do questionário os sujeitos foram informados de que a doença e a saúde podem ser definidas de múltiplas formas.

Os sujeitos entenderam com facilidade a maioria das questões. No entanto, surgiram algumas dúvidas que foram respondidas em particular.

O tempo de aplicação da prova e do questionário durou aproximadamente 45 minutos e, apesar de os sujeitos se mostrarem interessados em responder, notou-se um certo cansaço no final do inquérito.

Uma vez concluída a fase de recolha dos questionários, seleccionámos a nossa amostra segundo a prova combinatória “Jogo de Palavras”. Após esta selecção, realizámos a cotação e tratamento dos dados obtido relativos ao questionário sobre representações de saúde e doença.

O tratamento estatístico destina-se a concluir pela existência ou não de diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas por parte da amostra total, dividida no grupo concreto e no grupo formal a um conjunto de itens agrupados segundo cada questão.

Considerando as características dos nossos dados, foi utilizado o teste não paramétrico de independência *Qui-quadrado* e o teste paramétrico *t-Student*. O primeiro teste tem como objectivo testar se duas ou mais amostras independentes diferem relativamente a uma determinada característica. O teste *t-Student* tem como objectivo testar se as médias das duas amostras independentes são ou não iguais. Os testes foram escolhidos segundo o tratamento de cada questão.

Explicados os passos dados na execução deste estudo, passamos de seguida à apresentação dos resultados obtidos.

RESULTADOS

Neste capítulo procederemos à apresentação dos resultados e da respectiva análise estatística através do programa “Statistical Package for the Social Sciences – SPSS”, versão 11.0.

Os resultados obtidos decorrem de procedimentos de validação estatística com o objectivo de comparar o grupo operatório concreto e operatório formal, de acordo com a classificação sobre o desenvolvimento cognitivo de Piaget, relativamente às representações dos conceitos de saúde e doença.

Comparámos estatisticamente estes dois grupos através do teste *Qui-quadrado*, à excepção de dois itens sobre Comportamento de Saúde, nos quais se utilizou o teste *t-Student* por se pretender comparar médias de duas amostras independentes. O valor das diferenças encontradas foram considerados significativos a partir de 95% de probabilidade estatística, ou seja, no tratamento estatístico o nível de significância usado em todos os testes foi 0,05 ($p < 0,05$).

Os resultados são apresentados segundo as respectivas questões, considerando não apenas o tratamento estatístico efectuado na comparação dos dois grupos em estudo, mas também os itens mais escolhidos do grupo operatório concreto e do grupo operatório formal, visando uma análise mais qualitativa.

Conceito de Saúde

Relativamente ao conceito de saúde, os dados evidenciam diferenças entre determinados itens no grupo operatório concreto e no grupo operatório formal ($p < 0,05$). No quadro número oito apresentamos os dados relativos a todas as respostas, que os sujeitos consideram importantes, sobre o conceito de saúde.

Quadro 8. Apresentação de todas as respostas consideradas importantes relativas à questão "O que é para ti ser saudável?"

Itens	Operatório		Probabilidade de Significância (<i>p</i>)
	Concreto	Formal	
sentir-se sempre bem	137	122	0,04
ter boa aparência	49	69	0,02
ter doenças sem gravidade	50	51	0,90
ter boas relações sociais	83	60	0,01
ser capaz de fazer o que deseja	71	68	0,73
não precisar de ir ao médico	49	44	0,54
ter um corpo são	123	145	0,002
ter doenças esporadicamente	27	35	0,25
gostarmos de nós próprios	108	104	0,64
ter capacidade para estudar/ desenvolver uma tarefa	127	91	0,001
sentir-se emocionalmente bem	91	108	0,05
não ter dores	110	85	0,005
ter um corpo bonito	33	29	0,57
manter corpo e mente em equilíbrio	117	132	0,05
não ter doenças	119	99	0,01
estar activo	112	127	0,06
estar feliz	116	105	0,19
ser observado pelo médico periodicamente	121	55	0,001
poder gozar a vida	107	100	0,42
sentir-se realizado	68	60	0,36
sentir-se quase sempre bem	79	80	0,91
não ter problemas mentais	115	107	0,34
não se sentir limitado	74	91	0,06
ter muitos músculos	28	9	0,001
ter as doenças que todas as pessoas têm	23	15	0,16
não ter preocupações	72	43	0,001
ter um bom desempenho	108	98	0,25

Com o objectivo de aprofundarmos a análise dos dados obtidos, apresentamos seguidamente os itens em que verificámos diferenças estatisticamente significativa entre os dois grupos, segundo as categorias a que pertencem.

As categorias que o grupo Operatório Concreto considerou mais importantes, quando as respostas diziam respeito a "todas as que consideres importantes", foram:

- Sintoma
 - sentir-se sempre bem
 - não ter dores
- Psicossocial
 - ter boas relações sociais
 - não ter preocupações
- Funcionalidade
 - ter capacidade para estudar/ desenvolver uma tarefa
- Clínico
 - não ter doenças
 - ser observado pelo médico periodicamente
- Fenomenismo
 - ter muitos músculos

O Grupo Formal considera mais importante:

- Fenomenismo
 - ter boa aparência
- Clínico
 - ter um corpo são

Com o objectivo de realizarmos uma análise qualitativa, iremos seguidamente apresentar os cinco itens mais escolhidos e os cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto e do grupo operatório formal, relativamente a todas as respostas que os sujeitos consideram mais importantes.

Quadro 9. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre o conceito de saúde*

Cinco itens mais escolhidos		
Itens	Categoria	%
Sentir-se sempre bem	Sintoma	83,5
Ter capacidade para estudar/ desenvolver uma tarefa	Funcionalidade	77,4
Ter um corpo são	Clínico	75
Ser observado pelo médico periodicamente	Clínico	73,8
Não ter doenças	Clínico	72,6
Cinco itens menos escolhidos		
Itens	Categoria	%
Ter boa aparência	Fenomenismo	29,9
Não precisar de ir ao médico	Clínico	29,9
Ter doenças esporadicamente	Clínico	21,3
Ter um corpo bonito	Fenomenismo	20,1
Ter as doenças que todas as pessoas têm	Clínico	14

Podemos verificar que o grupo operatório concreto, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com sintomas, funcionalidade e clínico. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias fenomenismo e clínico.

Quadro 10. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre o conceito de saúde*

Cinco itens mais escolhidos		
Itens	Categoria	%
Ter um corpo são	Clínico	88,4
Manter corpo e mente em equilíbrio	Psicossocial	80,5
Estar activo	Funcionalidade	77,4
Sentir-se sempre bem	Sintoma	74,4
Sentir-se emocionalmente bem	Psicossocial	65,9
Cinco itens menos escolhidos		
Não ter preocupações	Psicossocial	26,2
Ter doenças esporadicamente	Clínico	21,3
Ter um corpo bonito	Fenomenismo	17,7
Ter as doenças que todas as pessoas têm	Clínico	9,1
Ter muitos músculos	Fenomenismo	5,5

Através dos resultados observados, podemos verificar que o grupo operatório formal, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com clínico, psicossocial, funcionalidade e sintoma. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias.

Relativamente aos três itens que os sujeitos consideram mais importantes, verificámos igualmente algumas diferenças significativas. No quadro número 11 apresentamos os dados relativos a esta questão.

Quadro 11. *Apresentação das três respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que é para ti ser saudável?"*

Itens	Operatório		Probabilidade de Significância (<i>p</i>)
	Concreto	Formal	
sentir-se sempre bem	52	53	0,90
ter boa aparência	4	4	1,00
ter doenças sem gravidade	10	12	0,65
ter boas relações sociais	17	5	0,008
ser capaz de fazer o que deseja	12	19	0,18
não precisar de ir ao médico	6	5	0,75
ter um corpo são	50	67	0,05
ter doenças esporadicamente	4	5	0,73
gostarmos de nós próprios	30	29	0,88
ter capacidade para estudar/ desenvolver uma tarefa	27	16	0,07
sentir-se emocionalmente bem	4	22	0,0001
não ter dores	15	10	0,29
ter um corpo bonito	5	2	0,25
manter corpo e mente em equilíbrio	35	69	0,0001
não ter doenças	32	33	0,89
estar activo	9	24	0,006
estar feliz	40	29	0,13
ser observado pelo médico periodicamente	62	14	0,0001
poder gozar a vida	13	24	0,05
sentir-se realizado	1	5	0,09
sentir-se quase sempre bem	12	7	0,23
não ter problemas mentais	23	11	0,03
não se sentir limitado	4	11	0,06
ter muitos músculos	5	1	0,09
ter as doenças que todas as pessoas têm	5	2	0,25
não ter preocupações	7	4	0,35
ter um bom desempenho	8	9	0,80

A partir dos resultados podemos verificar que os itens, segundo as respectivas categorias, que o grupo Operatório Concreto considera mais importantes, quando as respostas dizem respeito às "três mais importantes", são:

- Psicossocial
 - ter boas relações sociais
 - não ter problemas mentais
- Clínico
 - ser observado pelo médico periodicamente

O Grupo Formal considera mais importantes:

- Psicossocial
 - sentir-se emocionalmente bem
 - manter corpo e mente em equilíbrio
- Funcionalidade
 - estar activo

Seguidamente apresentamos os cinco itens mais escolhidos e os cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto e do grupo operatório formal, relativamente às três respostas mais importantes sobre a concepção de saúde.

Quadro 12. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre o conceito de saúde*

Cinco itens mais escolhidos		
Itens	Categoria	%
Ser observado pelo médico periodicamente	Clínico	37,8
Sentir-se sempre bem	Sintoma	31,7
Ter um corpo são	Clínico	30,5
Estar feliz	Psicossocial	24,4
Manter corpo e mente em equilíbrio	Psicossocial	21,3
Cinco itens menos escolhidos		
Itens	Categoria	%
Não se sentir limitado	Funcionalidade	2,4
Sentir-se emocionalmente bem	Psicossocial	2,4
Ter doenças esporadicamente	Clínico	2,4
Ter boa aparência	Fenomenismo	2,4
Sentir-se realizado	Funcionalidade	0,6

Podemos verificar que o grupo operatório concreto, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com clínico, sintoma e psicossocial. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias funcionalidade, psicossocial, clínico e fenomenismo.

Quadro 13. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre o conceito de saúde*

Cinco itens mais escolhidos		
Item	Categoria	%
Manter corpo e mente em equilíbrio	Psicossocial	42,1
Ter um corpo são	Clínico	40,9
Sentir-se sempre bem	Sintoma	32,3
Não ter doenças	Clínico	20,1
Estar feliz	Psicossocial	17,7
Cinco itens menos escolhidos		
Item	Categoria	%
Ter boa aparência	Fenomenismo	2,4
Não ter preocupações	Psicossocial	2,4
Ter um corpo bonito	Fenomenismo	1,2
Ter as doenças que todas as pessoas têm	Clínico	1,2
Ter muitos músculos	Fenomenismo	0,6

Através dos resultados observados, podemos verificar que o grupo operatório formal, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com factores psicossocial, clínico e sintoma. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias fenomenismo, psicossocial e clínico.

Conceito de Doença

Relativamente ao conceito de doença, os dados evidenciam algumas diferenças estatisticamente significativas (para $p < 0,05$) entre o grupo operatório concreto e o grupo operatório formal. Apresentamos seguidamente a distribuição das respostas da nossa amostra relativas às escolhas que consideram mais importantes.

Quadro 14. *Apresentação das respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que é para ti estar doente?"*

Itens	Operatório	Operatório	Probabilidade de Significância (<i>p</i>)
	Concreto	Formal	
ter dores	118	111	0,40
sentirmo-nos fracos	142	133	0,17
ter uma parte do corpo inchada	43	37	0,44
ter uma doença crónica	95	122	0,002
Não gostarmos de nós	31	49	0,02
sentir-se com preguiça	33	17	0,01
tomar medicamentos	67	53	0,10
ter borbulhas	29	7	0,0001
estar rabugento	27	8	0,001
sentir-se quente	92	46	0,0001
estar irritável	33	21	0,07
querer estar deitado	80	37	0,0001
estar magoado	65	49	0,06
ter expectoração	59	71	0,17
sentir-se inseguro	46	16	0,0001
não querer fazer nada	65	40	0,003
ter dificuldades em respirar	124	122	0,79
sentir enjoos	118	100	0,03
estar maldisposto	107	91	0,07
ter as faculdades físicas diminuídas	70	95	0,006
sentir-se sozinho	24	19	0,41
não ter capacidade para fazer o que queremos	75	72	0,73
ter tonturas	118	94	0,006
ter uma doença aguda (curável)	91	119	0,001
estar triste	43	21	0,002
estar invalido	50	86	0,0001
ir ao médico	49	26	0,002
ter as faculdades mentais diminuídas	71	73	0,82
não nos sentirmos úteis	63	49	0,10

Os itens, segundo as respectivas categorias, em que encontramos diferenças estatisticamente significativas e o grupo Operatório Concreto considera mais importantes, quando as respostas dizem respeito a "todas as que consideres importantes", são:

- Funcionalidade
 - sentir-se com preguiça
 - querer estar deitado
 - não querer fazer nada
- Sintoma
 - ter borbulhas
 - sentir-se quente
 - sentir enjoos
 - ter tonturas
- Psicossocial
 - estar rabugento
 - sentir-se inseguro
 - estar triste
- Clínico
 - Ir ao médico

O Grupo Formal considera mais importante:

- Clínico
 - ter uma doença crónica
 - ter uma doença aguda
- Psicossocial
 - não gostarmos de nós
- Sintoma
 - ter as faculdades físicas diminuídas
- Funcionalidade
 - estar inválido

Relativamente ao conceito de doença, apresentamos os cinco itens mais escolhidos e os cinco itens menos escolhidos pelos sujeitos da nossa amostra.

