

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

DM
SANT/C.1

Mestrado em Psicologia da Saúde

Os Conceitos de Saúde e Doença na Criança
Estudo Exploratório num Grupo de Crianças dos 6 aos 10 anos de Idade

Claudia Maria Cotta Guerra Vidal Pinheiro Leão Santos

Lisboa, Abril de 2005



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Centro de Documentação

Registo: 16668

Data: 7/6/06

Tel: 21 891 17 90 - bibliopa@ispa.pt

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da professora Doutora Isabel Pereira Leal, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde, conforme portaria nº107/97 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto "b" do nº2 do artº5 do dec. lei nº216/92 de 13 de Outubro

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Isabel Leal, o incentivo que me deu para realizar este mestrado.

À Dr^a Fernanda Alexandre, a paciência.

À minha família, que não me deixou desistir.

Aos meus amigos.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
I – FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	11
1 1. BREVE REVISÃO SOBRE A EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA.....	11
2.1. O Conceito de Saúde.....	11
2.2. O Conceito de Doença.....	13
2.3. A Relação entre Saúde e Doença.....	14
2.4. Qualidade de Vida e Bem-estar.....	16
2.5. As Representações de Saúde e Doença.....	17
2. PSICOLOGIA DA SAÚDE INFANTIL: OS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA NA CRIANÇA.....	24
2.1 Definição de Psicologia da Saúde Infantil.....	24
2.2. O Desenvolvimento dos Conceitos de Saúde e Doença na criança.....	27
2.3. Breve Revisão sobre o Desenvolvimento da Criança dos Sete aos Dez anos de Idade.....	33
II. MÉTODO.....	46
1. PARTICIPANTES.....	46
2. INSTRUMENTOS.....	71
3. PROCEDIMENTO.....	79
III. RESULTADOS.....	81
IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	95
V. CONCLUSÕES.....	107
VI. REFERÊNCIAS.....	110
ANEXO A.....	118
ANEXO B.....	120
ANEXO C.....	132
ANEXO D.....	134

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: <i>Distribuição das crianças por idades</i>	46
Tabela 2: <i>Distribuição das crianças por faixa etária</i>	47
Tabela 3 : <i>Distribuição das crianças por sexo</i>	47
Tabela 4: <i>Distribuição das crianças quanto ao início do percurso escolar</i>	47
Tabela 5: <i>Distribuição das crianças quanto à adaptação na escola</i>	48
Tabela 6: <i>Distribuição das crianças quanto ao ano de escolaridade</i>	48
Tabela 7: <i>Distribuição das crianças quanto às reprovações na escola</i>	48
Tabela 8: <i>Distribuição dos pais quanto à faixa etária</i>	49
Tabela 9: <i>Distribuição dos pais quanto ao nível socio-económico</i>	50
Tabela 10: <i>Distribuição dos pais quanto às habilitações literárias</i>	50
Tabela 11: <i>Distribuição dos pais quanto à situação profissional</i>	51
Tabela 12: <i>Distribuição dos pais quanto ao estado civil</i>	51
Tabela 13: <i>Distribuição das crianças quanto ao número de irmãos</i>	52
Tabela 14: <i>Distribuição dos irmãos quanto ao sexo</i>	52
Tabela 15: <i>Distribuição dos irmãos quanto à idade</i>	53
Tabela 16: <i>Distribuição das crianças quanto às pessoas com quem vive</i>	54
Tabela 17: <i>Doenças na família</i>	55
Tabela 18: <i>Familiares próximos com doença</i>	56
Tabela 19: <i>Familiarea com internamento</i>	57
Tabela 20: <i>Período de internamento de familiares próximos com doença</i>	58
Tabela 21: <i>Impacto do internamento do familiar próximo na criança</i>	59
Tabela 22: <i>Alteração do comportamento da criança após internamento do familiar próximo</i>	59
Tabela 23: <i>Alteração do comportamento da criança após internamento do familiar próximo</i>	60
Tabela 24: <i>Preocupação com o internamento</i>	60
Tabela 25: <i>Alteração do comportamento da criança após doença do familiar próximo</i>	61
Tabela 26: <i>Comportamento da criança após doença do familiar próximo</i>	62
Tabela 27: <i>Internamento hospitalar da criança</i>	63
Tabela 28: <i>Período de Internamento da criança</i>	63
Tabela 29: <i>A Doença na Criança</i>	64
Tabela 30: <i>Alteração do comportamento da criança após manifestação da doença</i>	65
Tabela 31: <i>Comportamento da criança após manifestação da doença</i>	65
Tabela 32: <i>Alteração do comportamento da criança após o internamento</i>	66
Tabela 33: <i>Comportamento da criança após manifestação da doença após internamento</i>	66
Tabela 34: <i>Quando a criança está doente fica em casa</i>	67
Tabela 35: <i>Período de tempo que a criança leva para retomar a vida normal</i>	67
Tabela 36: <i>Causa da doença na criança</i>	68
Tabela 37: <i>Familiar que acompanha a criança ao médico</i>	68

Tabela 38: <i>Familiar que cuida da criança doente</i>	69
Tabela 39: <i>A criança doente vai ao médico</i>	69
Tabela 40: <i>A criança doente não faz a vida habitual</i>	69
Tabela 41: <i>Saúde da criança após entrada na escola</i>	70
Tabela 42: <i>Comportamento da criança na escola</i>	70
Tabela 43: <i>A criança é saudável</i>	71
Tabela 44: <i>Conceito de Saúde</i>	83
Tabela 45: <i>Conceito de Doença</i>	89

RESUMO

Este trabalho tem como objectivo o estudo dos conceitos de saúde e doença num grupo de crianças em idade escolar. Foi elaborada uma entrevista directiva que foi aplicada a uma população de 192 criança saudáveis com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos de idade. A análise do material foi feita segundo a técnica de análise de conteúdo temática (Ghiglione e Matalon, 1993) e foram encontradas categorias temáticas tanto para a saúde como para a doença. Dos resultados obtidos, chegou-se á conclusão que a criança sabe mais sobre doença do que sobre saúde, apresentando mais variedade de categorias de doença relativamente às de saúde. Apesar de existirem categorias comuns aos dois conceitos, há categorias mais relacionadas com a saúde: bem-estar, comportamentos de protecção da saúde e saúde social- do que com a doença- identidade, sintoma e hospitalização. A dimensão emocional e física aparecem mais associadas à doença do que à saúde. A construção das ideias sobre saúde e doença, compreende dois processos, um que assenta em encontrar a definição do conceito pelo seu contrário, outro em que são utilizados os dois conceitos em simultâneo, partindo do mais conhecido para o menos conhecido. Parecem existir factores que influenciam este processo de construção como a idade, o desenvolvimento cognitivo, a informação adquirida e a experiência pessoal e familiar de doença. As dimensões de saúde e doença na criança parecem ser próximos das encontradas nos adultos.

Palavras chave: Conceito de saúde; conceito de doença; criança em idade escolar; construção de conceitos de saúde e doença; desenvolvimento cognitivo; experiência pessoal e familiar de doença.

ABSTRACT

This project has as aim to study the illness and health concepts in a group of school children. A directive interview was made to a population of 192 healthy children with ages between 6 and 10 years old. The material was treated according to the Thematic Content Analysis Technique (Ghiglione & Matalon, 1993), and thematic categories for both concepts were found. From the results of this interview it was concluded that children know more about illness than about health, being able to present more variability of illness categories than health ones. Despite the existence of common categories in both concepts, there are categories that are more related to health: well being; health protection behaviour; social health- than to illness-identity; symptom and interment. The emotional and physical dimensions are more connected to illness than health. The construction of both concepts involves two processes: one where the concept is defined through its contrary; another one where both are used simultaneously, from the better known to the less well known. It seems that factors like age, cognitive development, acquired information, personal and familiar experience of illness play an important role on this process of construction. Illness and health have, during childhood, the same dimension as they have during adulthood.

Key Words: health; illness; school children concepts construction; cognitive development; personal and familiar experience of illness.

INTRODUÇÃO

A definição dos conceitos de saúde e doença tem sofrido grandes modificações ao longo dos tempos. De uma visão que dá ênfase a questões meramente biomédicas evoluiu para uma visão mais alargada da saúde e doença abrangendo domínios como a saúde mental, social, ambiental, entre outros, visando uma visão ecológica da saúde. Estes aspectos aparecem juntos numa interacção sistémica que os torna interdependentes, resultando também de uma interacção complexa que constitui aspectos pessoais e ambientais tanto físicos como sociais, que se define por uma configuração de bem-estar, ou não, resultante de uma avaliação que o indivíduo faz de si próprio (Ribeiro, 1999).

Esta definição apresentada pelo autor, resume a tentativa de definir melhor os conceitos de saúde e doença, tentativa esta que corresponde à necessidade em trabalhar com os indivíduos saudáveis e/ou doentes (adultos, crianças e adolescentes) no âmbito da Psicologia da Saúde. A promoção e prevenção da saúde, para serem aplicadas, necessitam de uma vasta área de investigação que visa apurar conceitos e definir métodos de trabalho que permitam intervir sobre a saúde conduzindo, tal como refere Ribeiro (1999), à identificação de dimensões que podem ser conceptualizadas em programas para promover e prevenir a saúde dos indivíduos. Esta identificação de dimensões operacionalizáveis para trabalhar com indivíduos saudáveis, na área da saúde, passa pela definição dos conceitos de saúde e doença.

Os conceitos de saúde e doença têm sido objecto de várias investigações. Por exemplo, Lau (1995) tentou estudar sobre o que significa ser saudável para uma população de jovens adultos saudáveis e encontrou cinco dimensões relacionadas com a saúde: física (boa condição física, ter energia); psicológica (feliz, energético, sentir-se bem psicologicamente); comportamental (comer, dormir bem); consequências futuras (viver mais tempo) e ausência de doença (não estar doente, nenhuma doença, sem sintomas). No que diz respeito ao conceito de doença, as

respostas indicaram dimensões como: não se sentir normal; sintomas específicos (fisiológico e psicológico); doenças específicas (cancro, constipação, depressão); consequências da doença; dimensão temporal e ausência de saúde.

Também Leventhal e col. (1980) e Leventhal e Nerenz (1985), definiram conceito de doença como as crenças implícitas no senso comum que o paciente tem sobre as suas doenças e identificaram cinco dimensões: identidade (diagnóstico e sintoma da doença); causa (biológica ou psicossocial); tempo (duração da doença); consequência (física ou emocional) e cura/controle.

Outras investigações sobre as concepções de doença, no adulto, revelam que estas podem ser influenciadas pela percepção de sintomas (Baumann, Cameron, Zimmerman e Leventhal, 1989), por factores disposicionais tais como traços psicológicos e emocionais (Leventhal & Diefenbach, 1991), na decisão de procurar cuidados médicos (Lau, Bernarde e Hartman, 1989), na adopção de regimes médicos ou adesão ao tratamento (Bauman Leventhal, 1985) e na capacidade de cura em resposta ao tratamento (Leventhal e col., 1986; Taylor e col. 1984).

Da investigação sobre os conceitos de saúde e doença nos adultos, partiu-se para a investigação dos conceitos de saúde e doença nas crianças. Muitos destes estudos partiram do pressuposto de que o desenvolvimento cognitivo seria determinante para o desenvolvimento dos conceitos de saúde e doença na criança, que se distinguiriam dos adultos, e que obedeceriam aos mesmos princípios do desenvolvimento dos conceitos físicos e sociais, tal como foram definidos por Piaget (Bibace & Walsh, 1979; Perrin e Gerrity, 1981). Estas posições foram criticadas por Eiser (1997) uma vez que os conceitos de saúde e doença são influenciados por factores sociais e culturais, pelo que parece ser inadequado adoptar os mesmos métodos de estudo usados para estudar os conceitos físicos pela substituição do conceito tempo pelo conceito doença. Estudos de Goldman (1991) indicaram que as concepções de saúde e doença na criança são determinadas tanto pelo desenvolvimento cognitivo, bem como pelo confronto com as crenças e expectativas dos que lhes estão próximos. Assim, para além dos

factores de ordem maturativa (idade e desenvolvimento cognitivo da criança), factores como a informação adquirida e a experiência familiar de doença parecem contribuir para a construção das ideias de saúde e doença na criança. Também Eiser (1990), chegou à conclusão que crianças que tinham tido um membro da família hospitalizado durante uma semana ou mais, mostraram maior preocupação com as consequências sociais e pessoais da doença relativamente às crianças que não tinham passado por esta experiência. A experiência de doença pessoal resulta numa mais limitada e imatura compreensão da doença do que a experiência familiar de doença. Crianças com um familiar próximo doente, sobretudo pais, estão em melhores condições para desenvolver uma maior compreensão da doença e de desenvolver respostas mais empáticas com a doença. Carey (1985) vem acrescentar dados à investigação sobre o desenvolvimento dos processos cognitivos na criança através da demonstração de que a diferença fundamental acerca da compreensão de um conceito, entre adultos e crianças, é que aquela parte de uma base similar para uma base categorial e deve-se à experiência ligada ao aprofundamento e enriquecimento do conhecimento desse mesmo conceito, e somente desse conceito.