Quadro 15. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre o conceito de doença*

Cinco itens mais escolhidos		
Itens	Categoria	%
Sentirmo-nos fracos	Sintoma	86,6
Ter dificuldades em respirar	Sintoma	75,6
Sentir enjoos	Sintoma	72
Ter tonturas	Sintoma	72
Ter dores	Sintoma	72
Cinco itens menos escolhidos		
Itens	Categoria	%
Estar irritável	Psicossocial	20,1
Não gostarmos de nós	Psicossocial	18,9
Ter borbulhas	Sintoma	17,7
Estar rabugento	Psicossocial	16,5
Sentir-se sozinho	Psicossocial	14,6

Podemos verificar que o grupo operatório concreto, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com sintoma. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias psicossocial e sintoma.

Quadro 16. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre o conceito de doença*

Cinco itens mais escolhidos		
Item	Categoria	%
Sentirmo-nos fracos	Sintoma	81,8
Ter dificuldades em respirar	Sintoma	74,4
Ter uma doença crónica	Clínico	74,4
Ter uma doença aguda (curável)	Clínico	72,6
Ter dores	Sintoma	67,7
Cinco itens menos escolhidos		
Item	Categoria	%
Sentir-se sozinho	Psicossocial	11,6
Sentir-se com preguiça	Funcionalidade	10,4
Sentir-se inseguro	Psicossocial	9,8
Estar rabugento	Psicossocial	4,9
Ter borbulhas	Sintoma	4,3

Através dos resultados observados, podemos verificar que o grupo operatório formal, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com sintoma e clínico. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias psicossocial, funcionalidade e sintoma.

Relativamente à escolha dos três itens que a nossa amostra considera mais importantes, verificámos igualmente algumas diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 17. Apresentação das três respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que é para ti estar doente?"

Itens	Operatório		Probabilidade de Significância (<i>p</i>)
	Concreto	Formal	
ter dores	47	44	0,71
sentirmo-nos fracos	56	55	0,90
ter uma parte do corpo inchada	6	1	0,05
ter uma doença crónica	53	67	0,10
não gostarmos de nós	7	22	0,004
sentir-se com preguiça	3	0	0,08
tomar medicamentos	21	12	0,09
ter borbulhas	1	1	1,00
estar rabugento	2	0	0,15
sentir-se quente	19	2	0,0001
estar irritável	1	5	0,09
querer estar deitado	10	7	0,45
estar magoado	8	4	0,23
ter expectoração	9	7	0,60
sentir-se inseguro	3	4	0,70
não querer fazer nada	18	10	0,11
ter dificuldades em respirar	50	30	0,01
sentir enjoos	23	11	0,03
estar maldisposto	17	16	0,85
ter as faculdades físicas diminuídas	17	38	0,002
sentir-se sozinho	3	5	0,47
não ter capacidade para fazer o que queremos	14	30	0,01
ter tonturas	16	11	0,31
ter uma doença aguda (curável)	24	30	0,37
estar triste	8	6	0,58
estar invalido	3	26	0,0001
ir ao médico	15	6	0,04
ter as faculdades mentais diminuídas	24	24	1,00
não nos sentirmos úteis	14	18	0,45

Seguidamente apresentamos os resultados em que encontramos diferenças estatisticamente significativas. Os itens que o grupo Operatório Concreto considera mais importantes, classificados segundo as suas respectivas categorias, quando as respostas dizem respeito às "três que consideres mais importantes", são:

- Sintomas
 - sentir-se quente
 - ter dificuldades em respirar
 - sentir enjoos
- Clínico
 - ir ao médico

O Grupo Formal considera mais importante:

- Psicossocial
 - não gostarmos de nós
- Sintoma
 - ter as faculdades físicas diminuídas
- Funcionalidade
 - não ter capacidade para fazer o que queremos
 - estar inválido

Nos quadros números 18 e 19 apresentamos os cinco itens mais escolhidos e os cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto e do grupo operatório formal, relativamente às três respostas que os sujeitos consideram mais importantes.

Quadro 18. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre o conceito de doença*

Cinco itens mais escolhidos		
Itens	Categoria	%
Sentirmo-nos fracos	Sintoma	34,1
Ter uma doença crónica	Clínico	32,3
Ter dificuldades em respirar	Sintoma	30,5
Ter dores	Sintoma	28,7
Ter uma doença aguda (curável)	Clínico	14,6
Cinco itens menos escolhidos		
Itens	Categoria	%
Sentir-se sozinho	Psicossocial	1,8
Sentir-se com preguiça	Funcionalidade	1,8
Estar rabugento	Psicossocial	1,2
Estar irritável	Psicossocial	0,6
Ter borbulhas	Sintoma	0,6

Podemos verificar que o grupo operatório concreto, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com sintoma e clínico. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias psicossocial, funcionalidade e sintoma.

Quadro 19. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operativo formal sobre o conceito de doença*

Cinco itens mais escolhidos			
Item	Categoria	%	
Ter uma doença crónica	Clínico	40,9	
Sentirmo-nos fracos	Sintoma	33,5	
Ter dores	Sintoma	26,8	
Ter as faculdades físicas diminuídas	Sintoma	23,2	
Ter uma doença aguda	Clínico	18,3	
Cinco itens menos escolhidos			
Item	Categoria	%	
Sentir-se quente	Sintoma	1,2	
Ter borbulhas	Sintoma	0,6	
Ter uma parte do corpo inchada	Sintoma	0,6	
Sentir-se com preguiça	Funcionalidade	0	
Estar rabugento	psicossocial	0	

Através dos resultados observados, podemos verificar que o grupo operativo formal, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com factores clínicos e sintoma. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias sintoma, funcionalidade e psicossocial.

Causa de Doença

Relativamente à causa da doença, os dados evidenciam diferenças estatisticamente significativas (para $p < 0,05$) entre alguns itens. No seguinte quadro apresentamos os dados relativos a todas as respostas, que os sujeitos consideram importantes, sobre a causa de doença.

Quadro 20. Apresentação de todas as respostas consideradas mais importantes relativas à questão "Porque é que ficamos doentes?"

Itens	Operatório		Probabilidade de Significância (p)
	Concreto	Formal	
estivemos perto de alguém que estava doente	150	133	0,006
fizemos coisas erradas	53	51	0,81
mau ambiente familiar	57	32	0,002
impossível evitar	37	73	0,0001
quebra no equilíbrio entre corpo e mente	79	76	0,74
excessos	79	112	0,0001
porque os meus pais/ família não me levam ao médico	74	25	0,0001
estivemos em contacto com sangue de outra pessoa	109	86	0,01
falta de informação	37	56	0,02
é normal	49	60	0,19
para conseguirmos a atenção dos outros	12	2	0,006
pouco exercício físico	77	53	0,007
porque nunca vamos ao médico	93	50	0,0001
beijámos outra pessoa	52	22	0,0001
poluição ambiental	126	105	0,01
temos a mania das doenças	25	19	0,33
hábitos alimentares pouco cuidados	123	128	0,51
não tomamos os medicamentos que o médico manda	115	85	0,001
partilhámos objectos pessoais	75	67	0,37
cansaço	57	40	0,04
vícios	92	108	0,07
não tomamos os medicamentos que os pais/ família mandam	97	48	0,0001
investimos pouco em nós próprios	43	32	0,14
alterações genéticas	57	53	0,64
doenças hereditárias	87	121	0,0001
pobreza	41	44	0,70
depende da sorte	22	21	0,87
distúrbios emocionais	35	70	0,0001

hábitos de higiene deficitários	97	122	0,003
infecções	113	134	0,007
stress	89	90	0,91
culpa de outrem	16	11	0,31
contrariamos as regras	38	16	0,001
muita liberdade	19	10	0,08
depende de Deus	15	8	0,13
mau humor	18	4	0,002
Por descuido próprio	74	76	0,82
tristeza	26	24	0,75
germes	76	95	0,03
Más relações sociais	39	19	0,004

Para a análise qualitativa dos dados, apresentamos os itens nos quais constatámos a existência de diferenças estatisticamente significativas.

Os itens, segundo as categorias, que o grupo Operatório Concreto considera mais importantes, quando as respostas dizem respeito a "todas as que consideres importantes", são:

- Contaminação
 - estivemos perto de alguém que estava doente
 - estivemos em contacto com o sangue de outra pessoa
 - beijámos outra pessoa
 - poluição ambiental
 - contrariámos as regras
- Psicossocial
 - mau ambiente familiar
 - para conseguirmos a atenção dos outros
 - cansaço
 - mau humor
 - más relações sociais
- Clínico
 - porque os meus pais/ família não me levaram ao médico
 - porque nunca vamos ao médico
 - não tomámos medicamentos que o médico manda
 - não tomámos medicamentos que os pais/ família mandam

- Responsabilidade Individual
pouco exercício físico

O Grupo formal considera mais importante:

- Fenomenismo
impossível evitar
- Responsabilidade Individual
excessos
hábitos de higiene deficitários
- Contaminação
falta de informação
- Clínico
doenças hereditárias
- Psicossocial
distúrbios emocionais
- Interiorização
infecções
germes

Com o objectivo de realizarmos uma análise baseada numa perspectiva mais qualitativa, apresentamos seguidamente os cinco itens mais escolhidos e os cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto e do grupo operatório formal, relativamente a todas as respostas que os sujeitos consideram mais importantes.

Quadro 21. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operativo concreto sobre a causa de doença*

Cinco itens mais escolhidos		
Itens	Categoria	%
Estivemos perto de alguém que estava doente	Contaminação	91,5
Poluição ambiental	Contaminação	76,8
Hábitos alimentares pouco cuidados	Resp. individual	75
Não tomamos os medicamentos que o médico manda	Clínico	70,1
Infeções	Interiorização	68,9
Cinco itens menos escolhidos		
Itens	Categoria	%
Muita liberdade	Fenomenismo	11,6
Mau humor	Psicossocial	11
Culpa de outrem	Contaminação	9,8
Depende de Deus	Fenomenismo	9,1
Para conseguirmos a atenção dos outros	Psicossocial	7,3

Podemos verificar que o grupo operativo concreto, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com contaminação, responsabilidade individual, clínico e interiorização. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias fenomenismo, psicossocial e contaminação.

Quadro 22. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre a causa de doença*

Cinco itens mais escolhidos		
Item	Categoria	%
Infecções	Interiorização	81,7
Estivemos perto de alguém que estava doente	Contaminação	81,1
Hábitos alimentares pouco cuidados	Resp. individual	78
Hábitos de higiene deficitários	Resp. Individual	74,4
Doenças hereditárias	Clínico	73,8
Cinco itens menos escolhidos		
Item	Categoria	%
Culpa de outrem	Contaminação	6,7
Muita liberdade	Fenomenismo	6,1
Depende de Deus	Fenomenismo	4,9
Mau humor	Psicossocial	2,4
Para conseguirmos a atenção dos outros	Psicossocial	1,2

Através dos resultados observados, podemos verificar que o grupo operatório formal, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com interiorização, contaminação, responsabilidade individual e clínico. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias contaminação, fenomenismo e psicossocial.

Relativamente às três escolhas mais importantes, verificámos igualmente algumas diferenças significativas, as quais se encontram representadas no quadro número 23.

Quadro 23. Apresentação das três respostas consideradas mais importantes relativas à questão "Porque é que ficamos doentes?"