Deste modo, lança-se a principal questão de investigação que é de saber como é que a criança elabora e/ou organiza os conceitos de saúde e doença e quais serão os factores de influência na construção destes conceitos.

Trata-se de um estudo exploratório (Henry e Moscovici, 1968), o qual consiste em comparar os textos produzidos em situações particulares e correspondentes a ideias que queremos analisar, em que o quadro de análise não é fixado e colocamos em evidência as propriedades do texto; definem-se as diferenças, as semelhanças e as transformações que devem ser implantadas e procede-se a uma caracterização das ideias representadas.

Para levar a cabo esta investigação foi aplicada uma entrevista directiva a um grupo de 192 crianças saudáveis, em idade escolar (entre os 6 e os 10 anos). Foram lançadas duas questões: "O que significa, para ti uma pessoa com saúde?" e "O

que significa, para ti, uma pessoa doente”. As entrevistas foram analisadas segundo o método de análise de conteúdo temática (Ghiglione e Matalon, 1993), através do qual, pretendeu-se encontrar significações, ou conteúdos temáticos para os conceitos de saúde e doença. Após a análise do conteúdo temático das entrevistas das crianças, foram constituídas categorias temáticas referentes aos conceitos de saúde e doença e encontradas as percentagens de respostas para cada categoria temática.

A fim de elaborar uma caracterização exaustiva da população em estudo, no que diz respeito aos factores socio-demográficos da criança foi, simultaneamente, elaborado um questionário demográfico, o qual foi preenchido pelos pais.

Este estudo pode ser útil na medida em que pode contribuir para, mais uma vez, definir conceitos de saúde e doença na criança, na medida em que estas definições podem facilitar uma comunicação mais empática entre os técnicos de saúde e a criança, quer em procedimentos hospitalares, quer em campanhas de prevenção e promoção da saúde. Através da recolha de material verbal a partir das entrevistas realizadas às crianças, é possível elaborar listas de vocabulário infantil para a construção questionários como, por exemplo, a percepção de sintomas na criança.

I – FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1 Breve Revisão Sobre a Evolução dos Conceitos de Saúde e Doença

1.1. O Conceito de Saúde

O conceito de saúde varia consoante o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico, espelhando a variedade de contextos de experiência humana. A seguir à segunda guerra mundial a Organização Mundial de Saúde definia saúde como “o estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas ausência de doença ou incapacidade” (WHO, 1949).

Esta definição de saúde foi amplamente criticada, ou porque conceptualizava a saúde como um estado normativo, como um ideal que poderia ser abordado mas nunca atingido, ou porque o conceito ambíguo de saúde foi substituído pelo conceito ambíguo de bem-estar.

A Organização Mundial de Saúde expandiu e tornou mais objectivo o conceito de saúde definindo-a como “a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve. Saúde é vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não um objectivo de vida (WHO, 1986a); é um conceito positivo que põe o ênfase, tanto nos aspectos pessoais e sociais como nos aspectos físicos.

Ribeiro (1998) destaca que estas definições de saúde têm algumas características importantes. Mais concretamente, têm subjacente que:

- a) a saúde não é, apenas, ausência de doença;
- b) a saúde se manifesta nas áreas do bem-estar e da funcionalidade;
- c) a saúde se manifesta nos domínios mental, social e físico;

- d) os aspectos físico, mental e social, estão juntos numa coalescência sistémica que os torna interdependentes;
- e) a saúde resulta de uma interacção complexa entre o que constitui aspectos pessoais e ambientais tanto físicos como sociais;
- f) a saúde se define por uma configuração de bem estar resultante de uma auto-avaliação, da expressão de uma opinião pessoal acerca de si próprio.

Estas definições formais de saúde exprimem uma evolução da operacionalização do conceito. Em geral, a Saúde define-se pela positiva, no sentido em que se caracteriza pela presença de determinadas características ao invés de pela ausência de outras. A noção de Saúde implica para além do aumento da longevidade, melhor qualidade de vida.

A saúde pode ser vista como um objectivo por si ou como um meio. Um nível elevado de saúde pode disponibilizar mais energia para as actividades do dia-a-dia, sejam elas no âmbito do trabalho, da vida familiar, das relações sociais, das actividades de lazer, culturais ou outras, e permite fazê-lo durante mais tempo. Mais saúde poderá influenciar directamente toda experiência de vida, incluindo, tanto a percepção de bem-estar, essencial (por definição) para ter saúde, como o próprio estado de doença física. A Saúde pode ser, ainda, o primeiro determinante na susceptibilidade ou na resistência do indivíduo a uma miríade de elementos patogénicos que estão presentes em todo o lado e que afectam os organismos mais frágeis, ou seja, o estado de saúde pode ser considerado causa de doença, ou pode contribuir para a invulnerabilidade (Ribeiro, 1988)

A saúde inclui várias dimensões: umas subjectivas, outras objectivas. As primeiras têm a ver com o sentir-se bem, as segundas com a capacidade funcional (Terris, 1975). Por exemplo, O'Donnell (1989), defende que a saúde abrange cinco dimensões, cada uma delas incluindo várias áreas que devem coexistir equilibradamente. A saúde emocional que inclui a gestão do *stress*, e os cuidados com as crises emocionais; a saúde social abrangendo relações com amigos, família e comunidade; a saúde intelectual que abrange a educação, o desenvolvimento da

carreira e a realização intelectual; a saúde espiritual que abrange o amor, a esperança, a caridade, os objectivos de vida; a saúde física que abrange a condição física, a alimentação, os cuidados médicos e o controlo do abuso de substâncias.

Thoresen e Eagleston (1985), resumem do seguinte modo o que está implícito no conceito de saúde:

- 1) a saúde é o estado habitual dos indivíduos, e está subjacente à capacidade das pessoas implementarem acções de rotina, como por exemplo, comer, fazer exercício, relaxar, relacionar-se com os outros, etc.;
- 2) a saúde é mais do que a ausência objectiva de patologia fisiológicas específica;
- 3) a saúde existe num contínuo temporal dinâmico, flutuando em resposta adaptativa às exigências percebidas pelo indivíduo, tanto internas como externas que ocorrem ao longo do tempo;
- 4) a saúde não pode ser compreendida independentemente do contexto físico e social, sem ser como parte do equilíbrio ecológico;
- 5) a saúde envolve energia disponível para realizar determinadas tarefas com sucesso;
- 6) a saúde fica debilitada quando há insuficiente energia e/ou perícias para satisfazer as exigências da vida do dia-a-dia e para manter um sentimento de equilíbrio e de harmonia.

1.2. O Conceito de Doença

Segundo Ribeiro (1998), a identificação e definição do conceito de saúde ajudou a organizar e conceptualizar o conceito de doença. Dentro da concepção de doença podem-se identificar vários quadros que a língua portuguesa não diferencia. Por exemplo, a língua inglesa utiliza três termos, *disease*, *illness* e *sickness*- para identificar os diferentes quadros que em português se poderiam expressar como, ter uma doença, sentir-se doente e comportar-se como doente.

Doença no primeiro sentido - *disease* ou ter uma doença - pode ser visto como acontecimento biológico, caracterizado por mudanças anatómicas, fisiológicas bioquímicas, ou por uma sua combinação. Barondess (1979) estima que cerca de 50% dos contactos clínicos dos médicos resultam de queixas sem base biológica, tratando-se, normalmente, de pressão proveniente dos acontecimentos de vida do dia-a-dia, ou de reacções à percepção de ameaças simbólicas.

Doença no sentido -*sickness* ou comportar-se como doente- é vista como uma identidade social, um estatuto ou um papel assumido por pessoas que foram rotuladas como não saudáveis.

Um indivíduo pode pois, sentir-se doente – *illness* - e não ter doença nenhuma - *disease*. Da mesma forma que pode encontrar-se doente – *disease* - e aparentar boa saúde. Doenças como arteroesclerose, tuberculose, ou outras – *diseases* - podem ser identificadas em indivíduos aparentemente saudáveis em exames de rotina.

Todas estas noções têm implicações para a definição da noção de saúde, pois esta implica a noção de bem estar que é incompatível com a noção de mal estar, donde o termo *disease* deveria ser substituído por *illness*. Pois também pode acontecer um indivíduo ter bom índice de saúde e estar muito doente – *disease* . Esta discussão coloca a possibilidade de intervir simultaneamente na saúde e na doença e levanta outras discussões conceptuais como a qualidade de vida relacionada com a saúde (Ribeiro, 1998).

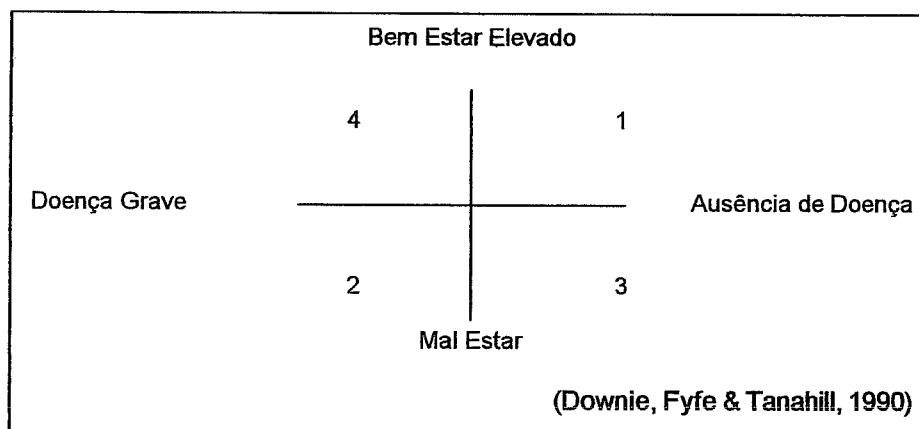
Assim, surge uma das questões mais importantes de intervenção na saúde dado que o aumento da esperança de vida pode implicar viver-se com uma doença.

1.3. A Relação entre Saúde e Doença

A relação entre saúde e doença também se tem modificado ao longo dos tempos. Terris (1975), fundamenta a ideia de que a relação entre saúde e doença pode ser representada por um eixo contínuo em que num extremo se situa a saúde óptima e no extremo oposto se situa a doença grave ou a morte.

Qualquer indivíduo se encontra situado entre estes dois eixos, a saúde tenderia a ser definida a partir da posição em que se encontra. A medicina tem focado a sua atenção no eixo esquerdo do modelo, intervindo na doença, com o objectivo de atingir uma posição neutral. Desenvolvimentos mais recentes têm proposto ajudar as pessoas a progredirem em direcção ao lado direito do eixo, em direcção à saúde óptima. A alternativa propõe cruzar um eixo vertical, bem estar elevado *versus* bem estar baixo, ou mal estar, com outro eixo horizontal, saúde *versus* doença. Estes dois eixos que representam um contínuo cruzam-se formando quatro quadrantes onde cada indivíduo se pode situar quanto à sua saúde, tal como se afigura a seguir:

1..1.1 Modelo de relação entre saúde e doença



Por exemplo, no quadrante 1, encontrar-se-ia um indivíduo sem nenhuma doença e bem-estar elevado; no quadrante 2, encontrar-se-ia um indivíduo com doença grave e com correspondente nível de mal-estar; no quadrante 3, encontrar-se-ia um indivíduo sem doença nenhuma mas que sentiria mal-estar; no quadrante 4, encontrar-se-ia um indivíduo com uma doença grave mas que sentiria bem-estar elevado (por ex., um indivíduo que tem uma doença que não foi detectada mas que pode ser detectada num exame de rotina) (Downie, Fyfe & Tanahill, 1990).