Itens	Operatório		Probabilidade de Significância (<i>p</i>)
	Concreto	Formal	
estivemos perto de alguém que estava doente	71	45	0,003
fizemos coisas erradas	11	16	0,31
mau ambiente familiar	8	4	0,23
impossível evitar	9	20	0,03
quebra no equilíbrio entre corpo e mente	16	23	0,23
excessos	11	22	0,04
porque os meus pais/ família não me levam ao médico	16	3	0,002
estivemos em contacto com sangue de outra pessoa	22	17	0,39
falta de informação	7	11	0,33
é normal	7	16	0,05
para conseguirmos a atenção dos outros	1	0	0,31
pouco exercício físico	5	7	0,55
porque nunca vamos ao médico	29	7	0,0001
beijámos outra pessoa	7	0	0,007
poluição ambiental	29	20	0,16
temos a mania das doenças	4	3	0,70
hábitos alimentares pouco cuidados	23	49	0,001
não tomamos os medicamentos que o médico manda	34	15	0,003
partilhámos objectos pessoais	20	11	0,08
cansaço	4	6	0,52
vícios	23	26	0,64
não tomamos os medicamentos que os pais/ família mandam	10	1	0,006
investimos pouco em nós próprios	1	7	0,03
alterações genéticas	1	4	0,17
doenças hereditárias	19	22	0,61
pobreza	2	5	0,25
depende da sorte	1	5	0,09
distúrbios emocionais	3	13	0,01

hábitos de higiene deficitários	17	24	0,24
infecções	17	37	0,003
stress	15	9	0,20
culpa de outrem	0	1	0,31
contrariamos as regras	1	1	1,00
muita liberdade	2	1	0,56
depende de Deus	3	4	0,70
mau humor	1	0	0,31
por descuido próprio	15	17	0,71
tristeza	4	3	0,70
germes	15	14	0,84
más relações sociais	7	3	0,19

Os itens, segundo as suas categorias, que o grupo Operatório Concreto considera mais importantes, quando as respostas dizem respeito às "três mais importantes", são:

- Contaminação
 - estivemos perto de alguém que estava doente
 - beijámos outra pessoa
- Clínico
 - porque os pais/ família não me levam ao médico
 - porque nunca vamos ao médico
 - não tomamos os medicamentos que o médico manda
 - não tomamos os medicamentos que os pais/ família mandam

O grupo Formal considera mais importante:

- Fenomenismo
 - impossível evitar
- Responsabilidade Individual
 - excessos
 - hábitos alimentares pouco cuidados
- Psicossocial
 - investimos pouco em nós próprios
 - distúrbios emocionais
- Interiorização
 - infecções

No quadro 24 e 25 apresentamos os cinco itens mais escolhidos e os cinco itens menos escolhidos do grupo operativo concreto e do grupo operativo formal, relativamente às três respostas mais importantes.

Quadro 24. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operativo concreto sobre a causa de doença*

Cinco itens mais escolhidos		
Itens	Categoria	%
Estivemos perto de alguém que estava doente	Contaminação	43,3
Não tomamos os medicamentos que o médico manda	Clínico	20,7
Porque nunca vamos ao médico	Clínico	17,7
Poluição ambiental	Contaminação	17,7
Vícios	Resp. Individual	14
Cinco itens menos escolhidos		
Itens	Categoria	%
Mau humor	Psicossocial	0,6
Alterações genéticas	Interiorização	0,6
Investimos pouco em nós próprios	Psicossocial	0,6
Para conseguirmos a atenção dos outros	Psicossocial	0,6
Culpa de outrem	Contaminação	0

Podemos verificar que o grupo operativo concreto, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com contaminação, clínico e responsabilidade individual. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias psicossocial, interiorização e contaminação.

Quadro 25. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre a causa de doença*

Cinco itens mais escolhidos		
Item	Categoria	%
Hábitos alimentares pouco cuidados	Resp. Individual	29.5
Estivemos perto de alguém que estava doente	Contaminação	27.4
Infecções	Interiorização	22.6
Vícios	Resp. Individual	15.9
Hábitos de higiene deficitários	Resp. Individual	14.6
Cinco itens menos escolhidos		
Item	Categoria	%
Culpa de outrem	Contaminação	0.6
Não tomamos os medicamentos que os pais mandam	Clínico	0.6
Para conseguirmos a atenção dos outros	Psicossocial	0
Beijámos outra pessoa	Contaminação	0
Mau humor	Psicossocial	0

Através dos resultados observados, podemos verificar que o grupo operatório formal, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com responsabilidade individual, contaminação e interiorização. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias contaminação, clínico e psicossocial.

Dimensão da Gravidade da Doença

Relativamente à dimensão da gravidade da doença, os dados evidenciam diferenças estatisticamente significativas (para $p < 0,05$) entre alguns itens.

Quadro 26. Apresentação dos dados relativos à questão "Pedijs para ficar em casa se te sentisses...?"

	Operatório Concreto			Operatório Formal			Prob. de Signific.
	Sempre	Às vezes	Nunca	Sempre	Às vezes	Nunca	
Dentes	15	53	96	10	79	75	0,01
Barriga	15	107	42	15	103	46	0,87
Ouvidos	53	68	43	41	89	34	0,06
Constipado	39	79	46	17	86	61	0,004
Febre	12	39	113	5	61	98	0,01
Cansado	8	58	98	10	53	101	0,78

Nos itens relativos ao cansaço, às dores de dentes e dores de barriga, não encontramos diferenças estatisticamente diferentes.

Relativamente às dores de dentes e ao sintoma "febre", a partir dos resultados desta questão podemos concluir que o grupo operatório formal responde mais "às vezes". O grupo operatório concreto responde mais vezes "sempre" e "nunca", comparativamente ao outro grupo.

No item sobre a constipação, a partir dos resultados desta questão podemos concluir que o grupo operatório formal responde mais vezes "nunca" e "às vezes". O grupo operatório concreto responde mais vezes "sempre".

Com o objectivo de realizarmos uma análise qualitativa, apresentamos os dois sintomas mais escolhidos e os dois menos escolhidos.

Quadro 27. Apresentação dos dados ordenados relativos à questão "Pedijs para ficar em casa se te sentisses sempre com...".

	Grupo Operatório Concreto		Grupo Operatório Formal	
	Itens	%	Itens	%
Mais escolhidos	Febre	68,9	Febre	59,8
	Dores de ouvidos	32,3	Dores de ouvidos	25
Menos escolhidos	Dores de dentes	9,1	Dores de dentes	6,1
	Cansaço	4,9	Cansaço	6,1

Verificamos que ambos os grupos pedem mais para ficar em casa se têm febre ou dores de ouvidos e pedem menos para ficar em casa se têm dores de dentes ou se se sentem cansados.

Comportamento de Doente

Relativamente ao comportamento de doente, vamos analisar duas questões: “Se tivesses que ficar em casa por estares doente, como te sentias?” e “Pensas em ficar doente para poderes ficar em casa?”.

Na primeira questão, o valor do Qui-quadrado obtido foi de 0,0001, para um nível de significância de 0,05, podemos então concluir que há diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos.

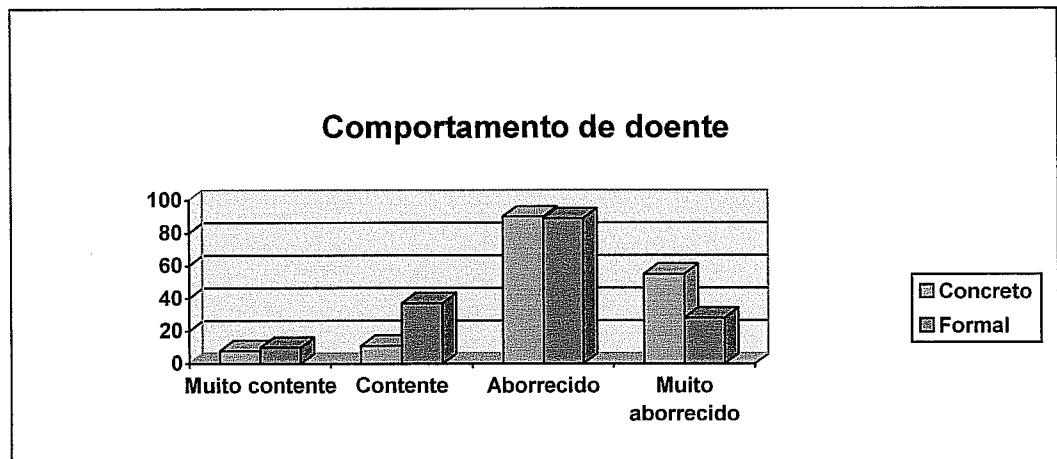


Figura 5. Distribuição dos dados relativos à questão “Se tivesses que ficar em casa por estares doente, como te sentias?”.

A partir dos resultados podemos concluir que o grupo concreto, relativamente ao facto de ter de ficar em casa por estar doente, responde mais "muito aborrecido". O grupo formal responde mais "contente" e "muito contente", comparativamente ao outro grupo.

Relativamente à questão sobre se “pensas em ficar doente para poderes ficar em casa”, o valor do Qui-quadrado obtido foi de 0,03, para um nível de significância de 0,05.

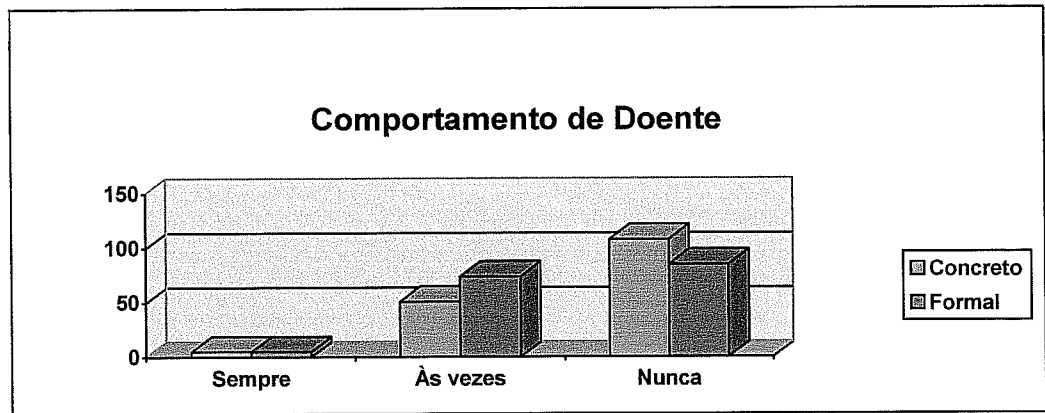


Figura 6. Distribuição dos dados no grupo Concreto e Formal à questão “Pensas em ficar doente para poderes ficar em casa?”.

Podemos também verificar que o grupo concreto responde mais vezes "nunca", relativamente a pensar ficar doente para poder ficar em casa, e o grupo formal responde mais vezes "às vezes". O grupo operatório formal pensa mais em ficar doente para poder ficar em casa do que o grupo operatório concreto.

Seguidamente apresentamos os itens na ordem em que foram escolhidos por ambos os grupos.

Quadro 28. Apresentação dos dados ordenados relativos à questão “Se tivesses que ficar em casa por estares doente, como te sentias?”.

Operatório Concreto		Operatório Formal	
Itens	%	Itens	%
Aborrecido	54,9	Aborrecido	54,3
Muito aborrecido	33,5	Contente	22,6
Contente	6,7	Muito aborrecido	17,1
Muito contente	4,9	Muito contente	6,1

Podemos verificar que ambos os grupos respondem preferencialmente que se têm que ficar em casa por estarem doentes sentem-se aborrecidos. A resposta menos frequente é “muito contente”. No entanto, o grupo concreto responde mais vezes “muito aborrecido”, comparativamente ao grupo formal que responde mais vezes “contente”.

Quadro 29. Apresentação dos dados ordenados relativos à questão "Pensas em ficar doente para poderes ficar em casa?".

Operatório Concreto		Operatório Formal	
Itens	%	Itens	%
Nunca	65,9	Nunca	51,8
Às vezes	31,1	Às vezes	45,1
Muitas vezes	3	Muitas vezes	3

Através dos resultados relativos à questão se pensam ficar doentes para poder ficar em casa, ambos os grupo respondem, na sua maioria, que nunca pensam e apenas uma pequena minoria responde "muitas vezes".

Consequências da Doença

Relativamente às consequências da doença, os dados evidenciam diferenças estatisticamente significativas (para $p < 0,05$) entre alguns itens. No quadro número 30 apresentamos os dados relativos a todas as respostas que os sujeitos consideram importantes.

Quadro 30. Apresentação de todas as respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que te preocupa quando estás doente?"