Este modelo mostra-nos que a fronteira entre saúde e doença não é clara, nem se trata de um conceito estático, tal como tende a considerá-lo a OMS.

1.4. Qualidade de Vida e Bem-estar

A par do desenvolvimento dos conceitos de saúde e doença aparece uma outra noção importante a qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida apareceu ligado ao bem-estar da população e apontava para indicadores sociais e ambientais tais como educação, individualidade, crescimento económico, saúde e bem-estar. Das investigações desenvolvidas neste domínio, a de Campbel, Converse e Rogers (1976) foi a mais importante na medida em que definiu padrões e investigou sobre qualidade de vida e sobre as suas componentes subjectivas. Chegaram a uma conclusão importante, é que a avaliação que um indivíduo faz de características, ou de atributos de um domínio particular, depende da sua percepção desses mesmos atributos por comparação com os seus padrões pessoais. Neste estudo são avaliadas doze dimensões: saúde, casamento, vida familiar, governo, amigos, habitação, emprego, comunidade, fé, actividades de lazer, situação financeira, e participação em organizações. Estes dados abrem novos caminhos para investigações futuras como a construção de modelos cognitivos sobre conceitos de saúde e doença.

Saúde, qualidade de vida e bem-estar são conceitos que se tornaram intimamente relacionados, o bem-estar é parte integrante da definição de saúde. Num estudo de Tessler e Mechanic (1978) a percepção do estado de saúde aparece relacionado com o estado de *stress* negativo, o que releva a importância da dimensão subjectiva na avaliação da saúde. Por outro lado, o estudo acima referido, chega à conclusão que a saúde é a variável que melhor explica a qualidade de vida (Campbel, Converse e Rogers, 1976).

Ribeiro (1994), defende uma relação diferente entre os conceitos em que a qualidade de vida é o objectivo e a saúde o objecto de intervenção, isto é,

intervindo sobre a saúde melhora-se a qualidade de vida. A saúde é assim entendida como um recurso pessoal para a vida quotidiana.

1.5. As Representações de Saúde e Doença

Vimos que a discussão dos conceitos de saúde e doença e sua relação levanta muitas questões importantes. Verificámos que a tentativa de definir saúde e doença passa não só pela identificação e definição das variáveis socioculturais, psicológicas, físicas e ambientais, mas também pela tentativa de definir o que a pessoa percebe, pensa sobre o que é saúde e doença, que significado tem a saúde e doença para o indivíduo.

Por exemplo, nos estudos de Lau (1995), sobre as representações da saúde numa população de adultos jovens e saudáveis, chegaram á conclusão que a saúde poderia ser compreendida dentro das seguintes dimensões: fisiológica/física (boa condição física, ter energia); psicológica (feliz, enérgico, sentir-se bem psicologicamente); comportamental (comer, dormir bem); consequências futuras (viver mais tempo); a ausência de doença (não estar doente, nenhuma doença, sem sintomas).

O autor chegou á conclusão que a maioria das pessoas demonstrava ter uma definição positiva da saúde (não só como ausência de doença) e incluía mais do que simples factores físicos. Sugeriu que a saúde é o estado normal da maioria das pessoas e representa o pano de fundo das crenças de saúde.

Nesta investigação, foram também estudadas as significações de doença e as respostas indicaram dimensões como: não se sentir normal (“não me estou a sentir bem”); sintomas específicos (fisiológicos/psicológicos); doenças específicas (cancro, constipação, depressão); consequências da doença (“não consigo fazer o que costumo fazer”); dimensão temporal (quanto tempo vão durar os sintomas); a ausência da doença (não se sentir saudável).

Leventhal e col. (Leventhal e col, 1980; Leventhal e Nerenz, 1985) definiram representações de doença como as crenças implícitas do senso comum que o

paciente tem sobre as suas doenças. Os autores sugeriram que estas representações proporcionavam aos pacientes o apoio a um esquema para: 1) coping; 2) compreender a sua doença e 3) permitir ao paciente ter certos cuidados no caso de adoecer.

Estes autores utilizaram entrevistas com pacientes que sofriam diversas doenças e identificaram cinco dimensões cognitivas de doença:

- Identidade, que se refere à etiqueta dada a uma doença (o diagnóstico médico) e aos sintomas sentidos, por ex.: "tenho uma constipação- diagnóstico- e o nariz está a pingar - sintoma"
- Causa percebida da doença: estas causas podem ser biológicas (vírus ou lesões) ou psicossociais (*stress* ou comportamentos ligados à saúde); os pacientes podem ter também representações de doença que reflectem modelos causais (por ex., "a minha constipação foi causada por um vírus"; ou "a minha constipação foi causada pelo cansaço")
- Dimensão temporal: refere-se á ideia que o paciente tem relativamente ao tempo que a doença vai durar, se vai ser de curta duração (uma doença aguda), ou se vai ser de longa duração (uma doença crónica) (por ex., "a minha constipação vais passar dentro de poucos dias")
- Consequência: referem-se às percepções dos pacientes acerca dos possíveis efeitos da sua doença nas suas vidas. Podem ser consequências físicas (dor, falta de mobilidade), emocionais (perda de contacto social, isolamento) ou uma combinação dos dois factores (" a minha constipação vai impedir-me de jogar futebol, o que vai impedir que eu esteja com os meus amigos")
- Cura e controlo da doença: os pacientes descrevem as doenças em termos de tratamento e cura e em que medida as consequências das doenças podem ser controladas, por eles próprios ou pelo médico (por ex., "se eu descansar, a minha constipação desaparecerá" ou "se eu tomar os medicamentos receitados pelo médico, a minha constipação desaparecerá").

Outro estudo de Lau e col.(1989), afirmaram que os sujeitos construíam grupos de categorias sobre afirmações que pudessem descrever a sua doença mais recente e chegaram à conclusão que essas categorias reflectiam as dimensões de identidade (diagnóstico e sintomas), das consequências (os possíveis efeitos), da dimensão temporal (quanto tempo irá durar), das causas (o que causou a doença) e a cura e/ou controle (como poderia ser tratada).

Num estudo, Bishop e Converse (1986), utilizaram dois protótipos de doenças. No primeiro, utilizaram seis sintomas para descrever as doenças, no segundo, utilizaram dois sintomas para as descrever. Verificaram que os indivíduos que utilizaram o primeiro protótipo conseguiam dar um nome á doença mais facilmente do que os indivíduos que utilizaram o segundo protótipo, pelo que a dimensão identidade desempenha um papel muito importante na representação da doença. Chegaram à conclusão que 91% das associações recaíam nas dimensões das representações de doença descritas por Leventhal e col., apesar de afirmarem que a dimensão consequências e a dimensão temporal eram as menos mencionadas.

Os indivíduos têm representações consistentes sobre a doença, o que os leva a atribuírem sentido à sua doença e os ajuda a perceber os sintomas em desenvolvimento. As representações de doença servem para analisar a relação entre a representação da doença e o seu comportamento de *copíng*, a partir da qual Leventhal (1997) desenvolveu o seu modelo de auto-regulação do comportamento de doença, mas também para entender as relações entre percepção da doença e procura de ajuda médica, adesão ao tratamento médico, analisar os processos intervenientes na consulta médica e na relação médico doente, e provavelmente ajudar a tornar mais eficazes as campanhas de promoção da saúde.

Do ponto de vista de Weinman (1997), o modelo de auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal (1997), é um modelo geral que unifica muitos destes temas e particularmente o da perspectiva do doente que é aquela que mais nos interessa.

Este modelo assume que perante uma mudança no estado de saúde do indivíduo este procurará resolvê-lo no sentido de restabelecer o seu estado de normalidade, já que ser saudável é o estado normal de um indivíduo. Leventhal considera que o indivíduo encontra naturalmente uma resolução de problemas, passando por três fases, as quais passamos a descrever:

- **Interpretação:** o indivíduo confronta-se com uma potencial doença através de duas fontes; percepção de sintomas (“tenho uma dor no peito”) ou mensagens sociais (“o médico fez um diagnóstico de angina de peito” e , de acordo com as teorias de resolução de problemas, a partir do momento em que o indivíduo recebe esta informação está motivado para restabelecer o estado de normalidade o que implica atribuir um sentido ao problema. Leventhal defende que o indivíduo atribui um sentido de acordo com as representações que possui acerca da doença e as mensagens sociais e os sintomas vão contribuir para o desenvolvimento dessas mesmas representações que serão construídas de acordo com as dimensões: identidade, causa, consequências, dimensão temporal, cura/controlo. A partir daqui, o indivíduo vai desenvolver e considerar estratégias de *coping* adequadas. A representação cognitiva não é a única consequência da percepção dos sintomas e das mensagens sociais. A identificação do problema de doença também acarreta mudanças no estado emocional. Por ex., perceber uma dor no peito e receber uma mensagem social de que esta pode indicar a existência de doença coronária, pode resultar em ansiedade. Desta forma as estratégias de *coping* terão de estar relacionadas tanto com as representações de doença como com o estado emocional do indivíduo.
- **Coping:** nesta fase o indivíduo desenvolve e identifica estratégias de *coping* adequadas. Foram definidas duas categorias de *coping* que incorporam muitas outras estratégias: *coping* de aproximação (por ex., tomar medicamentos, ir ao médico, descansar, falar com os amigos sobre as suas emoções) e *coping* de evitamento (por ex., negação e crença na realidade do desejo). As estratégias

de *coping* são desenvolvidas para o indivíduo restabelecer o seu estado de normalidade, de saúde.

- **Avaliação:** nesta fase é feita uma avaliação individual da eficácia da estratégia de *coping* e a resolução de continuar com essa estratégia ou encontrar outra estratégia alternativa

O modelo de auto-regulação sugere que estes três processos se inter-relacionam de um modo dinâmico e contínuo de modo a ocorrerem interações entre as três fases seguintes:

- A percepção de sintomas pode resultar numa mudança emocional exagerada que pode alterar essa mesma percepção (por ex., "sinto uma dor no peito, então fico ansioso e sinto ainda mais dor quando focalizo a minha atenção");
- Se o indivíduo negar o sintoma como estratégia de *coping*, o resultado pode ser uma redução de sintomas, uma diminuição de emoção negativa e consequente mudança na representação de doença (por ex., "esta dor não é muito forte - negação- agora sinto-me menos ansioso – emoção -, esta dor não vai durar para sempre - dimensão temporal- esta doença não vai ter quaisquer consequências no meu estilo de vida –consequências-);
- Uma avaliação positiva da eficácia da estratégia de *coping* utilizada pode ser, por si só, uma estratégia de *coping* (por ex., os meus sintomas parecem ter diminuído com os exercícios de relaxamento").

Moss-Morris (1997), realizaram um estudo para analisar a relação entre as representações de doença, *coping* e a adaptação psicológica nos indivíduos com o síndrome de fadiga crónica. O objectivo do estudo consistia em testar directamente os componentes do modelo de auto-regulação de Leventhal e analisar se o modo pelo qual o indivíduo dá sentido à doença (a sua representação de doença) e como lida com ela (as suas estratégias de *coping*) se relacionam com o seu nível de funcionamento (a medição dos resultados). Chegaram à conclusão que se verificava uma associação entre variáveis cognitivas (representação de doença e *coping*) e nível de funcionamento (adaptação psicológica, bem-estar e disfunção)

no síndrome de fadiga crónica. Os resultados apoiam o modelo de auto-regulação de Leventhal, pois as representações da doença apresentavam-se relacionadas com as estratégias de *coping* e com uma medida de resultados (nível de funcionamento). No entanto, devido à natureza transversal do delineamento experimental, não é possível afirmar se são as representações da doença que causam as mudanças nas estratégias de *coping* e nos resultados, ou vice-versa.

A interpretação dos sintomas é influenciada pela percepção de sintomas. Esta não se constitui como um processo linear. Pennebaker (1982) afirmou que existem diferenças individuais no nível de atenção que as pessoas dispensam aos seus estados internos. Desta forma, há indivíduos que estão mais atentos ao seu interior e mais sensíveis aos sintomas do que outros que estão mais atentos ao exterior e menos sensíveis às mudanças internas. Chegou à conclusão que os indivíduos mais atentos aos estados internos tendiam a sobrevalorizar as mudanças do ritmo cardíaco comparativamente aos indivíduos focalizados no exterior. Também demonstrou que o estar focalizado internamente estava relacionado com a percepção de uma recuperação mais lenta da doença.

Weinman (1990), faz uma revisão literária no sentido de compreender como é que a percepção de sintomas influenciam, por exemplo, a procura de ajuda nos cuidados de saúde. Começou por falar acerca da natureza e experiência de sintomas. Os sinais e interpretação de processos corporais envolvem uma quantidade de factores como: 1) Atenção focal: Atenção dirigida a um determinado estímulo envolvendo a focalização nos aspectos concretos da sensação, por exemplo, na dor crónica a focalização sensorial é utilizada para afastar os aspectos mais negativos do estímulo centrando-se nos aspectos mais positivos, resultando numa interpretação mais neutral da resposta; 2) Conhecimento e expectativas. O conhecimento contido nos esquemas de doença impõe significados internos e externos acerca dos fenómenos (Leventhal, Nerenz e Steele, 1984); 3) disposição e emoções. Segundo Leventhal e Diefenbach (1991), o conteúdo e activação dos esquemas de doença, podem também ser devido a factores tais como traços psicológicos e emocionais;

4) factores contextuais: a avaliação do sintoma é influenciado pela informação sobre a doença partilhada na rede social (Leventhal e Diefenbach, 1991).

Assim, de acordo com Weinman e Petrie (1997), a interpretação dos sintomas físicos envolve uma quantidade de processos perceptivo-cognitivos que estão sujeitos a influências psicológicas e sociais (Pennebaker, 1982; Cioffi, 1991). A experiência de um sintoma físico inicia uma pesquisa na memória activa e o indivíduo inicia um processo de comparação entre os estímulos correntes e o conhecimento concreto e abstracto contidos nos esquemas de doença pessoais. Estas estruturas cognitivas são a fonte de informação para a avaliação da necessidade de tratamento (Leventhal e col., 1997).

Bishop (1991), defende a existência de um protótipo de doença que o sujeito retira da memória a longo prazo: quando aparece um sintoma este é comparado com um protótipo de doença, se houver uma proximidade entre ambos é feita uma interpretação congruente do sintoma. Leventhal e Diefenbach (1991) discordam dizendo que a comparação não é feita através dos protótipos de doença mas através de episódios específicos de doença experimentados pelo próprio sujeito.

Em suma, o Modelo de auto-regulação (Leventhal e col., 1997) propõe que os indivíduos usam o conhecimento ou um esquema preexistente que conduz a determinada resposta de comportamento (por ex., decidir procurar ajuda médica; tomar uma medicação). A representação que um indivíduo faz de um problema de saúde (por ex., “esta dor de estômago é um problema temporário que resulta de uma situação específica como comer demais”) leva a um procedimento de *coping* (como não comer ou tomar um comprimido para a acidez) o qual será avaliado pelo seu efeito efectivo. Se o processo de avaliação conduz a uma apreciação de que o *coping* não funcionou, então outro procedimento de *coping* poderá ser seleccionado ou o indivíduo poderá mudar a apreciação acerca da natureza do problema (por ex., “esta dor de estômago não respondeu à medicação contra a indigestão, logo pode ser algo mais grave) conduzindo a uma outra resposta. O processo de auto-

regulação é assim um processo dinâmico no qual o indivíduo tenta preservar o sentido do *self* e resolver o seu problema de saúde.

A percepção dos sintomas influencia processos de *coping* em várias áreas da saúde como a procura de ajuda nos cuidados de saúde, relação médico-doente, adesão ao tratamento médico, coping com o diagnóstico, com uma crise de saúde, adaptação à doença física, etc.

2. Psicologia da Saúde Infantil: Os Conceitos de Saúde e Doença na Criança

2.1 Definição de Psicologia da Saúde Infantil

A expressão Psicologia da Saúde Infantil designa a área de investigação e intervenção relacionada com os aspectos psicológicos da saúde e das doenças das crianças (Melamed & Matthews, 1986; 1988).

A designação de Psicologia da Saúde Infantil, trata-se, segundo Trindade e Teixeira (1998), de uma expressão mais adequada do que Psicologia Pediátrica, na medida em que esta última não só subordina a delimitação do campo de investigação e da intervenção da Psicologia a uma especialidade médica (o que não contribui para a clara delimitação entre Psicologia e Medicina que é desejável acentuar), como se afigura muito redutora em relação aos diferentes factores comportamentais que podem influenciar a saúde e a doença das crianças.

De qualquer modo, a designação de Psicologia Pediátrica foi introduzida por Wright (1967) que pretendia definir o campo das actividades dos psicólogos nos serviços de saúde infantil, formalizado como uma nova área de intervenção. As características que vão marcar a orientação teórica e metodológica desta especialidade, e que se mantêm de grande actualidade são o reconhecimento da importância do desenvolvimento infantil, a colaboração com pediatras e outros

especialista médicos e a preocupação em desenvolver intervenções eficazes e breves (Barros, 1999).

Roberts, LaGreca e Harper (1988), definem Psicologia pediátrica como um campo interdisciplinar que tem como objectivo o âmbito completo das questões do desenvolvimento físico e mental, saúde e doença, que afectam as crianças, adolescentes e famílias. Inclui uma vasta gama de tópicos que exploram a relação entre o bem-estar físico e psíquico das crianças e adolescentes incluindo: a compreensão, a avaliação e a intervenção em situações de perturbação do desenvolvimento; a avaliação e o tratamento dos problemas e dos concomitantes comportamentais e emocionais da doença; a promoção da saúde e do desenvolvimento; e a prevenção da doença e dos acidentes nas crianças e jovens. Na opinião de Barros (1999), esta definição não é muito satisfatória, mas talvez seja necessário reconhecer que se trata da definição provisória possível num campo em grande evolução. Pelo menos tem o mérito de permitir estabelecer um consenso alargado entre profissionais com diversas formações de base, orientações metodológicas, e campos de intervenção. A principal vantagem é o reconhecimento de um domínio específico de investigação psicológica que visa a definição de metodologias de intervenção preventiva e remediativa na saúde global da criança e que ultrapassa os muros dos serviços de saúde para se estender a todos os contextos onde a criança vive e se desenvolve: a família, a creche, a escola e a comunidade.

As áreas mais relevantes da psicologia da saúde infantil são: 1) a promoção da saúde e prevenção; 2) confronto com procedimentos médicos indutores de stress e com a doença; 3) influência da família e saúde da criança; e 4) comportamentos de adesão (Trindade & Teixeira, 1998).

1) A Promoção da saúde e prevenção

A consideração dos aspectos psicológicos associados à promoção e manutenção da saúde das crianças exige que os programas de saúde incluam uma abordagem

ligada ao desenvolvimento, nomeadamente que investigue quais são e como é que se desenvolvem os conceitos que as crianças e os adolescentes têm sobre a saúde, a doença e a deficiência, e como é que essas representações se podem relacionar com as acções concretas que tenham por objectivo a promoção da saúde. No âmbito da promoção e manutenção da saúde é a educação para a saúde, enquanto resultado de influências (formais e informais) que colectivamente determinam o conhecimento, as crenças e o comportamento relacionado com a promoção, manutenção da saúde dos indivíduos e da comunidade. As áreas a seleccionar deverão relacionar-se com as fases do ciclo de vida- infância, adolescência- e podem incluir: educação alimentar e promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de exercício regular, prevenção de consumo de substâncias (tabaco, álcool, drogas), prevenção de acidentes de viação e de acidentes domésticos e educação sexual.

2) Confronto com procedimentos médicos indutores de *stress* e com a doença:

O estudo dos processos de confronto (*coping*) das crianças, quer com procedimentos médicos de diagnóstico/tratamento indutores de *stress*, quer com a doença e a incapacidade, exige a sua consideração em relação com o desenvolvimento psicológico, na vertente da criança saudável e na vertente da criança doente, em particular com doença crónica e/ou incapacitante. Exige, também, a consideração da interacção desses processos de confronto dos próprios pais. Importa investigar como é que as crianças de diferentes idades e os adolescentes se confrontam com o *stress* associado a problemas de saúde e doença, quais são os factores pessoais e relacionais que influenciam o impacte psicológico de procedimentos médicos indutores de *stress* e, também, se existem ou não, diferentes estratégias de confronto com o *stress* que sejam específicas de certas fases do desenvolvimento, nomeadamente que possam influenciar os comportamentos de saúde nas doenças crónicas. Neste particular, pode ser também muito produtiva a investigação centrada nas representações de doença.

3) Influência da família na saúde das crianças:

As relações entre factores familiares e a saúde das crianças e dos adolescentes constituem uma área específica da psicologia da saúde infantil, nomeadamente porque vários aspectos do (dis)funcionamento familiar podem ter impacte significativo sobre o seu estado de saúde e bem-estar psicológico, desde a promoção da saúde até aos processos de adaptação à doença e à deficiência e aos comportamentos de adesão aos tratamentos médicos. Neste aspecto, devem merecer a atenção dos psicólogos: os factores familiares que podem influenciar os comportamentos de saúde das crianças e dos adolescentes, em particular os relacionados com os comportamentos alimentares, o exercício físico, o consumo de substâncias e a prevenção de acidentes; impacte de mudanças do funcionamento familiar na saúde das crianças, em particular em situações de divórcio, famílias monoparentais, etc.; influência da doença ou deficiência das crianças no funcionamento familiar, designadamente a relacionada com a prestação de cuidados de longa duração.

4) Comportamentos de adesão:

A abordagem que pode ser aqui específica da psicologia da saúde infantil é a investigação sobre os processos do desenvolvimento psicológico que podem influenciar os comportamentos de adesão em saúde, quer nas doenças agudas quer nas doenças crónicas das crianças e dos adolescentes. Lugar de relevo deve ter também, o estudo das estratégias de influência e da eficácia de técnicas psicológicas que, sendo usadas pelos técnicos de saúde, possam influenciar positivamente a adesão a comportamentos protectores da saúde, consultas de rastreio, regimes alimentares específicos, exames de controlo e programas de autocuidados, bem como a tratamentos medicamentosos.

2.2. O Desenvolvimento dos Conceitos de Saúde e Doença na criança

Não será possível avançar na investigação na área da saúde infantil se não tivermos em conta a criança e o seu desenvolvimento físico e psicológico, o seu ambiente familiar e social, se não tivermos em conta as suas especificidades quer em relação ao desenvolvimento, quer em relação às diferenças individuais, se não quisermos correr o risco de extrapolarmos para a criança aquilo que se encontrou, até agora, nos adultos. As representações da saúde e doença na criança constitui-se como um tema de investigação fundamental, quer se trabalhe na área da prevenção da saúde, quer se trate da área da doença (doença crónica) ou na área da adesão ao tratamento, ou ainda na área de educação, prevenção e promoção da saúde.

A par da valorização da compreensão dos conceitos de saúde e doença na criança, surgiu também a valorização da fase do desenvolvimento em que esta se encontra (Bibace & Walsh, 1979, Natapoff, 1978; Perrin & Gerrity, 1981) sendo que esta é fundamental para a vivência e confronto (*coping*) com a doença (Roberts, Maddux & Wrigth, 1982).

Barros (1999) sublinha que ajudar a controlar a ansiedade e dor provocada pela hospitalização ou por tratamentos evasivos na criança não pode ser uma mera adaptação das técnicas utilizadas pelos adultos.

Muitos destes trabalhos têm em conta a compreensão da doença e seu tratamento com base apenas na dimensão cognitiva (causalidade da doença), e determinado pelo nível de desenvolvimento cognitivo (Piaget, 1968), o qual é frequentemente associado á idade da criança.

Um estudo de Simeonson e col. (1993), sobre o desenvolvimento do conceito de causalidade da doença num grupo de crianças hospitalizadas, mostra que o desenvolvimento conceptual sobre a causalidade da doença está relacionado com a idade e o estadio de desenvolvimento em que esta se encontra.