Itens	Operatório		Probabilidade de Significância (p)
	Concreto	Formal	
Não veres os teus amigos	106	115	0,28
sentires-te mal	128	147	0,004
atrasares-te na matéria escolar	130	83	0,0001
tomares medicamentos	42	40	0,79
não saberes quando podes ficar melhor	108	80	0,002
ter dores	132	142	0,13
ter que ficar em casa	77	64	0,14
ter que ir ao médico	82	58	0,007
não conseguir fazer o que desejas	112	128	0,04
incomodares outra pessoa	74	57	0,05
sentires-te inútil	61	86	0,006
teres de fazer exames	78	46	0,000

Com o objectivo de realizarmos uma análise mais aprofundada dos dados obtidos, apresentamos seguidamente os itens em que verificamos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, segundo as categorias a que pertencem.

Os itens, segundo as respectivas categorias, que o grupo Operatório Concreto considerou mais importantes, quando as respostas diziam respeito a "todas as que consideres importantes", foram:

- Preocupações sociais
 - atrasares-te na matéria escolar
 - não saberes quando podes ficar melhor
- Preocupações pessoais
 - ter que ir ao médico
 - ter que fazer exames

O Grupo Formal considera mais importante:

- Preocupações sociais
 - sentir-se mal
 - não conseguir fazer o que deseja
 - sentires-te inútil

No quadro número 31 e 32 apresentamos os três itens mais e menos escolhidos do grupo operatório concreto e operatório formal, relativamente a todas as respostas que os sujeitos consideram mais importantes.

Quadro 31. *Apresentação dos três itens mais escolhidos e dos três itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre consequências da doença*

Cinco itens mais escolhidos		
Itens	Categoria	%
Ter dores	Preoc. Pessoais	80,5
Atrasares-te na matéria escolar	Preoc. Sociais	79,3
Sentires-te mal	Preoc. Pessoais	78
Cinco itens menos escolhidos		
Itens	Categoria	%
Incomodares outra pessoa	Preoc. Sociais	45,1
Teres de fazer exames	Preoc. Pessoais	37,2
Tomares medicamentos	Preoc. Pessoais	25,6

Podemos verificar que o grupo operatório concreto, relativamente aos três itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com preocupações sociais e preocupações pessoais. Relativamente aos três itens menos escolhidos, encontramos as mesmas categorias.

Quadro 32. *Apresentação dos três itens mais escolhidos e dos três itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre consequências da doença*

Cinco itens mais escolhidos		
Item	Categoria	%
Sentires-te mal	Preoc. Pessoais	89,6
Ter dores	Preoc. Pessoais	86,6
Não conseguir fazer o que desejas	Preoc. Pessoais	78
Cinco itens menos escolhidos		
Item	Categoria	%
Incomodares outra pessoa	Preoc. Sociais	34,8
Teres de fazer exames	Preoc. Pessoais	28
Tomares medicamentos	Preoc. Pessoais	24,4

Através dos resultados observados, podemos verificar que o grupo operatório formal, relativamente aos três itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com preocupações pessoais. Relativamente aos três itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias preocupações pessoais e sociais.

Relativamente às três escolhas mais importantes, verificámos igualmente algumas diferenças significativas. No quadro número 33 apresentamos os dados relativos a esta questão.

Quadro 33. Apresentação das três respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que te preocupa quando estás doente?"

Itens	Operatório	Operatório	Probabilidade de Significância (p)
	Concreto	Formal	
não veres os teus amigos	75	67	0,37
sentires-te mal	67	111	0,0001
atrasares-te na matéria escolar	84	29	0,0001
tomares medicamentos	11	10	0,82
não saberes quando podes ficar melhor	52	35	0,03
ter dores	52	78	0,003
ter que ficar em casa	16	19	0,59
ter que ir ao médico	27	13	0,01
não conseguir fazer o que desejas	30	68	0,0001
incomodares outra pessoa	27	14	0,03
sentires-te inútil	19	41	0,002
teres de fazer exames	31	7	0,0001

As categorias que o grupo Operatório Concreto considera mais importantes, quando as respostas dizem respeito às "três mais importantes", são:

- Preocupações sociais
 - atrasares-te na matéria escolar
 - não saberes quando podes ficar melhor
 - incomodares outra pessoa
- Preocupações pessoais
 - ter que ir ao médico
 - teres de fazer exames

O Grupo Formal considera mais importante:

- Preocupações pessoais
 - ter dores
- Preocupações sociais
 - sentir-se mal
 - não conseguir fazer o que deseja
 - sentires-te inútil

Seguidamente apresentamos os três itens mais escolhidos e os três itens menos escolhidos do grupo operatório concreto e do grupo operatório formal, relativamente às três respostas mais importantes.

Quadro 34. *Apresentação dos três itens mais escolhidos e dos três itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre consequências da doença*

Cinco itens mais escolhidos		
Itens	Categoria	%
Atrasares-te na matéria escolar	Preoc. Sociais	51,2
Não veres os teus amigos	Preoc. Sociais	45,7
Sentires-te mal	Preoc. Pessoais	40,9
Cinco itens menos escolhidos		
Itens	Categoria	%
Sentires-te inútil	Preoc. Pessoais	11,6
Ter que ficar em casa	Preoc. Sociais	9,8
Tomares medicamentos	Preoc. Pessoais	6,7

Podemos verificar que o grupo operatório concreto, relativamente aos três itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com preocupações sociais e preocupações pessoais. Relativamente aos três itens menos escolhidos, encontramos as mesmas categorias.

Quadro 35. *Apresentação dos três itens mais escolhidos e dos três itens menos escolhidos do grupo operatório forma sobre consequências da doença.*

Cinco itens mais escolhidos		
Item	Categoria	%
Sentires-te mal	Preoc. Pessoais	67,7
Ter dores	Preoc. Pessoais	47,6
Não conseguir fazer o que desejas	Preoc. Pessoais	41,5
Cinco itens menos escolhidos		
Item	Categoria	%
Ter que ir ao médico	Preoc. Pessoais	7,9
Tomares medicamentos	Preoc. Pessoais	6,1
Teres de fazer exames	Preoc. Pessoais	4,3

Através dos resultados observados, podemos verificar que o grupo operatório formal, relativamente aos três itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com preocupações sociais. Relativamente aos três itens menos escolhidos, este grupo refere o mesmo tipo de categorias.

Auto-Percepção de Saúde e Doença

Nesta categoria incluímos duas questões. Primeiramente apresentaremos a questão relativa à auto-percepção de doença. Depois apresentaremos os dados relativos à auto-percepção de saúde.

Relativamente à auto-percepção de doença, os dados evidenciam diferenças estatisticamente significativas (para $p < 0,05$) entre alguns itens. No quadro número 36 apresentamos os dados relativos a todas as respostas, que os sujeitos consideram importantes, sobre o conceito de saúde.

Quadro 36. *Apresentação dos dados relativos à questão "No último mês sentiste...?"*

	Operatório Concreto			Operatório Formal			Prob. de
	Sempre	Às vezes	Nunca	Sempre	Às vezes	Nunca	Signific.
Barriga	2	85	77	4	81	79	0,67
Cabeça	8	105	51	9	106	49	0,95
Costas	5	49	110	7	74	83	0,01
Outra	10	48	106	11	31	122	0,08

Relativamente às dores nas costas, o grupo concreto responde mais "nunca" enquanto que o grupo formal responde mais "às vezes". Nos restantes itens não encontramos diferenças significativas.

Na questão relativa à auto-percepção de saúde, o valor do Qui-quadrado obtido foi de 0,20, para um nível de significância de 0,05. Por essa razão, não encontramos diferenças estatisticamente significativas. No quadro número 37 apresentamos os dados referentes a esta questão.

Quadro 37. *Apresentação dos dados relativos à percepção de saúde do próprio*

Itens	Operatório	
	Concreto	Formal
Muito boa	63	54
Boa	83	97
Razoável	17	10
Má	1	3

Com o objectivo de realizarmos uma análise qualitativa, apresentamos os dados relativos à auto-percepção de saúde e doença ordenados, segundo as escolhas feitas pelos sujeitos, relativamente às respostas “sempre”.

Quadro 38. *Apresentação dos dados ordenados relativos à questão “No último mês sentiste sempre...”*

Grupo Operatório Concreto		Grupo Operatório Formal	
Itens	%	Itens	%
Outra	6,1	Outra	6,7
Dores de cabeça	4,9	Dores de cabeça	5,5
Dores de costas	3	Dores de costas	4,3
Dores de barriga/ estômago	1,2	Dores de barriga/ estômago	2,4

Através destes dados podemos verificar que ambos os grupos, na sua maioria, responde que sentiram outro sintoma. O sintoma menos escolhido por ambos os grupos foi dores de barriga/ estômago.

As respostas relativas à auto-percepção de saúde distribui-se da seguinte forma:

Quadro 39. *Apresentação dos dados ordenados relativos à questão “A tua saúde é...”*

Operatório Concreto		Operatório Formal	
Itens	%	Itens	%
Boa	50,6	Boa	59,1
Muito boa	38,4	Muito boa	32,9
Razoável	10,4	Razoável	6,1
Má	0,6	Má	1,8

Verificamos que ambos os grupos consideram, na sua maioria, a sua saúde boa. Apenas uma pequena minoria classifica-a como má.

Prevenção da Doença

Relativamente à prevenção da doença, os dados evidenciam diferenças estatisticamente significativas (para $p < 0,05$) entre alguns itens. Seguidamente apresentamos a distribuição das respostas da nossa amostra relativas às escolhas que consideram mais importantes.

Quadro 40. Apresentação de todas as respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que podemos fazer para evitar ficar doentes?"

Itens	Operatório		Probabilidade de Significância (<i>p</i>)
	Concreto	Formal	
não estar perto de pessoas doentes	145	104	0,0001
viver no campo	53	25	0,0001
ser despreocupado	38	31	0,34
dormir bem	118	118	1,00
confiar no médico	135	88	0,00
não partilhar objectos pessoais	93	101	0,36
estar informado sobre o funcionamento do organismo	109	112	0,72
ter protecção do adulto	87	33	0,0001
ter consciência do nosso estado de saúde	127	126	0,89
ter um médico	137	95	0,0001
não tocar nos animais	39	7	0,0001
viver num bom ambiente	127	93	0,0001
evitar problemas	71	55	0,06
ter uma alimentação saudável	149	149	1,00
estar vacinado	156	150	0,18
viver em segurança	71	45	0,003
não ter a mania das doenças	79	63	0,07
ter cuidado pessoal	113	107	0,48
fazer exames médicos	108	92	0,07
ter dinheiro	20	19	0,86
ser compreendido	45	18	0,0001
ser responsável	68	60	0,36
não dar beijos (às pessoas doentes)	123	66	0,0001
seguir as regras	72	38	0,0001
viver num ambiente higiénico	138	139	0,87
ter bom humor	43	41	0,80
ter sorte	23	15	0,16
ter cuidado com o vestuário	53	18	0,0001
ser optimista	42	33	0,23
não ser maltratado	82	45	0,0001
fazer análises	107	86	0,01

tomar banho	134	131	0,67
não tocar no sangue dos outros	115	99	0,06
fazer o que os pais/ família mandam	94	29	0,0001
ser alegre	49	26	0,002
beber água com frequência	130	117	0,09
fazer o que o médico manda	131	89	0,0001
evitar contacto físico com os outros	42	5	0,0001
ir à escola	47	15	0,0001
ter bons amigos	66	33	0,0001
fazer ginástica regularmente	108	117	0,28
ir regularmente ao médico	125	94	0,0001
não fumar	150	140	0,08

Os itens, segundo as respectivas categorias, onde encontramos diferenças estatisticamente significativas e o grupo operatório concreto considerou mais importantes, quando as respostas diziam respeito a “todas as que consideres importantes”, foram:

- Contaminação
 - não estar perto de pessoas doentes
 - viver no campo
 - não tocar nos animais
 - viver num bom ambiente
 - não dar beijos (às pessoas doentes)
 - seguir as regras
 - evitar o contacto físico com os outros
- Clínico
 - confiar no médico
 - ter um médico
 - fazer análises
 - fazer o que o médico manda
 - ir regularmente ao médico
- Psicossocial
 - ter protecção do adulto
 - viver em segurança
 - ser compreendido
 - não ser maltratado

- fazer o que os pais/ família mandam
- ser alegre
- ir à escola
- ter bons amigos
- Responsabilidade Individual
 - ter cuidado com o vestuário

Relativamente à prevenção de doença, apresentamos os cinco itens mais escolhidos e os cinco itens menos escolhidos pelos sujeitos da nossa amostra.