Estudos (Goldman, Whitney-Saltiel, Granger & Rodin, 1991) chamam a atenção para o facto de as concepções de saúde e doença na criança, à semelhança dos

adultos, serem multidimensionais e determinadas tanto pelo desenvolvimento cognitivo, como pela interpretação da experiência e confronto com as crenças e expectativas dos que lhes estão próximos (familiares). Chegaram à conclusão que existem cinco dimensões de doença na criança: identidade, consequência, duração, causa e cura, apesar de os conteúdos serem menos informados e amadurecidos do que nos adultos. Verificaram, também, que a criança tinha dificuldade em perceber que podia participar no processo de prevenção da doença, mas o mesmo não se verificou em relação à sua cura. Concluíram que os processos maturativos desempenham um papel importante nas representações da criança, mas também que a variabilidade e desenvolvimento dos conceitos de saúde apontam para o importante papel da informação adquirida.

Eiser e col. (1990), relatam uma investigação sobre os efeitos da experiência pessoal e familiar nas crenças, preocupações e comportamentos de saúde na criança chegando á conclusão que as criança que tiveram um membro da família hospitalizado por um período superior a uma semana, mostraram maior preocupação sobre as consequências sociais e pessoais da doença.

Barros (1996) considera fundamental estudar a significações pessoais sobre saúde e doença na criança, sendo que significações são actividades de interpretação ou explicação da realidade que “equivalem a construções mentais que se produzem de forma ordenada e inclusiva de todo o desenvolvimento” (Joyce-Moniz, 1993, pág. 53, citado por Barros, 1996); são pois construções subjectivas, isto é, um processo cognitivo e emocionalmente activo.

A autora acrescenta que interessa estudar a componente cognitiva e emocional, atender às experiências pessoais de saúde e doença bem como as crenças e atitudes expressas pelo meio familiar e cultural próximo. Mas também, é necessário ter em atenção as diferenças entre crianças do mesmo nível etário e de desenvolvimento, e ter em conta as diferenças de nível de significação expressas pela mesma criança em situações diferentes (Barros, 1999).

A noção de que o desenvolvimento cognitivo da criança determina a construção dos fenómenos de saúde, doença e morte, necessariamente diferente da dos adultos, e de que esta obedece aos mesmos princípios de desenvolvimento da compreensão dos fenómenos do mundo físico e social tal como foram definidos por Piaget (1936), levou ao aparecimento de estudos sobre os conceitos de saúde e doença na criança segundo esta mesma perspectiva (Bibace & Walsh, 1979, Simeonson, Whitt, 1982).

Estes autores defendem que os conceitos de saúde e doença se organizam do concreto para o abstracto, do particular para o geral, do mais rígido para o flexível, do perceptivo para o racional, tal como se apresentam a seguir (Barros, 1996):

1. **Estádio pré-operatório (entre os dois e os sete anos de idade):** as significações sobre a realidade dos sintomas apoiam-se na percepção sensorial, tal como o que se vê, ouve cheira, sente (uma ferida sangrenta é certamente mais grave que um problema intestinal que provoca dores moderadas). Os sintomas tendem a ser descritos de forma indiferenciada e global, categórica e apoiando-se em atribuições de tudo ou nada (a saúde é não ter dores nem febre). Todos os fenómenos têm uma causa próxima, evidente, e provavelmente auto-provocada. A dor ou a doença é um processo que vitimiza o sujeito, havendo poucas possibilidades de alterar o sofrimento daí decorrente.
2. **Estádio das operações concretas (entre os sete e os onze anos de idade):** a emergência de uma causalidade objectiva e racional permite atender a fenómenos ou explicações mais complexos e menos directamente perceptíveis, assim como compreender uma gradação no nível de dor ou de gravidade da doença. Existe uma maior diferenciação entre o real e o imaginário. A criança começa a aceitar uma perspectiva mais objectiva sobre as causas das doença, e a perceber a possibilidade de que os seus actos possam contribuir para diminuir o sofrimento ou facilitar o processo de cura (se não olhar a injeção não dói tanto; se conseguir ficar quieta, a fractura do osso cura mais depressa).

3. Estádio das operações formais (a partir dos onze anos de idade): existe uma progressiva capacidade para compreender os processos internos do organismo e para atender a uma maior complexidade no processo de adoecer e no de curar. O jovem pode progressivamente entender melhor o papel do organismo e dos processos psicológicos, e aderir a metodologias mais sofisticadas de controle da dor, e de aceitação dos limites impostos pela doença. A libertação do concreto permite uma exploração mais extensiva dos processos de confronto e resolução de problemas, recorrendo ao pensamento hipotético, e à crescente capacidade de abstracção.

No entanto, estes trabalhos têm sido criticados pois a saúde e doença são conceitos social e culturalmente definidos e como tal parece inadequado adoptar métodos de estudo usados para estudar conceitos físicos pela simples substituição do conceito tempo pela palavra doença (Eiser, 1997).

A mesma autora, defende que o que importa é que a informação transmitida possa ser bem tolerada pela criança, bem como o conteúdo dessa informação possa ser adequado. Tanto as crianças saudáveis como as crianças doentes devem estar bem informadas sobre a doença. Segundo Claffin & Barbarin (1991), as crianças com maior adaptação à doença foram aquelas a que foram melhor informadas sobre a doença no diagnóstico, ou aquelas a quem o diagnóstico foi dado aos seis anos de idade. A informação pobre ou inadequada pode não só prejudicar a criança doente, como causar dificuldades aos familiares saudáveis. Os pais estão muitas vezes preocupados com o que se passa com o seu filho doente e não encontram maneira de informar os outros familiares sobre a doença. Muitas vezes, preocupam-se em esconder a informação sobre a doença afim de afectar o menos possível os irmãos saudáveis, não se apercebendo que, entre outros problemas, estes acabam por se sentir excluídos do problema e da vida familiar. Assim, os pais ocupam um lugar privilegiado no desenvolvimento das atitudes e crenças sobre saúde e doença (Gochman, 1985).

Carey (1985) apresenta uma teoria cognitiva da mudança conceptual que defende que as ideias de saúde e doença na criança pré-escolar são definidas por advertências dos adultos. Ao longo da primeira infância há uma grande evolução no sentido de uma maior compreensão do papel do corpo humano e a sua função na manutenção da vida. A autora argumenta que a compreensão sobre o corpo e a saúde muda de uma perspectiva humanista (“tu comes porque a mãe diz que é hora do jantar”) para uma perspectiva biológica (“tu comes para manter o teu corpo forte e bom”). A autora defende que a mudança conceptual assenta na experiência individual que leva a uma base de conhecimento mais rica; a criança pequena utiliza o pensamento com base na “similaridade”, ao passo que a criança mais velha utiliza o pensamento com base “categorial”, havendo um desenvolvimento mais rico de um determinado conceito. O desenvolvimento da base de compreensão e definição de um conceito é o resultado do enriquecimento da base de conhecimento sobre um determinado domínio e só nesse domínio.

Segundo Eiser (1997), com as mudanças de método e a preocupação de documentar o conhecimento e a verdadeira compreensão em lugar da má interpretação das concepções, a mensagem tem sido consistente de que a criança tem mais consciência e maior *insight* em praticamente todos os domínios do conhecimento. Não parece haver dúvida de que o conceito de doença na criança se desenvolve de forma sistemática, mas não é certo que esta compreensão se processe de forma puramente cognitiva, pois existem provas de haver diferenças individuais ao nível da aquisição da compreensão.

Por exemplo, a teoria aprendizagem social tem tido uma grande influência na área da motivação para a saúde, não só na investigação mas também na abordagem central da intervenção. Questões como os auto-cuidados e adesão ao tratamento mostram-se relevantes para conceitos que derivam da teoria de aprendizagem social como Locus de Controle, a qual se relaciona com a expectativa geral de resultados. Por exemplo, aqueles que têm uma orientação de um locus de controle interno, acreditam que o seu próprio comportamento determina o resultado,

enquanto que aqueles que têm uma orientação externa acreditam que os resultados dependem da sorte.

Outros trabalhos sugerem que podem existir outras variáveis envolvidas e a relação entre elas pode não ser assim tão simples como se supunha. Por exemplo, Bandura (1977), expõe a intervenção de outra variável como a auto-eficácia. Os indivíduos podem sentir-se responsáveis pela sua saúde, locus de controle interno, mas ao mesmo tempo aperceberem-se como sendo incapazes de desenvolver actividades necessárias, baixa auto-eficácia, para manter a sua saúde.

Havermans e Eiser (1991), compararam o locus de controlo e a auto-eficácia num grupo de crianças saudáveis e num grupo de crianças com diabetes. As crianças com diabetes mostraram mais crenças de locus de controle interno comparativamente às crianças saudáveis. No entanto, houve poucas diferenças entre os dois grupos ao nível da auto-eficácia. De facto, as crianças saudáveis eram mais confiantes na sua aptidão para levar a cabo tarefas do que as crianças com diabetes. Assim, apesar das crianças com diabetes reconhecerem o seu papel nos auto-cuidados (alto locus de controle interno) eram menos confiantes na sua capacidade para tomar conta da sua saúde (baixa auto-eficácia). No que diz respeito às intervenções, seria importante reforçar a auto-confiança da criança e crenças nas suas próprias capacidades e competências, tal como fornecer informação sobre o que devem fazer.

Apesar do enorme trabalho com adultos, muito pouco se sabe sobre como é que a criança e o jovem percebem os seus riscos. A percepção de vulnerabilidade é outra variável importante em termos de diferenças individuais. Este conceito de "egocentrismo adolescente" leva a pensar que os jovens estão mais susceptíveis aos riscos do que os seu pais e vêem-se como menos vulneráveis. Assim, parece haver uma maior necessidade de integrar a percepção dos jovens em programas de educação para a saúde. Parece haver dados que sugerem que a percepção de risco pode ser um importante contributo para comportamentos de risco.

2.3. Breve Revisão sobre o Desenvolvimento da Criança dos Sete aos Dez anos de Idade

Eric Reyner (1978), trata a esta fase do desenvolvimento infantil, a fase da latência, como a fase do autodomínio dos sentimentos edipianos e da preparação para a escola. Chama a atenção para que se comparamos entre um grupo de crianças de três ou quatro anos e um grupo de crianças de seis anos, notamos que as mais novas estão cheias de uma actividade ávida, mas são facilmente dadas às lágrimas e têm de ser acarinhadas. No grupo mais velho, por outro lado, ainda mostram sinais de vivacidade assim como de lágrimas, mas uma actividade subtil, erecta, é visível na sua postura. É como se mantivesse a cabeça mais erguida e observassem o mundo de um ponto de vista desapaixonado, mas ainda interessado. Esta dignidade, que envolve inibição, não só manifesta o desejo que a criança tem de integrar experiências mais vastas mas é também um sinal de que é capaz de estar sozinha, longe do conforto da mãe e do seu corpo.

Ir para a escola significa não só apenas que vai estar separada da casa, é também uma viagem a novos padrões de cultura. Há a cultura da aula, presidida pelo professor. A criança também encontra e é levada a relacionar-se com muitas outras crianças, que vieram de culturas diferentes das suas próprias famílias.

Se observarmos melhor a criança desta idade, notamos que a criança observa com distância o mundo à sua volta. Esta postura é muito semelhante àquela que a criança tem visto os pais tomarem quando querem ser protectores, desapaixonados e cuidadosos. É a marca da boa parentalidade. A criança encontra uma identificação com os pais que são agora sentidos menos como gigantes misteriosos e mais como seres humanos completos, normais, falíveis e interessantes.

Esta adopção da postura parental, pelo uso da identificação, permite à criança ser menos levada a saltar ou dividir-se entre um impulso e outro. Também lhe permite precisar menos de conforto imediato, quando está angustiada. Ajuda a criança a

resolver, pelo menos de momento, a sua propensão para os amores e ódios intensos que a ligam aos pais.

Em particular, notamos que na fase anterior, os amores e os ódios acumulados em relação aos pais tendem a focar-se em fantasias genitais em relação a estes, e que estas, especialmente, têm uma qualidade confusa e urgente. Agora, com esta dignidade distanciada, ajudada pela identificação com os pais, a criança possui alguns meios, embora ténues, de resolver estes conflitos.