Quadro 41. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operativo concreto sobre prevenção de saúde*

Cinco itens mais escolhidos			
Itens	Categoria	%	
Estar vacinado	Clínico	95,1	
Não fumar	Resp. Individual	91,5	
Ter uma alimentação saudável	Resp. Individual	90,9	
Não estar perto de pessoas doentes	Contaminação	88,4	
Viver num ambiente higiénico	Resp. Individual	84,1	
Cinco itens menos escolhidos			
Itens	Categoria	%	
Ser optimista	Psicossocial	25,6	
Não tocar nos animais	Contaminação	23,8	
Ser despreocupado	Psicossocial	23,2	
Ter sorte	Fenomenismo	14	
Ter dinheiro	Fenomenismo	12,2	

Podemos verificar que o grupo operativo concreto, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com responsabilidade individual, contaminação e clínico. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias psicossocial, contaminação e fenomenismo.

Quadro 42. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre prevenção de saúde*

Cinco itens mais escolhidos		
Item	Categoria	%
Estar vacinado	Clínico	91,5
Ter uma alimentação saudável	Resp. Individual	90,9
Não fumar	Resp. Individual	85,4
Viver num ambiente higiénico	Resp. Individual	84,8
Tomar banho	Resp. Individual	79,9
Cinco itens menos escolhidos		
Item	Categoria	%
Ser compreendido	Psicossocial	11
Ir à escola	Psicossocial	9,1
Ter sorte	Fenomenismo	9,1
Não tocar nos animais	Contaminação	4,3
Evitar contacto físico com os outros	Contaminação	3

Através dos resultados observados, podemos verificar que o grupo operatório formal, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com responsabilidade individual e clínico. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias psicossocial, fenomenismo e contaminação.

Relativamente às três escolhas mais importantes, verificámos igualmente algumas diferenças significativas.

Quadro 43. Apresentação das três respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que podemos fazer para evitar ficar doentes?"

Itens	Operatório		Probabilidade de Significância (<i>p</i>)
	Concreto	Formal	
não estar perto de pessoas doentes	39	28	0,13
viver no campo	9	1	0,01
ser despreocupado	4	4	1,00
dormir bem	15	23	0,16
confiar no médico	20	11	0,08
não partilhar objectos pessoais	17	17	1,00
estar informado sobre o funcionamento do organismo	6	20	0,004
ter protecção do adulto	4	2	0,41
ter consciência do nosso estado de saúde	9	19	0,04
ter um médico	22	12	0,07
não tocar nos animais	1	1	1,00
viver num bom ambiente	7	20	0,009
evitar problemas	0	9	0,002
ter uma alimentação saudável	35	52	0,03
estar vacinado	46	48	0,80
viver em segurança	2	1	0,56
não ter a mania das doenças	5	5	1,00
ter cuidado pessoal	5	13	0,05
fazer exames médicos	7	5	0,55
ter dinheiro	1	2	0,56
ser compreendido	3	1	0,31
ser responsável	5	10	0,18
não dar beijos (às pessoas doentes)	13	4	0,02
seguir as regras	1	2	0,56
viver num ambiente higiénico	16	27	0,07
ter bom humor	2	1	0,56
ter sorte	1	3	0,31
ter cuidado com o vestuário	1	0	0,31
ser optimista	3	4	0,70
não ser maltratado	1	1	1,00
fazer análises	2	1	0,56

tomar banho	12	20	0,13
não tocar no sangue dos outros	19	11	0,12
fazer o que os pais/ família mandam	4	0	0,04
ser alegre	2	1	0,56
beber água com frequência	11	11	1,00
fazer o que o médico manda	17	8	0,06
evitar contacto físico com os outros	3	0	0,08
ir à escola	2	0	0,15
ter bons amigos	1	6	0,05
fazer ginástica regularmente	6	17	0,01
ir regularmente ao médico	31	20	0,09
não fumar	82	51	0,0001

A partir dos resultados podemos concluir que os itens, segundo as respectivas categorias, que o grupo operatório concreto considera mais importantes, quando as respostas dizem respeito às “três mais importantes”, são:

- Contaminação
 - viver no campo
 - não dar beijos (às pessoas doentes)
- Psicossocial
 - fazer o que os pais/ família mandam
- Responsabilidade Individual
 - não fumar

O Grupo Formal considera mais importante:

- Internalização
 - estar informado sobre o funcionamento do organismo
- Psicossocial
 - ter consciência do nosso estado de saúde
 - evitar problemas
- Contaminação
 - viver num bom ambiente
- Responsabilidade Individual
 - ter uma alimentação saudável
 - fazer ginástica regularmente

Seguidamente apresentamos os cinco itens mais escolhidos e os cinco itens menos escolhidos do grupo operativo concreto e do grupo operativo formal, relativamente às três respostas mais importantes.

Quadro 44. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operativo concreto sobre prevenção de saúde*

Cinco itens mais escolhidos			
Itens	Categoria	%	
Não fumar	Resp. Individual	50	
Estar vacinado	Clínico	28	
Não estar perto de pessoas doentes	Contaminação	23,8	
Ter uma alimentação saudável	Resp. Individual	21,3	
Ir regularmente ao médico	Clínico	18,9	
Cinco itens menos escolhidos			
Itens	Categoria	%	
Ter bons amigos	Psicossocial	0,6	
Não ser maltratado	Psicossocial	0,6	
Ter dinheiro	Fenomenismo	0,6	
Não tocar nos animais	Contaminação	0,6	
Evitar problemas	Psicossocial	0	

Podemos verificar que o grupo operativo concreto, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas com responsabilidade individual, clínico e contaminação. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias psicossocial, fenomenismo e contaminação.

Quadro 45. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operativo formal sobre prevenção de saúde*

Cinco itens mais escolhidos		
Item	Categoria	%
Confiar no médico	Clínico	67
Não fumar	Resp. Individual	31,1
Ter uma alimentação saudável	Resp. Individual	31,7
Estar vacinado	Clínico	29,3
Não estar perto de pessoas doentes	Contaminação	17,1
Cinco itens menos escolhidos		
Item	Categoria	%
Ser compreendido	Psicossocial	0,6
Ir à escola	Psicossocial	0
Evitar contacto físico com os outros	Contaminação	0
Fazer o que os pais/ família mandam	Psicossocial	0
Ter cuidado com o vestuário	Resp. Individual	0

Através dos resultados observados, podemos verificar que o grupo operativo formal, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas a factores clínicos, responsabilidade social e contaminação. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias psicossocial, contaminação e responsabilidade individual.

Dimensão da cura

Relativamente à dimensão da cura, os dados evidenciam diferenças entre determinados itens no grupo operativo concreto e no grupo operativo formal ($p < 0,05$). No quadro número 46 apresentamos os dados relativos a todas as respostas, que os sujeitos consideram importantes, sobre a dimensão da cura.

Quadro 46. *Apresentação de todas as respostas consideradas importantes relativas à questão "O que podemos fazer para recuperar de uma doença?"*

Itens	Operatório	Operatório	Probabilidade de Significância (p)
	Concreto	Formal	
ir ao médico	155	155	1,00
ser optimista	65	97	0,0001
seguir as indicações dos pais/ família	140	98	0,0001
tomar bem conta do próprio	113	104	0,29
tomar medicamentos	141	133	0,23
ficar em casa	96	68	0,002
fazer o que o médico diz	151	145	0,26
ter quem ajude	109	79	0,001

Os itens onde observámos diferenças estatisticamente significativas entre o grupo operatório concreto e operatório formal, segundo as categorias a que pertencem e que o Grupo Operatório concreto considera mais importantes, quando as respostas dizem respeito a "todas as que consideres importantes", foram:

- Social
 - seguir as indicações dos pais/ família
 - ter quem ajude
- Pessoal
 - ficar em casa

O Grupo Formal considera mais importante:

- Pessoal
 - ser optimista

Com o objectivo de realizarmos uma análise qualitativa, iremos seguidamente apresentar os três itens mais escolhidos e os três itens menos escolhidos de ambos os grupos, relativamente a todas as respostas que os sujeitos consideram mais importantes.

Quadro 47. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre a dimensão da cura*

Cinco itens mais escolhidos			
Itens	Categoria	%	
Ir ao médico	Clínico	94,5	
Fazer o que o médico diz	Clínico	92,1	
Tomar medicamentos	Clínico	86	
Cinco itens menos escolhidos			
Itens	Categoria	%	
Ter quem ajude	Social	66,5	
Ficar em casa	Pessoal	58,5	
Ser optimista	Pessoal	39,6	

Podemos verificar que o grupo operatório concreto, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas a factores clínico. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias pessoal e social.

Quadro 48. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre a dimensão da cura*

Cinco itens mais escolhidos			
Item	Categoria	%	
Ir ao médico	Clínico	94,5	
Fazer o que o médico diz	Clínico	88,4	
Tomar medicamentos	Clínico	81,1	
Cinco itens menos escolhidos			
Item	Categoria	%	
Ser optimista	Pessoal	59,1	
Ter quem ajude	Social	48,2	
Ficar em casa	Pessoal	41,5	

Através dos resultados observados, podemos verificar que o grupo operatório formal, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas a factores clínicos. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias pessoal e social.

Relativamente às três escolhas mais importantes, verificámos igualmente algumas diferenças significativas.

Quadro 49. *Apresentação das três respostas consideradas mais importantes relativas à questão "O que podemos fazer para recuperar de uma doença?"*

Itens	Operatório Concreto	Operatório Formal	Probabilidade de Significância (p)
ir ao médico	120	108	0,15
ser optimista	28	61	0,0001
seguir as indicações dos pais/ família	54	33	0,009
tomar bem conta do próprio	37	59	0,008
tomar medicamentos	77	75	0,82
ficar em casa	28	19	0,15
fazer o que o médico diz	115	106	0,28
ter quem ajude	33	33	1,000

Os itens, segundo as respectivas categorias, que o grupo Operatório Concreto considera mais importantes, quando as respostas dizem respeito a "três que consideres mais importantes", são:

- Social
 - seguir as indicações dos pais/ família

O Grupo Operatório Formal considera mais importante:

- Pessoal
 - ser optimista
 - tomar bem conta do próprio

Seguidamente apresentamos os três itens mais escolhidos e os três itens menos escolhidos pelo grupo operatório concreto e pelo grupo operatório formal, relativamente às três respostas mais importantes.

Quadro 50. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório concreto sobre a dimensão da cura*

Cinco itens mais escolhidos		
Itens	Categoria	%
Ir ao médico	Clínico	73,2
Fazer o que o médico diz	Clínico	70,1
Tomar medicamentos	Clínico	47
Cinco itens menos escolhidos		
Itens	Categoria	%
Tomar bem conta do próprio	Pessoal	22,6
Ficar em casa	Pessoal	17,1
Ser optimista	Pessoal	17,1

Podemos verificar que o grupo operatório concreto, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas a factores clínicos. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias pessoal.

Quadro 51. *Apresentação dos cinco itens mais escolhidos e dos cinco itens menos escolhidos do grupo operatório formal sobre a dimensão da cura*

Cinco itens mais escolhidos		
Item	Categoria	%
Ir ao médico	Clínico	65,9
Fazer o que o médico diz	Clínico	64,6
Tomar medicamentos	Clínico	45,7
Cinco itens menos escolhidos		
Item	Categoria	%
Ter quem ajude	Social	20,1
Seguir as indicações dos pais/ família	Social	20,1
Ficar em casa	Pessoal	11,6

Através dos resultados observados, podemos verificar que o grupo operatório formal, relativamente aos cinco itens mais escolhidos, refere categorias relacionadas a factores clínicos. Relativamente aos cinco itens menos escolhidos, este grupo refere itens relacionados com as categorias social e pessoal.

Responsabilidade Sobre a Saúde

Relativamente à responsabilidade sobre a saúde, os dados evidenciam diferenças significativas entre o grupo operativo concreto e o grupo operativo formal. No quadro número 52 apresentamos os dados referentes às respostas dos sujeitos.

Quadro 52. Apresentação dos dados relativos à questão "Quem deve ser responsável pela tua saúde?"

Itens	Operatório		Probabilidade de Significância (<i>p</i>)
	Concreto	Formal	
Próprio	134	154	0,001
Pais/ Família	125	177	0,000
Serviços de Saúde	46	26	0,008
Escola	17	9	0,10

A partir destes resultados podemos verificar que o grupo formal considera maior responsabilidade no próprio, enquanto que o grupo concreto considera os pais/família e serviços de saúde os mais responsáveis pela saúde de cada um. Na escola não encontramos diferenças estatisticamente diferentes.

Com o objectivo de realizarmos uma análise qualitativa, apresentamos os dados relativos à responsabilidade sobre a saúde, ordenados segundo as escolhas feitas pelos sujeitos.

Quadro 53. Apresentação dos dados ordenados relativos à questão "Quem deve ser responsável pela tua saúde?"

Grupo Operatório Concreto		Grupo Operatório Formal	
Itens	%	Itens	%
O próprio	81,7	O próprio	93,9
Os pais/ família	76,2	Os pais/ família	47
Os serviços de saúde	28	Os serviços de saúde	15,9
A escola	10,4	A escola	5,5

Podemos verificar que ambos os grupo consideram o maior responsável pela sua saúde o próprio e consideram menos responsável a escola.

Comportamentos Saudáveis

Nesta categoria incluímos sete questões, relativas à alimentação, ao pequeno-almoço, ao peso, hábitos tabagistas, consumo de álcool, horas de sono e de exercício físico.

Relativamente aos itens sobre comportamentos saudáveis, os dados evidenciam diferenças estatisticamente significativas (para $p < 0,05$) entre alguns itens.

Quadro 54. *Apresentação dos dados relativos à questão "O que fazes que possa melhorar a tua saúde?"*

Itens	Operatório	Operatório	Probabilidade de Significância (p)
	Concreto	Formal	
Tens uma alimentação adequada?	150	133	0,006
O teu peso é adequado...?	136	124	0,10

Verificamos que o grupo concreto considera ter uma alimentação mais adequada relativamente ao grupo formal. No item sobre o peso não encontramos diferenças estatísticas.

Ambos os grupos consideram ter uma alimentação adequada (91,5% no grupo operatório concreto e 81,1% no grupo operatório formal) e um peso adequado (82,9% no grupo operatório concreto e 75,6% no grupo operatório formal).

No quadro número 55 apresentamos os dados relativos à frequência com que os sujeitos tomam o pequeno-almoço, relativos aos hábitos tabagistas e ao consumo de álcool.

Quadro 55. *Apresentação dos dados relativos à questão "O que fazes que possa melhorar a tua saúde?"*

	Operatório Concreto			Operatório Formal			Prob. de Signific.
	Sempre	Às vezes	Nunca	Sempre	Às vezes	Nunca	
Peq. almoço	131	29	4	118	37	9	0,16
Fumar	0	1	163	20	30	114	0,0001
Álcool	0	15	149	3	76	85	0,0001

Podemos observar que o grupo formal responde mais vezes “sempre” e “às vezes” relativamente a consumos tabágicos e alcoólicos. Não encontramos diferenças estatisticamente significativas no Pequeno-almoço.

Verificamos que nas três questões ambos os grupos respondem da mesma forma, ou seja a maioria considera que toma o pequeno-almoço todos os dias (79,9% no grupo operatório concreto e 72% no grupo operatório formal), a maioria responde que nunca fuma (99,4% no grupo operatório concreto e 69,5% no grupo operatório formal) e que nunca bebe (90,9% no grupo operatório concreto e 51,8% no grupo operatório formal).

Para a análise dos resultados dos itens relativos às horas de sono e horas de exercício físico, utilizámos o teste t-Student.

Quadro 56. *Apresentação dos dados relativos à questão "O que fazes que possa melhorar a tua saúde?"*

Itens	Op. Concreto Média	Op. Formal Média	Probabilidade de Significância (p)
Quantas horas dormes, em média, por dia?	8,9	8,1	0,05
Quantas horas por semana praticas exercício físico?	4,1	4,3	0,27

Nestas duas questões não encontramos diferenças estatisticamente diferentes.

Cuidado Clínico

Nesta categoria incluímos duas questões. Primeiramente apresentaremos a que diz respeito à frequência de consultas médicas. Depois apresentaremos os dados relativos à razão porque procuram estas consultas.

Relativamente à frequência de consultas médicas, o valor do Qui-quadrado obtido foi de 0,0001, para um nível de significância de 0,05. Este valor indica-nos que há diferenças estatisticamente diferentes entre os dois grupos.

Quadro 57. Apresentação dos dados relativos à frequência de consultas médicas

Itens	Operatório	Operatório
	Concreto	Formal
Regularmente	156	120
Nunca	8	44

Ambos os grupos respondem maioritariamente que procuram o médico regularmente, no entanto o grupo concreto vai a mais consultas frequentemente.

Relativamente à razão por que vão ao médico, observamos os seguintes dados:

Quadro 58. Apresentação dos dados relativos à questão "Quando é que vais ao médico?"

Itens	Operatório	Operatório	Probabilidade de Significância (<i>p</i>)
	Concreto	Formal	
Quando te sentes doente	111	103	0,35
Quando tens tempo	16	18	0,71
Quando te mandam	110	90	0,02

Ambos os grupos consideram que a razão porque vão ao médico é em primeiro lugar porque se sentem doentes, em segundo lugar porque os mandam ou levam e em terceiro lugar vão quando têm tempo.

No entanto, dadas as diferenças estatísticas que encontramos, podemos observar que o grupo concreto responde que vai mais vezes ao médico porque o mandam ou levam, comparativamente ao grupo operatório formal.

DISCUSSÃO

Retomando a nossa questão de investigação, procuramos identificar e analisar as dimensões diferenciadoras na representação de saúde e doença nos grupos operatório concreto e operatório formal. Era nosso objectivo estudar a representação e as diferenças nos conceitos de saúde e doença, bem como de outros conceitos subjacentes a estes:

- Causa da doença
- Consequências da doença
- Prevenção da doença/ Promoção da saúde
- Dimensão da cura
- Dimensão da gravidade da doença
- Comportamento de doente
- Auto-percepção de saúde e doença
- Responsabilidade na saúde e doença

Observando os dados que obtivemos a partir da nossa investigação, podemos confirmar a nossa hipótese, ou seja, o grupo operatório formal tem uma compreensão mais completa e compreensiva das diversas partes que constituem a saúde e a doença.

No entanto, consideramos importante apresentar não apenas um conclusão comparativa entre o grupo operatório concreto e o grupo operatório formal, mas também concluirmos em que conceptualizações se baseiam ambos os grupos na construção dos conceitos de saúde e doença.

Na presente discussão considerámos prioritários os resultados obtidos relativamente aos três itens que os sujeitos consideram mais importantes, por verificarmos que obtemos uma comparação mais específica e pormenorizada entre ambos os grupos, nas questões relativas ao conceito de saúde, conceito de doença, causa de doença, consequências da doença, prevenção e cura.

Na definição de saúde, o grupo operatório concreto, considera importante ter o corpo são e irmos regularmente ao médico (factores clínicos). Consideram também sentirmo-nos bem (sintoma) e sentirmo-nos felizes, com corpo e mente em equilíbrio (psicossocial). Considera menos importante na definição de saúde sentir-se realizado, não se sentir limitado (funcionalidade), ter doenças esporadicamente e ter boa aparência (fenomenismo). Consideram também que sentir-se emocionalmente bem é um factor pouco importante para definir saúde.

O grupo formal define a saúde como sentir-se feliz e ter o corpo e mente em equilíbrio (factores psicossociais). Consideram importante ter o corpo são, sentirem-se bem e não ter doenças (factores clínicos e sintoma). Os itens que consideram menos importantes, ou seja, que consideram não ser dependentes de um estado saudável são o facto de não terem preocupações e terem as doenças que todas as pessoas têm (factores psicossociais e clínicos). Consideram também de menor importância terem boa aparência, serem bonitos e terem músculos (fenomenismo).

Relativamente à definição de saúde a principal diferença, entre os dois grupos, reside no facto de o grupo operatório concreto considerar importante as consultas frequentes ao médico, enquanto que o grupo operatório formal considera, comparativamente, mais importante o facto de estar activo. Podemos assim concluir que o grupo operatório concreto considera mais importante a categoria clínico, fazendo depender mais a saúde nos outros, num especialista, comparativamente ao outro grupo que dá mais relevância à categoria funcionalidade, portanto à actividade do próprio.

Na definição de doença o grupo concreto define-a segundo múltiplos sintomas concretos, conforme descrito por Perrin e Gerrity (1981) no estágio operatório concreto, e factores clínicos. Sentirem-se fracos, com dores e com dificuldades de respiração são sintomas que este grupo associa à doença. O diagnóstico relativo a uma doença aguda ou crónica são também importantes na definição da doença (factores clínicos). Factores psicossociais e funcionalidade são factores que não consideram associados à doença: estar irritável, rabugento, com preguiça e sentir-se sozinho não são factores que pertencem à doença, segundo este grupo. Portanto, podemos concluir que se sentem irritáveis, rabugentos, sozinho e com preguiça não consideram isso como um estado de doença. Outro sintoma que consideram não definir a doença é ter borbulhas, o que pode ser explicado pelo facto de nesta idade ser frequente o problema da acne juvenil, ao qual não associam um estado de doença.

Relativamente ao conceito de doença, o grupo formal consideram mais importante ter dores, sentirmo-nos fracos e ter as nossas capacidades físicas diminuídas (sintoma). Consideram também importante terem doenças crónicas e doenças agudas (factores clínicos). Consideram de menor interesse no conceito de doença o facto de se sentirem com preguiça ou de estarem rabugentos. Também consideram de menor importância alguns itens relativos ao factor sintoma: terem uma parte do corpo inchada, terem borbulhas e sentirem-se quentes.

A maior dependência do grupo operatório concreto verifica-se também na definição de doença, quando comparamos ambos os grupos, já que consideram novamente a categoria clínico, pois estar doente é ir ao médico, o que nos transmite a ideia de que este grupo só sabe se está doente através de um diagnóstico médico. O grupo operatório formal considera novamente factores relacionados à funcionalidade do próprio. Na definição de doença há outro factor que este considera mais importante, um factor psicossocial: não gostarmos de nós. Podemos concluir que o grupo operatório formal dá importância à auto-estima e da relação desta com a doença. Portanto para este grupo não considera a doença apenas como um factor físico, mas também como um factor psicossocial, independentemente de queixas específicas como defende Perrin e Gerrity (1981).

Podemos constatar igualmente que a doença é, como observa Eiser (1997b), no grupo operatório concreto definida pelos adultos e que o grupo operatório formal considera a saúde como o resultado de um equilíbrio entre o corpo e a mente, sendo a doença vista como uma quebra nesse equilíbrio, relacionando saúde biológica e psicológica (Bibace & Walsh, 1980 e Eiser, 1997b).

A causa da doença é atribuída, no grupo operatório concreto essencialmente à contaminação, factores clínicos e à responsabilidade individual: estarmos perto de alguém doente, a poluição, não ir ao médico, não tomar os medicamentos que o médico manda e ter vícios. Os factores psicossociais e de interiorização são os menos relacionados à doença. Este grupo considera que chamar a atenção, pouco investimento no próprio e o mau humor não são factores causadores de doença. Consideram que alterações genéticas (interiorização) são também dos factores de menor relevância, o que contraria o estudo de Barrio (1988) que nos diz que as explicações concretas reconhecem a acção de um agente (micróbio) que afecta o organismo. Apesar de considerarem como causa da doença contaminação, não consideram que o facto de estarem doente seja culpa de outrem.

Relativamente à causa da doença, o grupo formal considera importantes factores relativos à responsabilidade individual (maus hábitos higiénicos e alimentares, ter vícios), contaminação (alguém doente) e interiorização (infecções). Consideram menos importante como causa da doença beijarem outra pessoa e o facto de ser culpa de outrem (contaminação). Desvalorizam o facto de não se tomar medicamentos. Consideram que a causa da doença não é para chamar a atenção nem se deve ao mau humor (factores psicossociais).

A atribuição da causa da doença revela-nos bastantes diferenças entre os dois grupos. O grupo operativo concreto considera mais importante a contaminação e, novamente, o facto de uma pessoa não frequentar consultas médicas e não tomar os medicamentos aconselhados por técnicos ou adultos responsáveis (factores clínicos). O grupo operativo formal atribui a causa de doença a uma variedade de factores. Consideram, comparativamente ao outro grupo, que é impossível evitar (fenomenismo). No entanto, relacionam a causa de doença a factores que dependem do próprio (responsabilidade individual) e a factores psicossociais, sobressaindo a conclusão de Barrio (1988) relativa à relação entre agentes externos e o estado interno do organismo. Dão também relevância às infecções, contrariando Perrin e Gerrity (1981) que defendem que a doença no estágio operativo concreto é atribuída unicamente ou principalmente aos germes. Podemos concluir que o grupo operativo formal tem uma visão mais abrangente da causa da doença.

Concluimos assim, como Barrio (1988) e Kalish (1996), que a doença não é apenas definida por um conjunto de sintomas, nem identificada com um particular tipo de causa.