As formas de resolução parcial de ligações infantis edípianas com os pais são múltiplas. Cada criança tem o seu próprio padrão de amores e ódios pelos pais, derivado das suas experiências pessoais com eles. Mas também a organização da identificação para encontrar a sua dignidade e sair desses conflitos é pessoal e idiossincrática. Cada criança “escolhe” diferentes aspectos dos pais com que se identifica ou rejeita. A forma de resolução deve depender não só do tipo de primeiras experiências e das atitudes continuadas dos pais mas também das pressões exercidas sobre a criança pelo ambiente exterior à casa.

Ferreira (1993), explica o significado dinâmico da latência como concepção psicanalítica. Foi Freud (1905) que o introduz nos três ensaios sobre a sexualidade. Freud refere-se à sexualidade humana distinguindo dois grandes períodos evolutivos: um tempo infantil dos 0 aos 5,5 anos-6 anos, dominado pela escolha de objecto sexual infantil, escolha esta que é nítida e manifesta a partir dos 2 anos e meio 3 anos, e um segundo tempo, que se inicia na puberdade, caracterizado por uma segunda escolha de objecto após a renúncia ao primeiro objecto de amor (edípiano) e que vai marcar o início da vida sexual adulta. Estes dois tempos da evolução sexual são separados por um período que Fliess denominou de latência sexual.

Em toda a obra de Freud há inúmeras referências à latência, mas é na obra já referida que ele a caracteriza: “é no período de latência total ou parcial que se constituem as forças psíquicas que mais tarde farão obstáculo às pulsões sexuais e, à semelhança de diques, vão limitar a sua evolução (desagrado, pudor,

aspirações morais e estéticas)”; “perante a criança nascida numa sociedade civilizada tem-se o sentimento de que esses diques são obra da educação, e certamente que a educação e o meio cultural dão o seu contributo, mas a evolução é fixada pelo organismo e condicionada pela hereditariedade. No período de latência as tendências sexuais são desviadas do seu uso próprio e aplicadas a fins diferentes, processo a que se dá o nome de sublimação, um dos pilares em que assenta a civilização”.

De um modo genérico, a latência significa um esforço de consolidação do Eu infantil- a luta pela maturidade, pela coerência e coesão do mundo interior. Na criança de 6 anos, esperamos ver uma certa maturação do Eu, uma coerência no seu funcionamento, o sentimento de estar bem consigo própria e com os outros, podendo tirar prazer na relação com crianças e adultos em casa e na escola.

A curiosidade desloca-se dos alvos iniciais dependentes da sexualidade infantil (origem de si próprio, cena primitiva, etc.) para a descoberta de outros mundos, outros amores e outros valores para além do espaço da casa da família e seus personagens. Alargamentos dos limites do mundo e do interesse em conhecê-lo mas também das novas experiências de amar “outros” e, de modo diferente, passando da sensualidade infantil (ainda de nível edipiano) para sentimentos de ternura, na expressão dos afectos.

Saber agora, não como nascem os bebés, mas as plantas, as flores, os animais, o que há “dentro” da terra, como é esta mãe-natureza. A maturidade dos processos intelectuais é agora compatível com aquisições progressivas do sentido do real, da acuidade perceptiva, da capacidade de abstracção e de raciocínio lógico. O predomínio do pensamento secundário (lógico) permite uma melhor capacidade de fazer juízos críticos de situações e das representações de si próprio e dos outros.

Todo o período da latência vai reforçar a identidade sexual, através de novas experiências relacionais, novos tipos de conflitualidade-confronto com professores-pais, colegas-irmãos, numa sequência que deve confirmar a criança no poder do seu próprio sexo, nas escolhas afectivas e na capacidade de pensar.

Também Denis (1995) se refere ao período da latência como um período em que assistimos a uma reorganização dos conflitos, a uma reorganização dos processos defensivos e da relação de objecto.

O autor refere-se a Freud e releva a importância do recalçamento neste período. Este recalçamento efectua-se de maneira complexa e atinge a elaboração dos interesses da criança, das suas condutas e os seus traços de carácter. É geralmente encorajado pelo meio que deliberadamente ou inconscientemente contribui para este processo.

Denis (1995), refere também à importância dos trabalhos de Borstein (1953) sobre o período da latência: o período da latência começa com a resolução parcial do complexo de Édipo, resolução esta que conduz, através dos objectos edipianos, ao estabelecimento do Super-Eu. A partir deste momento, o Eu deve observar as exigências das pulsões e do mundo externo, mas sobretudo das exigências do Super-Eu.

Segundo a autora há que distinguir dois períodos dentro do período de latência, o primeiro dos 5 aos 8 anos de idade, o segundo, dos 8 aos 10 anos de idade. O que há de comum é o rigor do Super-Eu na avaliação dos desejos incestuosos, um rigor que encontra a sua expressão na luta contra a masturbação; podemos descrever, tal como refere Becker (1974), as diferenças entre estes dois períodos:

- No primeiro período da latência, os mecanismos de auto-regulação são novos e pouco fiáveis. O super-Eu é rigoroso e ineficaz pelo que observamos regressões temporárias a pulsões pré-genitais como linha de defesa contra os desejos incestuosos. É contra esta regressão pré-genital ao voierismo, sugar no dedo, e à analidade que as formações reactivas sobrevêm e marcam a formação do carácter. A ambivalência crescida que acompanha esta regressão pré-genital manifesta-se numa luta da criança entre a revolta e a obediência. A excessiva severidade do Super-Eu expõe a criança a uma nova vivência do sofrimento psíquico, a culpabilidade, que vai procurar a evitar de duas formas: pela identificação ao agressor e projectando a culpabilidade

- No segundo período da latência, as defesas contra as pulsões são mais fiáveis. O Super-Eu é menos rigoroso, o Eu é mais forte. A criança dos 8 aos 10 anos de idade está satisfeita consigo própria e com o mundo á sua volta

O Período de latência aparece como um terreno importante no desenvolvimento, como uma espécie de patamar identificatório diante do qual as principais linhas de desenvolvimento do Eu tendem a fixar-se.

Para além das actividades escolares propriamente ditas, as crianças deste período jogam, entregam-se ao sonho, manipulam o material cultural, lêem e vêem televisão. O jogo simbólico da criança desaparece para ser substituído por jogos de equipa. As actividades psicomotoras ganham um espaço importante: Jogos de acção, captura, do berlinda, saltar à corda, etc. Os jogos sexuais, frequentes, são de carácter privado e neste sentido escapam à observação dos adultos e têm lugar entre um pequeno número de crianças que se excluem de boa vontade para se livrarem afim de se livrarem deles.

A multiplicidade de mecanismos em jogo neste período da latência é muito grande e uma simples actividade da criança desta idade apresenta uma combinação de prazeres directos e derivados, corporais e mentais, de inibições e de descargas que podemos encontrar, por exemplo, nos jogos que implicam uma actividade motora. Assim, Kapland (1965), insiste sobre a necessidade das actividades psicomotoras ritmadas para o desenvolvimento do Eu nestas idades, actividades motoras através das quais se fazem uma descarga de tensões pulsionais (jogos ritmados, saltar à corda, etc.).

No que respeita á diferença de sexos e de gerações, a rapariga encontra-se numa situação particular de verdade: a diferença de sexos para a criança estabelece-se entre os adultos por um lado, e as crianças por outro lado. A rapariga e o rapaz são a este respeito igualmente castrados. No entanto, segundo o autor, o pénis do rapaz constitui uma "pequena diferença que será um objecto de investimento narcísico no rapaz e um objecto de inveja na rapariga. O rapaz atribui uma espécie de valor fetiche que visa a negar a sua própria castração em relação aos adultos. A

existência do pénis oferece uma via particular de elaboração da sua incompletude relativamente aos adultos. Privada deste elemento, a rapariga encontra-se perante uma situação mais frustrante, abrindo vias de elaboração muito mais polimorfas: relativa negação da sua castração, expectativa de que apareça o pénis, investimento fálico das produções anais, deslocamento sobre desejos infantis, negação da sua imaturidade sexual feminina e comportamento de sedução hiperfeminino, etc. Este grande polimorfismo de fantasmas possíveis podem representar uma vantagem no sentido de uma grande dificuldade de integrar as posições fálicas.

Para Denis (1995) há uma espécie de primado de desconhecimento da vagina na rapariga: uma concepção puramente anal das relações sexuais que a colocam em igualdade com a sua mãe na presença do pai, o fantasma de penetração anal torna-se no fantasma central do projecto edipiano: uma actividade hiper-sedutora da rapariga pode ser subentendido por um fantasma desta ordem. A rapariga evoluirá de uma adesão ao ideal de rapaz da sua idade, em estilo “rapaz defeituoso” e uma recusa de total castração em relação à mãe, ou a analidade joga um papel de ordem fetiche que o pénis assegura no rapaz. A ausência de suporte anatómico a um tipo privilegiado de fantasma está na origem de uma grande diversidade de carácter que se encontra na rapariga e na mulher adulta.

O autor defende que o período de latência sucede à destruição do complexo de Édipo enquanto projecto e corresponde à sua assunção como sistema simbólico. Trata-se de um período muito intenso de elaboração mental, de enriquecimento fantasmático, tendo como corolário o enriquecimento dos sistemas relacionais. O trabalho de elaboração mental que se desenvolve neste período em relação ao Édipo é em certa medida comparável ao movimento de elaboração desenrolado pela frustração que comporta a situação psicanalítica no adulto.

Kramer e Rudolph (1991), referem que o crescimento físico nesta fase prossegue para uma fase de equilíbrio, sem o rápido crescimento em peso e altura que se verifica até aos 6 anos de idade. Características físicas familiares e determinados

tipos de actividade tornam-se mais evidentes. A criança torna-se mais adaptada em termos de coordenação muscular fina e grossa. Ao longo da latência, em cada etapa do desenvolvimento, as raparigas tornam-se mais maduras mais cedo do que os rapazes. No entanto, o desenvolvimento de cada criança é individual; não só é difícil como impossível e injusto fazer comparações com outras crianças da mesma idade. Pais e crianças devem estar alertados para as diferenças de padrões de crescimento das várias partes do corpo.

O cérebro cresce muito inicialmente muito rapidamente, especialmente na infância, tal como é esperado pelo rápido desenvolvimento cognitivo, funções sensoriais e aptidões motoras. O crescimento cerebral torna-se mais lento pelos 6 anos de idade e está quase completo pelos 12 anos de idade. O desenvolvimento do sistema linfático é muito pronunciado durante a latência, havendo posteriormente um decréscimo. Os órgãos genitais crescem relativamente pouco até ao final da latência, quando o crescimento se torna mais rápido.

O desenvolvimento sexual é descrito separadamente para o rapaz e para a rapariga. Nesta última, os órgãos genitais estão menos acessíveis à vista e ao tacto e conseqüentemente, excepto o clitóris e os lábios, os genitais permanecem num relativo mistério. A masturbação na latência normalmente não envolve o uso de objectos estranhos na vagina, existindo uma variedade de actividades que servem de descarga da excitação sexual bem como a agressiva.

Por um lado, as actividades de descarga sexual são combinadas com movimentos de todo o corpo, tais como, saltar à corda, ginástica, mata, equitação e dança. Por outro lado, existem outras actividades que excitam mais o clitóris tais como o escorrega, roçar-se contra objectos rígidos e, menos frequentemente, a manipulação manual do clitóris causando excitação e orgasmo, mesmo em raparigas mais novas (Kestenberg, 1957).

Os factores que fazem diminuir ou mesmo parar a masturbação são para alguns a grande intensidade destas experiências que se constituem como uma perda transitória dos limites do Eu que se torna tão ameaçador que resulta na inibição da

masturbação. A culpabilidade que surge das fantasias masturbatórias sadomasoquistas ou fantasias de matriz erótica também limita a masturbação. Ambos os sexos são influenciados pelas atitudes parentais actuais, ambos temem o castigo, por ex., a castração do rapaz ou a culpabilidade. Na rapariga, em particular, teme a não aceitação, perda de amor e de auto-estima.