Relativamente à doença ambos os grupos consideram mais grave a febre e menos grave o cansaço.

Relativamente à dimensão da gravidade da doença podemos concluir que o grupo operativo concreto pede mais para ficar em casa quando está constipado. Podemos assim concluir que este grupo atribui maior gravidade a esta doença do que o grupo operativo formal.

No grupo operativo concreto, a maioria fica aborrecido (54,9%) e muito aborrecido (33,5%) por ter de ficar em casa por estar doente. A maioria nunca pensa em ficar doente para estar em casa. Através deste resultados podemos concordar com o estudo de Fávero e Salim (1995) que concluem que a doença parece estar intensamente ligada ao sentimento de tristeza.

Relativamente ao comportamento de doente, o grupo operatório formal fica, na sua maioria, aborrecido (54,3%) e contente (22,6%) por ter de ficar em casa por estar doente. A maioria nunca pensa em ficar doente para estar em casa.

Relativamente ao comportamento de doente podemos concluir que o grupo operatório concreto fica mais muito aborrecido por ter de ficar em casa e pensa menos em ficar doente para poder ficar em casa. Podemos assim concluir que o grupo operatório formal aceita melhor a condição de doente do que o outro grupo.

O grupo concreto considera que as consequências mais graves da doença são o facto de se sentirem mal, não puderem ver os seus amigos e atrasarem-se na matéria escolar. Consideram menos importante o facto de terem de ficar em casa, sentirem-se inúteis e terem que tomar medicamentos. Referem sempre factores pessoais e sociais.

O grupo formal preocupa-se com as consequências da doença que se relacionam com o facto de não fazer o que desejam, sentirem-se mal e terem dores. Consideram menos preocupantes terem de ir ao médico, fazerem exames e tomarem medicamentos. Este grupo refere somente factores pessoais.

Na percepção da consequência de doença, comparando ambos os grupos, verificamos novamente a importância clínica pelo grupo operatório concreto, sendo esta uma preocupação deste grupo. O grupo operatório formal preocupa-se mais com factores pessoais enquanto que o grupo operatório concreto preocupa-se mais com a implicação da doença com os outros e com o facto de se atrasarem nos seus deveres.

Relativamente à auto-percepção de doença verificámos em ambos os grupos uma maior incidência de respostas na opção outra. A que menos optam é dores de barriga e de estômago.

Relativamente à auto-percepção de saúde ambos os grupos consideram, na sua maioria, a sua saúde boa e muito boa. No grupo operatório concreto 0,6% classificam como má e no grupo operatório formal 1,8% classificam-na negativamente. No entanto, quando no início do questionário os sujeitos são questionados relativamente ao facto de terem ou não doenças 23,8% responde afirmativamente.

Comparando os grupos concluímos que o grupo operatório formal tem mais dores nas costas do que o grupo operatório concreto, o que se pode dever a mais tempo em que os adolescentes frequentemente utilizam posições incorrectas na sua forma de estar, nomeadamente durante o tempo de estudo. Ambos os grupos têm idêntica auto-percepção da saúde.

Relativamente à prevenção de doença, o grupo operatório concreto e operatório formal, consideram que a melhor forma de prevenir a doença é ir ao médico e ter as vacinas em dia (factores clínicos). Consideram também importante evitar o contacto com pessoas doentes (contaminação). Os hábitos alimentares e tabagistas são também importantes na prevenção da doença (responsabilidade individual). Consideram menos importante para prevenir a doença ser compreendidos, ir à escola e fazer o que os pais família mandam (factores psicossociais). Consideram desnecessário evitar o contacto físico com os outros e ter cuidado com o vestuário (contaminação e responsabilidade individual).

No entanto, comparando todas as respostas de ambos os grupos, verificamos que o grupo operatório concreto considera que para prevenir a doença é mais importante não adoptar determinados comportamentos que estão dependentes do próprio e fazer o que os outros mandam (responsabilidade individual e factores psicossociais). O grupo operatório formal considera importante realizar determinados comportamentos que promovem a saúde (responsabilidade individual), estar informado sobre o funcionamento do organismo e do estado do mesmo (interiorização). Consideram também importante evitar problemas, para prevenir a doença (factores psicossociais). O Grupo operatório formal centraliza mais a saúde e a doença no próprio comportamento dos sujeitos.

O grupo concreto considera que a cura de uma doença está bastante dependente das consultas ao médico e dos respectivos medicamentos (factores clínicos). Considera de menor importância na cura da doença o optimismo do doente, tomar bem conta do próprio e ficar em casa (factores pessoais).

O grupo operatório formal considera imprescindível ir ao médico e tomar os medicamentos que o médico manda (factores clínicos). Consideram menos importante ficar em casa, ter quem ajude e seguir as indicações dos pais/ família (factores sociais e pessoais).

Para recuperar de uma doença, comparando os dois grupos, verificamos que o grupo operatório concreto considera mais importante seguir as indicações dos adultos de quem se encontram dependentes, sobressaindo novamente o papel da dependência deste grupo (categoria social). O grupo operatório formal considera que a recuperação da doença depende de determinados comportamentos que o próprio deve adoptar, ou seja, a doença é um desafio que pode ser resolvido pelo próprio: ser optimista e tomar bem conta do próprio (categoria pessoal).

O grupo concreto e o grupo formal, na sua maioria, consideram que a responsabilidade sobre a saúde recai mais no próprio e menos na escola. Estes resultados não vão ao encontro das conclusões de Tomé (1990), que constatou que apenas 23,6% dos alunos do 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico consideram a responsabilidade da saúde no próprio.

No entanto, quando comparamos os resultados desta questão em ambos os grupos, verificamos que o grupo operatório concreto considera os pais/ família e serviços de saúde mais responsáveis pela saúde de cada um, comparativamente ao outro grupo, enquanto que o grupo operatório formal considera o próprio.

Relativamente aos comportamentos saudáveis, observamos que a maioria dos sujeitos considera ter uma alimentação saudável, tomam o pequeno-almoço todos os dias e têm um peso adequado. No entanto, verificamos que, no grupo operatório concreto, 8,5% consideram que não têm uma alimentação saudável, 2,4% nunca tomam o pequeno-almoço e 17,1% consideram ter um peso desadequado. No grupo operatório formal verificamos que 18,9% consideram que não têm uma alimentação saudável, 5,5% nunca tomam o pequeno-almoço e 24,4% consideram ter um peso desadequado.

Verificamos que grande parte da nossa amostra nunca fuma e não bebe, no entanto 0,6% dos sujeitos do grupo operatório concreto, com idades compreendidas entre os 10 e 12 anos fuma às vezes e 9,1% bebe esporadicamente. No grupo operatório formal 12,2% dos sujeitos deste grupo, com idades compreendidas entre os 14 e 16 anos fuma regularmente e 1,8% bebe regularmente.

Quando comparamos os comportamentos de saúde dos dois grupos, concluímos que o grupo operatório concreto considera ter uma alimentação mais saudável. O grupo operatório formal tem mais hábitos tabagistas e consumos de álcool. Podemos concluir que o grupo operatório concreto tem comportamentos mais saudáveis do que o grupo operatório formal, esta conclusão vai ao encontro de Mendoza, Batista-Foguet e Oliva (1986) que afirmam que crianças mais velhas revelam maiores índices de hábitos não saudáveis. Esta constatação sugere que o mesmo indivíduo pode mudar gradualmente o seu estilo de vida no curso da adolescência, sendo este um período de desenvolvimento de importantes mudanças e transformações.

Relativamente ao cuidado clínico, verificamos em ambos os grupos que a maioria vai ao médico porque estão doentes ou porque o mandam ou levam. A grande maioria vai ao médico regularmente.

Podemos concluir também que o grupo operatório concreto, comparativamente ao outro grupo, tem maior cuidado clínico com o próprio, indo mais frequentemente ao médico, porque o mandam. Verificamos novamente a importância do adulto de quem estão dependentes.

Podemos concluir que o grupo operatório concreto está mais dependente do adulto relativamente à saúde e doença, o grupo operatório formal é mais autónomo, no entanto apresenta menos comportamentos saudáveis e menor cuidado clínico. Desta forma, podemos afirmar que o grupo operatório formal, ainda que mais independente, investe menos na sua saúde. Talvez por essa razão verificamos que este grupo aceita melhor a sua doença.

Assistimos assim a uma maior responsabilização no outro, pelo grupo operatório concreto, na saúde e na doença, inclusivamente na causa da doença quando se referem à contaminação. No grupo operatório formal assistimos a uma descentralização no outro, realçando o papel dos factores psicossociais e do seu próprio comportamento (responsabilidade individual). Este grupo considera importante a funcionalidade do próprio e o facto de estarem informados cientificamente sobre o funcionamento do organismo. Consideram que as infecções são uma importante causa da doença.

Outro dado importante na nossa investigação refere-se à prevenção da doença. O grupo operatório concreto considera mais importante evitar determinados comportamentos, enquanto que o grupo operatório formal considera importante adoptar comportamentos que promovam a saúde do próprio. Assistimos a uma maior passividade por parte do grupo operatório concreto.

Após a realização do nosso estudo podemos concluir que há mudanças na concepção de saúde e doença, indo ao encontro dos estudos de Barrio (1988), e que a razão para essas encontram-se no desenvolvimento cognitivo.

Verificamos que ambos os grupos relacionam causas, sintomas e consequências no conceitos de saúde e doença. No entanto, o grupo operatório formal define estes conceitos de uma forma mais abstracta, relacionando estes diversos factores como um processo psicofisiológico. Os indivíduos do grupo operatório formal, da nossa amostra, tem uma compreensão mais completa e compreensiva das diversas partes da saúde e doença.

Assim podemos concluir que o técnico de saúde que comunica com o doente que se encontra no estágio operatório formal tendo apenas em conta sintomas, sinais e

doenças pode estar a negligenciar outro tipo de comunicações que pode ser mais importante para o doente, tendo em conta que em todas as questões subjacentes à saúde e doença os sujeitos referem sempre estados psicossociais. Como Bibace e Walsh (1980) parece-nos importante que um profissional de saúde trabalhe a partir do desenvolvimento cognitivo da criança em questão, para mais facilmente ir ao encontro da criança.

Outro dado importante é a maior dependência do grupo operatório concreto relativamente ao adulto. Verificamos que ao longo do desenvolvimento, os adolescentes começam por ser mais autónomos relativamente ao seu estado de saúde. No entanto, essa crescente autonomia não se reflecte numa crescente responsabilidade individual, visto que é no grupo operatório concreto que se verificam mais comportamentos saudáveis.

Estes resultados vêm sublinhar a necessidade de considerar as capacidades cognitivas num programa de educação para a saúde e não cair no erro de pensar que a transmissão de conhecimentos quer, obrigatoriamente, dizer compreensão. Esta estratégia de intervenção, foi motivada por Lieberman, Clarck, Krone, Orlandi e Wynder (1992) e Mendoza, Batista-Foguet e Oliva (1986).

Consideramos que esta metodologia é apropriada ao estudo dos conceitos de saúde e doença. No entanto, em estudos posteriores, poderá ser importante realizar uma investigação segundo as categorias, realizando-se um tratamento estatístico sobre as mesmas.

Parece-nos também importante que este tipo de investigação seja alargada a crianças portadoras de doenças crónicas e crianças portadoras de doenças terminais, visando a obtenção de dados que subsidiem a intervenção na área da psicologia da saúde.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia Educacional* (2ª Ed.) Braga: Psiquilíbrios.
- Bardin, L. (1994). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barrio, C. (1987). Las ideas infantiles sobre el proceso de la enfermedad. *Boletín del instituto de ciencias de la educación*, 9, 15-17
- Barrio, C. (1988). El desarrollo de la explicación de procesos biológicos: cómo entienden los niños la causa de una enfermedad y su curación. *Infancia y Aprendizaje*, 42, 81- 95.
- Bibace, R. & Walsh, M. (1980). Development of Children`s Concepts of Illness. *Pediatrics*, 66 (6), 912-917.
- Carden, N. (1986). The developmente of cognition and perception. In J. Coupe & J. Porter (Eds.), *The education os children with severe learnings difficulties* (pp. 101-127). Londres: Cloom Helm.
- Cole, M. (1996). *Desenvolvimento cognitivo e escolarização formal: a evidência da pesquisa transcultural*. In L. Moll (Ed.), *Vygotsky e a educação* (pp. 105-85). Porto Alegre: Artes médicas.
- Echabe, A. , Guillen, C. & Ozamiz, J. (1992). Representations of Health, Illness and Medicines: Coping strategies and Health-promoting Behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 339-349.
- Eiser, C., Eiser, J., & Lang, J. (1989). *Scripts in Children`s Reports of Medical Events*. *European Journal of Psychology of Education*, IV (3), 377-384.
- Eiser, C., Havermans, T. & Casas, R. (1993). Healthy children`s understanding of their blood: implications for explaining leukaemia to children. *British Journal of Educational Psychology*, 63, 528-537.