Em contraste com a rapariga, os rapazes encontram mais situações que promovem a masturbação manual, grande parte devido à acessibilidade visual e táctil do pénis. Mostram o mesmo espectro masturbatório das raparigas, a partir de todo o movimento do corpo até às fantasias simbólicas, incluindo as sadomasoquistas. Estudos recentes apontam para a hipótese que os rapazes satisfazem mais frequentemente a masturbação genital do que as raparigas. Tal como as raparigas, os rapazes também ficam perturbados pela intensidade do fenómeno orgástico, donde a masturbação é inibida. Devido ao grande investimento narcísico do pénis, a ansiedade de castração conjuntamente com a ténue ameaça pelos adultos suprime a masturbação. As formas patológicas alternativas de conduzir as descargas são semelhantes nos rapazes e raparigas: a regressão para modos mais infantis de gratificação. A inibição total é patogénica (A. Freud, 1948).

Uma mudança distinta ocorre no desenvolvimento cognitivo durante a latência. Os estudos de Piaget (1936) mostram que pelos 7 anos de idade os processos pré-operatórios são gradualmente substituídos pelos das operações concretas. No modo de funcionamento pré-operatório, as crianças (2 aos 7 anos de idade) tendem a focar-se numa visão limitada ou numa simples dimensão de uma dada situação, ao que Piaget (1936) chama de "Centração". A criança das operações concretas (dos 7 aos 10 anos de idade) "descentra", isto é, têm em conta vários factores ou dimensões do problema antes de chegarem a uma conclusão. A criança pré-operatória concentra-se no aspecto estático em vez de na transformação dinâmica. A criança das operações concretas pode formar imagens de transformações das matérias. Enquanto que no pensamento da criança pré-operatória falta-lhe a reversibilidade, na criança das operações concretas os processos de reversibilidade

no seu pensamento. O autor concebe três aspectos do pensamento diferentes na criança pré-operatória e operatória, respectivamente: centração-descentração, estático-dinâmico, irreversibilidade-reversibilidade.

O autor postula que o crescimento cognitivo é o resultado de dois processos: desenvolvimento e aprendizagem. O autor defende que o mais importante é o desenvolvimento, o qual depende da maturação, experiência, transmissão social e equilíbrio (processos de auto-regulação da criança). Através da equilíbrio a criança forma uma nova estrutura de operações mentais, uma forma de aprendizagem que é estável e duradoura. A aprendizagem no sentido restrito (respostas restritas a uma situação específica) não conduz a um aumento apreciável do desenvolvimento, tal aprendizagem é demasiado instável, não é permanente e susceptível de ser generalizada.

Sarnoff (1976), divide o desenvolvimento cognitivo da latência em estadios precoces, medianos e tardios. Defende que a latência como estadio é caracterizado por tranquilidade, flexibilidade e educabilidade e é atingido quando as exigências e proibições da sociedade são interiorizadas através de identificações (introjecções) com os pais (tal como eles são e tal como eles são percebidos pela criança).

Também Schechter e Combrinck-Graham (1991), descrevem contribuições analíticas e não-analíticas para a compreensão do desenvolvimento da criança da latência tais como factores de temperamento, dados psicobiológicos, identidade de género, desenvolvimento cognitivo, estilos de adaptação e coping, desenvolvimento físico e compreensão psicanalítica. De entre estes factores analisados pelos referidos autores, destacamos aqui a importância dos trabalhos de Piaget (1932) e Kohlberg (1967), que dão conta da capacidade crescente da criança avaliar o *self*, os outros e o contexto social que está em relação íntima com uma consciência moral desenvolvida durante esta fase. Assim, Piaget (1932) e Kohlberg (1967), descrevem o desenvolvimento gradual da moralidade como um processo maturativo combinado com uma experiência social. Piaget e o seu estudo clássico de rapazes a jogarem ao berlimde demonstra como as crianças das diversas idades

lidam com as regras. Crianças entre os 7 e 8 anos de idade, têm um grande respeito pelas regras. Mais tarde, as crianças começam a compreender o espírito das regras e as negociações começam a suscitar mais interesse do que o jogo em si.

Kohlberg (1967), defende que cada estadio se constrói a partir de um anterior ocorrendo uma sequência variável. Quer a maturação, quer a experiência são necessárias para este desenvolvimento. O autor refere que, no entanto, as pessoas não passam inevitavelmente por todos os estadios, o que depende de normas culturais e expectativas tais como de outros factores. Os indivíduos podem não atingir o estadio pós-convencional mas podem ser membros bem adaptadas socialmente.

O estadio convencional do desenvolvimento moral, é o primeiro estadio no qual o indivíduo regista no seu raciocínio moral os efeitos da sua relação com a sociedade. No primeiro sub-estadio, o indivíduo está preocupado com a aceitação dos outros e define o seu comportamento como bom ou mau de acordo com estes. Cada um ganha a sua aprovação ao ser uma “boa pessoa”. No segundo sub-estadio, o indivíduo responde à “lei e ordem” da sociedade, com uma interpretação das regras de uma forma rígida, e está interessado em manter a ordem social para seu próprio benefício.

As tarefas cognitivas das crianças entre os 7 e os 10 anos de idade são das mais excitantes deste período e promovem a ferramenta necessária para os ajustes necessários à socialização e aptidões académicas. Piaget e col. (1954) descreveram o maior movimento do desenvolvimento cognitivo: de pré-operatório, associativo, das regras e da lógica egocêntrica para do estadio operatório, concreto, com a sua lógica dirigida aos objectos e situações mas apesar de tudo susceptível de ser transferido de uma situação para outra. Ainda que algumas crianças desenvolvam conceitos mais sofisticados mais cedo do que outras, não há dúvida que a maior parte do desenvolvimentos das operações concretas ocorrem entre os 7 e os 10 anos de idade.

As duas maiores realizações das operações concretas são a classificação e conservação. Em suma, a classificação é a capacidade de formar categorias, conservação é a capacidade para conceber semelhanças dentro de diferenças aparentes. Ao realizar que a criança começa com uma forma de pensamento idiossincrático e associativo, podemos verificar que o desenvolvimento desta aptidão requer um processo gradual. Na conservação, por exemplo, a criança começa por ter uma posição de “concentração”, isto é, a capacidade de se focar numa única propriedade de cada vez. Por exemplo, se uma criança olha para a densidade de um grupo de objectos não pode, em simultâneo, tomar em consideração a extensão de espaço que estes ocupam. Num período de transição, a criança pode considerar estes aspectos alternadamente mas não em simultâneo. Apenas quando atinge a conservação de uma determinada propriedade particular pode considerar dois factores em simultâneo e verificar que as mudanças num factor pode ser compensado pela mudança noutro factor.

Vale a pena pensar como estas aptidões são fundamentais para a aprendizagem escolar, nestas idades. Quer a prática da leitura ou classificação de palavras através de um determinado som (por exemplo, cão, pão, etc.). A criança em idade escolar espera aprender como ligar as coisas, usando para isso, outras dimensões para além de uma história que possa ligar as palavras (por, ex., o rato roeu a rolha da garrafa do rei da Rússia). No primeiro e segundo anos de escolaridade, a criança aprende a subtrair, o qual, frequentemente é feito por memorização sendo mais tarde feito através da reversibilidade. É fácil ensinar uma criança a fazer estes cálculos de cor ou a ler palavras que já leu muitas vezes, mas não é possível fazê-lo se se aplicar a uma situação diferente daquela que já aprendeu. Para isso, é necessário saber como se realizam determinadas tarefas para o que é necessário utilizar as operações que acabamos de descrever. Assim, o sucesso escolar da criança nos últimos anos desta fase necessita de um desenvolvimento cognitivo adequado. Pelos 10 anos de idade, muitas crianças estão preparadas para iniciar as operações formais. Minuchin (1977), dá o exemplo de nestas crianças haver

uma capacidade de considerar alternativas, para além de considerar que para o mesmo problema podem existir várias soluções.

Desenvolvimentos posteriores levados a cabo por Carey (1985), trouxeram alguma luz sobre a investigação sobre a mudança conceptual na infância. A autora levou a cabo uma investigação sobre o desenvolvimento sobre o conceito de animação na criança. Carey demonstrou que a criança pequena pensa que os macacos e os cães são seres vivos porque são visualmente semelhantes às pessoas. A autora defende que a criança tem uma base de conhecimento pobre relacionada com o conceito animação e, portanto, utiliza uma base pensamento "similar". As crianças mais velhas (e os adultos) têm uma base de conhecimento mais rica, chamada base de pensamento "categorial": uma ferramenta mais exacta e poderosa do que a primeira. A criança mais velha (10 anos de idade), desenvolve uma compreensão e conceptualização mais profundas de animação, por exemplo, para "ser vivo" deve ser uma entidade biológica. Esta compreensão conceptual é construída através de anos de experiência e conseqüentemente através de um enriquecimento do conhecimento de base. A autora conclui que o desenvolvimento da base de compreensão para definição de um conceito é o resultado do enriquecimento do conhecimento de base nesse domínio e somente nesse domínio (ex. animação). Assim, a transição da base "similar" para a base "categorial" ocorre em tempos diferentes para conceitos diferentes, de tal modo que um adulto pode utilizar uma base similar de pensamento se tiver uma base de conhecimento pobre de um determinado conceito. Mas, o mais importante é salientar que a experiência é a principal causa da diferença entre a criança e o adulto como estratégia para a resolução de problemas.

II. Método

1. Participantes

A população em estudo é constituída por um grupo de 192 crianças que frequentava os Ateliers de Tempos Livres (ATL's) da Santa Casa da Misericórdia de Oeiras, com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos de idade. Os três ATL's situam-se no concelho de Oeiras, nomeadamente, nas freguesias de Algés, Vila Fria e Carnaxide. As crianças frequentavam a escola da rede pública das mesmas freguesias, entre o 1º e os 4º anos do ensino básico.

As crianças da nossa amostra estão em idade escolar, a média de idades é de 7,4 anos de idade e a maioria das crianças encontra-se na faixa etária até aos 8 anos de idade (exclusive) (59,4%). A Percentagem de crianças do sexo masculino (48,5%) é aproximada da percentagem do sexo feminino (51,1%). As tabelas seguintes resumem os dados referidos.

Tabela 1
Distribuição das crianças por idades

Idades	Frequência	Percentagem
5	2	1,0
6	48	25,0
7	64	33,3
8	38	19,8
9	32	16,7
10	6	3,1
11	2	1,0
Total	192	100,0

Tabela 2
Distribuição das crianças por faixa etária

Faixa Etária	Frequência	Porcentagem
< 8	114	59,4
>=8	78	40,6
Total	192	100,0

Tabela 3
Distribuição das crianças por sexo

Sexo	Frequência	%
Feminino	52	51,5
Masculino	49	48,5
Total	101	100,0

A maioria das crianças da nossa amostra iniciou a vida escolar na creche e/ou jardim de infância (76,%), e fez uma boa adaptação à creche e/ou jardim de infância (89,7%), bem como à escola (95,3%). A maioria das crianças frequenta o 2º ano de escolaridade (33,3%), ou o 1º ano de escolaridade (26,6%), e não tem reprovações (88,5%). As tabelas seguintes resumem os dados apresentados.

Tabela 4
Distribuição das crianças quanto ao início do percurso escolar

Entrada na Escola	Frequência	%
Casa	40	20,8
Creche/Jardim Infância	146	76,0
Não Responde	6	3,1
Total	192	100,0

Tabela 5
Distribuição das crianças quanto à adaptação na escola

Adaptação	Creche e/ou jardim infantil		Escola primária	
	Frequência	%	Frequência	%
Não	0	0	15	10,3
Sim	192	100	131	89,7
Total	192	100	146	100,0

Tabela 6
Distribuição das crianças quanto ao ano de escolaridade

Ano escolaridade	Frequência	%
1	51	26,6
2	64	33,3
3	38	19,8
4	39	20,3
Total	192	100,0

Tabela 7
Distribuição das crianças quanto às reprovações na escola

Reprovações	Frequência	%
Não	170	88,5
Não responde	12	6,3
Sim	10	5,2
Total	192	100,0

Quanto aos pais das crianças da nossa amostra, encontramos uma média de idade do pai de 38,4 anos. A maioria dos pais situam-se na faixa etária entre os 35 e 45

anos de idade (47,4%), enquanto que as mães têm idade média de 35,8 anos de idade. A maioria das mães situa-se na faixa etária entre os 35 e 45 anos de idade (53,2%). As tabelas seguintes resumem os dados apresentados.