Eiser, C. (1997a). Childhood influences on health. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman & R. West (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (78-80). Cambridge University Press.

Eiser, C. (1997b). Children's perceptions of illness and death. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman & R. West (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (81-83). Cambridge University Press.

Enciclopédia 23. (1994). Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da moeda.

Fávero, M. & Salim, C. (1995). A relação entre os conceitos de saúde, doença e morte: utilização do desenho na coleta de dados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 11 (3), 181-191.

Garcia- Fernandez, M. & Peralbo- Uzquiano, M. (1999). *Desarrollo Cognitivo y Concepciones sobre la salud y la enfermedad*. Madrid: Nueva.

Ghiglione, R. (1992). *O Inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

Joyce-Moniz, L. & Reis, J. (1991). Desenvolvimento e dialéctica de significações de doença e confronto em psicologia da saúde. *Psychologica*, 6, 105-127.

Kalish, C. (1996). Causes and Symptoms in Preschoolers' Conceptions of Illness. *Child Development*, 67, 1647-1670.

Levy, M (1991). Humanização dos serviços de atendimento à criança. In *Humanizar o atendimento à criança* (pp. 13-39). Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Lewis, C. (1983). Decision making related to health. In G. Melton, G. Koocher, M. Saks (Eds.), *Children's competence to consent* (pp. 75-91). Nova Iorque: Plenum Press.

Lieberman, L., Clark, N., Kronr, K., Orlandi, M. & Wynder, E. (1992). The relationship between cognitive maturity and information about health problems among school age children. *Health Education Research*, 7 (3), 391-401.

Marchand, H. (1992). Em torno do operatório formal. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 28, 205-227.

Matta, I. (1998). Memórias e histórias: o papel da representação de experiências de vida no desenvolvimento cognitivo. In M. Martins (Ed.), *X Colóquio de psicologia e educação* (pp. 17-35). Lisboa: ISPA.

Maurice-Naville, D. & Montagero, J. (1992). The development of diachronic thinking: 8-12-year-old children's understanding of the evolution of forest disease. *British Journal of Developmental Psychology*, 10, 365-383.

McIntyre, T. (1994). Psicologia da saúde: unidade na diversidade. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde* (pp. 17- 32). Associação dos Psicólogos Portugueses.

Mendoza, R., Batista-Foguet, J. & Oliva, A. (1986). Lifestyles of European school-children: findings of the W.H.O. Cross- national study on health-related behaviour. In J. Coupe & J. Porter (Eds.), *The education os children with severe learnings difficulties* (pp. 8-19). Londres: Cloom Helm.

Millstein, S., Adler, N. & Irwin, C. (1981). Conceptions of Illness in Young Adolescents. *Pediatrics*, 68 (6), 834-839.

Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European journal of social psychology*, 18, 211-250

Pereira, O. (1985). *Psicologia social do desenvolvimento*. Lisboa: Livros horizonte.

Perrin, E. & Gerrity, S. (1981). There's a Demon in Your Belly: Children's Understanding of Illness. *Pediatrics*, 67 (6), 841-849.

Piaget, J. (1967). *O raciocínio na criança*. Rio de Janeiro: Editora record.

Piaget, J. & Inhelder, B (1993). *A psicologia da criança*. (O. Cajado, Trad.). Porto: Edições Asa. (Trabalho original publicado em 1966)

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.

Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in Thinking: Cognitive Development in Social Context*. Oxford.

Schmidt, L. (1997). Hospitalization in children. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman & R. West (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (81-83). Cambridge University Press.

Siegal, M. (1988). Children's Knowledge of contagion and contamination as causes of illness. *Child Development*, 59 (5), 1353-1359.

Stanton, W., Raja, S. & Langley, J. (1995). Stability in the structure of health locus of control among adolescents. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 279-287.

Tomé, M. (1990). Conceito de saúde: inquérito em três escolas. *Saúde e escola*, 9, 14-20

Vala, J. (1993). Representações sociais- para uma psicologia social do pensamento social. In J. Vala & M. Monteiro (Eds.), *Psicologia social* (pp. 353-384). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vygotsky, L. (1979). *Pensamento e linguagem*. Lisboa: Antídoto.

Woodgate, R. & Kristjanson, L. (1996). "My Hurts": Hospitalized Young Children's Perceptions of Acute Pain. *Qualitative Health Research*, 6 (2), 184-201.

Wright, S. (1986). Health-related quality of life: a critical review of the concept and its measurement. In J. Coupe & J. Porter (Eds.), *The education of children with severe learning difficulties* (pp. 163-169). Londres: Croom Helm.

ANEXO A

Prova Combinatória Jogo de Palavras

Idade -

Ano de Escolaridade -

Sexo - M F

Data de hoje -

JOGO DE PALAVRAS

Trata-se de colocar palavras em quadrados.

Por exemplo: podemos colocar de duas maneiras diferentes as letras S e N em dois quadrados.

S	N
---	---

N	S
---	---

De quantas maneiras diferentes achas que se podem colocar as três letras S, N, R em três quadrados?

Tenta escrever essas diferentes possibilidades de colocação nos quadrados que se seguem.

(Não te prendas ao número de séries de quadrados, pois não corresponde ao número total de arranjos possíveis).

S	N	R
---	---	---

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ESPERA PELO SINAL PARA VIRAR A PÁGINA

Escreve todas as maneiras diferentes de colocar as três letras A, E, I em três quadrados:

A	E	I
---	---	---

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

Escreve todas as maneiras diferentes de colocar as quatro letras A, E, I, O em quatro quadrados:

A	E	I	O
---	---	---	---

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

ANEXO B

Questionário sobre Representações de Saúde e Doença

Tens alguma doença?Não Sim

Se sim, qual? _____

O que é para ti ser saudável?

	Escolhe todas as respostas que consideres importantes	Escolhe as três respostas que consideres mais importantes
sentir-se sempre bem		
ter boa aparência		
ter doenças sem gravidade		
ter boas relações sociais		
ser capaz de fazer o que deseja		
não precisar de ir ao médico		
ter um corpo são		
ter doenças esporadicamente		
gostarmos de nós próprios		
ter capacidade para estudar/ desenvolver uma tarefa		
sentir-se emocionalmente bem		
não ter dores		
ter um corpo bonito		
manter corpo e mente em equilíbrio		
não ter doenças		
estar activo		
estar feliz		
ser observado pelo médico periodicamente		
poder gozar a vida		
sentir-se realizado		
sentir-se quase sempre bem		
não ter problemas mentais		
não se sentir limitado		
ter muitos músculos		
ter as doenças que todas as pessoas têm		
não ter preocupações		
ter um bom desempenho		

O que é para ti estar doente?

O que é para ti estar doente?	Escolhe todas as respostas que consideres importantes	Escolhe as três respostas que consideres mais importantes
ter dores		
sentirmo-nos fracos		
ter uma parte do corpo inchada		
ter uma doença crónica		
não gostarmos de nós		
sentir-se com preguiça		
tomar medicamentos		
ter borbulhas		
estar rabugento		
sentir-se quente		
estar irritável		
querer estar deitado		
estar magoado		
ter expectoração		
sentir-se inseguro		
não querer fazer nada		
ter dificuldades em respirar		
sentir enjoos		
estar mal-disposto		
ter as faculdades físicas diminuídas		
sentir-se sozinho		
não ter capacidade para fazer o que queremos		
ter tonturas		
ter uma doença aguda (curável)		
estar triste		
estar invalido		
ir ao médico		
ter as faculdades mentais diminuídas		
não nos sentirmos úteis		

Porque é que ficamos doentes?

	Escolhe todas as respostas que consideres importantes	Escolhe as três respostas que consideres mais importantes
estivemos perto de alguém que estava doente		
fizemos coisas erradas		
mau ambiente familiar		
impossível evitar		
quebra no equilíbrio entre corpo e mente		
excessos		
porque os meus pais/ família não me levam ao médico		
estivemos em contacto com sangue de outra pessoa		
falta de informação		
é normal		
para conseguirmos a atenção dos outros		
pouco exercício físico		
porque nunca vamos ao médico		
beijámos outra pessoa		
poluição ambiental		
temos a mania das doenças		
hábitos alimentares pouco cuidados		
não tomamos os medicamentos que o médico manda		
partilhámos objectos pessoais		
cansaço		
vícios		
não tomamos os medicamentos que os pais/ família mandam		
investimos pouco em nós próprios		
alterações genéticas		
doenças hereditárias		
pobreza		
depende da sorte		
distúrbios emocionais		
hábitos de higiene deficitários		
infecções		
stress		
culpa de outrem		
contrariamos as regras		
muita liberdade		
depende de Deus		
mau humor		
por descuido próprio		
tristeza		
germes		
más relações sociais		

Pedias para ficar em casa se te sentisses:

	Sempre	Às vezes	Nunca
com dores de dentes			
com dores de barriga			
com dores de ouvidos			
constipado			
com febre			
se te sentisses cansado			

Se tivesses que ficar em casa por estares doente, como te sentias?

(escolhe apenas uma resposta)

muito contente	
contente	
aborrecido	
muito aborrecido	

Pensas em ficar doente para poderes ficar em casa?

(escolhe apenas uma resposta)

muitas vezes	
às vezes	
nunca	

O que te preocupa quando estás doente?

	Escolhe todas as respostas que consideres importantes	Escolhe as três respostas que consideres mais importantes
não veres os teus amigos		
sentires-te mal		
atrasares-te na matéria escolar		
tomares medicamentos		
não saberes quando podes ficar melhor		
ter dores		
ter que ficar em casa		
ter que ir ao médico		
não conseguir fazer o que desejas		
incomodares outra pessoa		
sentires-te inútil		
teres de fazer exames		

No último mês sentiste:

	Sempre	Às vezes	Nunca
dores de barriga/ estômago			
dores de cabeça			
dores de costas			
outra _____			

O que podemos fazer para evitar ficar doentes?

O que podemos fazer para evitar ficar doentes?	Escolhe todas as respostas que consideres importantes	Escolhe as três respostas que consideres mais importantes
não estar perto de pessoas doentes		
viver no campo		
ser despreocupado		
dormir bem		
confiar no médico		
não partilhar objectos pessoais		
estar informado sobre o funcionamento do organismo		
ter protecção do adulto		
ter consciência do nosso estado de saúde		
ter um médico		
não tocar nos animais		
viver num bom ambiente		
evitar problemas		
ter uma alimentação saudável		
estar vacinado		
viver em segurança		
não ter a mania das doenças		
ter cuidado pessoal		
fazer exames médicos		
ter dinheiro		
ser compreendido		
ser responsável		
não dar beijos (às pessoas doentes)		
seguir as regras		
viver num ambiente higiénico		
ter bom humor		
ter sorte		
ter cuidado com o vestuário		
ser optimista		
não ser maltratado		
fazer análises		
tomar banho		
não tocar no sangue dos outros		
fazer o que os pais/ família mandam		
ser alegre		
beber água com frequência		
fazer o que o médico manda		
evitar contacto físico com os outros		
ir à escola		
ter bons amigos		
fazer ginástica regularmente		
ir regularmente ao médico		
não fumar		

O que podemos fazer para recuperar de uma doença?

	Escolhe todas as respostas que consideres importantes	Escolhe as três respostas que consideres mais importantes
ir ao médico		
ser optimista		
seguir as indicações dos pais/ família		
tomar bem conta do próprio		
tomar medicamentos		
ficar em casa		
fazer o que o médico diz		
ter quem ajude		

A tua saúde é: (escolhe apenas 1 resposta)

muito boa	
boa	
razoável	
má	

Quem deve ser responsável pela tua saúde: (resposta múltipla)

o próprio	
os pais/ família	
os serviços de saúde	
a escola	

O que fazes que possa melhorar a tua saúde?

Quantas horas dormes, em média, por dia? _____

Tomas o pequeno-almoço todos os dias? sempre às vezes nunca

Tens uma alimentação adequada? sim não

O teu peso é adequado tendo em conta a tua altura e sexo? sim não

Quantas horas por semana praticas exercício físico? _____

Fumas? regularmente às vezes nunca

Consumes bebidas alcoólicas? regularmente às vezes nunca

Com que frequência vais ao médico?

regularmente	
nunca	

Quando é que vais ao médico?

quando te sentes doente	
quando tens tempo	
quando te mandam ou levam	