Tabela 8
Distribuição dos pais quanto à faixa etária

Faixa etária	Mãe		Pai	
	Frequência	%	Frequência	%
<=25	2	1,0	0	0
>25 e <=35	81	42,2	62	32,3
>35 e <=45	99	51,6	91	47,4
>45	4	2,1	24	12,5
Total	186	96,9	177	92,2
NR	6	3,1	15	7,8
Total	192	100,0	192	100,0

De acordo com a classificação de Almeida (1988), encontramos 61,4% dos pais com nível socio-económico médio e com habilitações correspondentes ao curso secundário quer no pai (35,6%), quer na mãe (32,7%). A maioria dos pais estão no activo, 86,1% de pai(s) e 85,1% de mães, havendo 5% de mães desempregadas, 3% de baixa e 1% na reforma. Os dados apresentados estão resumidos nas seguintes tabelas.

Tabela 9
Distribuição dos pais quanto ao nível socio-económico

Nível socio-económico	Mãe		Pai	
	Frequência	%	Frequência	%
Baixo	26	25,7	17	16,8
Elevado	11	10,9	12	11,9
Médio	59	58,4	62	61,4
Não Responde	5	5,0	10	9,9
Total	101	100,0	101	100,0

Tabela 10
Distribuição dos pais quanto às habilitações literárias

Habilitações literárias	Mãe		Pai	
	Frequência	%	Frequência	%
Básico	8	7,9	9	8,9
Complementar	31	30,7	34	33,7
Secundário	33	32,7	36	35,6
Superior	23	22,8	14	13,9
Total	95	94,1	93	92,1
NR	6	5,9	8	7,9
Total	101	100,0	101	100,0

Tabela 11
Distribuição dos pais quanto à situação profissional

Habilitações literárias	Mãe		Pai	
	Frequência	%	Frequência	%
Activo	86	85,1	87	86,1
Baixa	3	3,0	0	0
Desempregado	5	5,0	2	2,0
Reformado	1	1,0	1	1,0
Total	95	94,1	90	89,1
NR	6	5,9	11	10,9
Total	101	100	101	100

A maioria dos pais da nossa amostra são casados (73,3%), sendo 10,9% de divorciados, 5,9% separados, 6,9% solteiros e 3,% viúvos (faleceram 3% de pai(s) e 1% de mães), 5% de mães e 6,9% de pai(s) voltaram a casar. As tabelas seguintes resumem os dados apresentados.

Tabela 12
Distribuição dos pais quanto ao estado civil

Estado civil	Frequência	%
Casados	74	73,3
Divorciados	11	10,9
Separados	6	5,9
Solteiros	7	6,9
Viúvo	3	3,0
Total	101	100,0

A maioria das crianças da nossa amostra tem apenas um irmão (52,6%) sendo quase tantos do sexo masculino (51%) como de sexo feminino (47,5%). Os irmãos são predominantemente mais novos (com idades inferiores a 6 anos) (53%), relativamente aos mais velhos (47%) (idades superiores aos 6 anos). Menos frequentes são as fratrias com dois irmãos (16,7%) ou com três irmãos (1,6%) ou ainda quatro irmãos (1%). Existem 28,1% de filhos únicos. As tabelas seguintes resumem os resultados apresentados.

Tabela 13
Distribuição das crianças quanto ao número de irmãos

Imãos	Frequência	%
0	54	28,1
1	101	52,6
2	32	16,7
3	3	1,6
4	2	1,0
Total	192	100,0

Tabela 14
Distribuição dos irmãos quanto ao sexo

Sexo	Frequência	%
F	48	47,5
NR	2	2,0
M	51	50,5
Total	101	100,0

Tabela 15
Distribuição dos irmãos quanto à idade

Idade	Frequência	%
0	5	5,0
1	11	10,9
2	8	7,9
3	9	8,9
4	10	9,9
5	6	5,9
6	4	4,0
7	6	5,9
10	4	4,0
11	5	5,0
12	2	2,0
13	4	4,0
14	5	5,0
15	4	4,0
16	7	6,9
17	3	3,0
18	1	1,0
19	2	2,0
20	1	1,0
21	2	2,0
26	1	1,0
Total	100	99,0
NR	1	1,0
Total	101	100,0

A maioria das crianças da nossa amostra vive com a família nuclear (FN): os pais e/ou irmãos (91,1%). Muito poucas crianças vivem com a família alargada (FA): os pais, avós e irmãos (6,9%). Verificou-se a existência de dois casos de crianças que vivem em instituição. A tabela seguinte resume os dados referidos.

Tabela 16
Distribuição das crianças quanto às pessoas com quem vive

Com quem vive	Frequência	%
Família alargada	7	6,9
Internato	2	2,0
Família Nuclear	92	91,1
Total	101	100,0

A maioria dos pais da nossa amostra refere que existem doenças na família (84,9%). Verificámos que a maior percentagem de doenças na família vai para as doenças cardiovasculares (39,6%) e doenças neoplásicas (30,2%). Em terceiro lugar aparecem as doenças do aparelho respiratório (25%) e em quarto lugar as doenças de ouvidos, nariz e garganta (21,9%). (ver Tabela 17). Houve pais que referiram que não existiam doenças na família (15,1%).

Na maior parte das famílias com doença (84,9%), existe um familiar próximo com doença (95,1%) (ver Tabela 18), considerando que familiar próximo se trata de mãe, pai, irmão e avós. Dos casos de familiar próximo com doença, ocorreram, na sua maioria situações de internamento hospitalar (74,1%). Dentro dos familiares próximos com doença sujeitos a internamento hospitalar registaram-se uma maioria de casos de avós internados (81,4%), seguido de mães internadas (18,6%), e igual Percentagem de pai(s) (9,3%) e irmãos (9,3%) com internamento (ver Tabela 19).

Tabela 17
Doenças na Família

	Sim	Não	Não Sabe
Doenças Cardiovasculares	46%	54%	0%
Doenças do Aparelho Respiratório	29%	71%	0%
Doenças Gastro-Intestinais	19%	81%	0%
Doenças do Fígado, Vias Biliares e Pâncreas	18%	82%	0%
Doenças do Aparelho Genital-Urinário	5%	95%	0%
Doenças do Aparelho Osteo-Articular	10%	90%	0%
Doenças de Pele	12%	88%	0%
Doenças do Sistema Nervoso/Psiquiátricas	19%	81%	0%
Doenças do Sangue	3%	97%	0%
Doenças do Sistema Endócrino	6%	94%	0%
Doenças do Sistema Imunológico	1%	99%	0%
Doenças do Metabolismo	2%	98%	0%
Doenças de Olhos	20%	80%	0%
Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta	26%	74%	0%
Doenças dos Dentes e Cavidade Oral	6%	95%	0%
Doenças Infecciosas	3%	98%	0%
Doenças Neoplásicas	36%	64%	1%
Doenças Congénitas	4%	96%	0%
Doenças Hereditárias	7%	93%	0%

Tabela 18
Famíliares próximos com doença

	Mãe	Pai	Irmão(s)	Avós
Doenças Cardiovasculares	9%	7%	6%	49%
Doenças do Aparelho Respiratório	6%	27%	28%	19%
Doenças Gastro-Intestinais	7%	9%	0%	17%
Doenças do Fígado, Vias Biliares e Pâncreas	7%	9%	0%	16%
Doenças do Aparelho Genital-Urinário	6%	0%	6%	2%
Doenças do Aparelho Osteo-Articular	0%	5%	0%	10%
Doenças de Pele	11%	16%	6%	5%
Doenças do Sistema Nervoso/Psiquiátricas	15%	7%	0%	15%
Doenças do Sangue	0%	2%	0%	2%
Doenças do Sistema Endócrino	7%	0%	0%	2%
Doenças do Sistema Imunológico	0%	2%	0%	0%
Doenças do Metabolismo	0%	0%	0%	2%
Doenças de Olhos	13%	14%	6%	15%
Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta	24%	16%	61%	8%
Doenças dos Dentes e Cavidade Oral	11%	9%	6%	2%
Doenças Infecciosas	6%	0%	0%	0%
Doenças Neoplásicas	6%	5%	6%	35%
Doenças Congénitas	2%	5%	6%	0%
Doenças Hereditárias	4%	2%	0%	5%

Tabela 19
Famíliares próximos com internamento

	Mãe	Pai	Irmão	Avós
Doenças Cardiovasculares	6%	13%	0%	56%
Doenças do Aparelho Respiratório	13%	13%	25%	21%
Doenças Gastro-Intestinais	6%	0%	0%	21%
Doenças do Fígado, Vias Biliares e Pâncreas	13%	0%	0%	21%
Doenças do Aparelho Genital-Urinário	13%	0%	0%	4%
Doenças do Aparelho Osteo-Articular	0%	0%	0%	9%
Doenças de Pele	13%	0%	0%	6%
Doenças do Sistema Nervoso/Psiquiátricas	6%	13%	0%	16%
Doenças do Sangue	0%	0%	0%	3%
Doenças do Sistema Endócrino	0%	0%	0%	3%
Doenças do Sistema Imunológico	0%	0%	0%	0%
Doenças do Metabolismo	0%	0%	0%	3%
Doenças de Olhos	13%	0%	13%	10%
Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta	13%	13%	25%	4%
Doenças dos Dentes e Cavidade Oral	13%	13%	13%	0%
Doenças Infecciosas	13%	0%	0%	0%
Doenças Neoplásicas	13%	13%	13%	44%
Doenças Congénitas	6%	13%	0%	0%
Doenças Hereditárias	0%	0%	0%	4%

Destacam-se os avós doentes com internamento uma maior percentagem de doenças cardiovasculares (55,7%) e de doenças neoplásicas (44,3%), e nos irmãos doenças dos ouvidos nariz e garganta (25%) e doenças do aparelho respiratório (25%). Os pai(s) superam as mães nas doenças cardiovasculares, doenças do sistema nervoso e psiquiátrico e nas doenças congénitas, e as mães superam os pai(s) nas doenças gastrointestinais, as doenças do fígado, vias biliares e pâncreas, doenças do aparelho genital-urinário e as doenças de pele.

A maioria dos internamentos dos familiares próximos com doença foram, na nossa amostra, por períodos longos (31,4%), com mais de trinta dias, seguindo-se os internamentos com períodos de duração intermédia, entre uma e duas semanas (22,1%) e com cerca de uma semana (16,7%), e finalmente, os períodos menos prolongados, de um a cinco dias (10,5% e 4,7%). A tabela 17 resume dos dados referidos.

Tabela 20

Período de internamento de familiares próximos com doença

Período de internamento	Frequência	%
[1,3] dias	9	10,5
[3,5] dias	4	4,7
[5,7] dias	14	16,3
[7,15] dias	19	22,1
[15,30] dias	10	11,6
+30 dias	27	31,4
Total	83	96,5
NR	3	3,5
Total	86	100,0

Os pais da nossa amostra pensam que o internamento do familiar próximo com doença não foi grave para a criança (46,5%), ou mesmo pouco grave (18,6%). Consideram que não houve alteração do comportamento da criança (57%) na sequência do internamento do familiar próximo. Apenas uma minoria considerou que o internamento de um familiar próximo foi um acontecimento grave (11,6%) ou muito grave (9,3%), referindo que a criança alterou o comportamento (27,9%). Alguns pais que não responderam (14%). A tabela seguinte resume os dados apresentados.

Tabela 21
Impacto do internamento do familiar próximo na criança

Classificação do Internamento	Frequência	%
Grave	10	11,6
Muito Grave	8	9,3
Não Grave	40	46,5
Não Responde	12	14,0
Pouco Grave	16	18,6
Total	86	100,0

Tabela 22
Alteração do comportamento da criança após internamento do familiar próximo

Alteração do Comportamento	Frequência	%
Não	49	57,0
Não responde	13	15,1
Sim	24	27,9
Total	86	100,0

Dos pais que consideram que a criança alterou o comportamento na sequência do internamento de um familiar próximo, acharam que esta ficou mais triste (70%), agitada e/ou medrosa (25%) e calada (16,7%). As tabelas seguintes resumem os dados referidos.

Tabela 23

Alteração do comportamento da criança após internamento do familiar próximo

Comportamento	Frequência		%	
	Sim	Não	Sim	Não
Triste	17	7	70,8	29,2
Agitada	6	18	25,0	75,0
Medrosa	6	18	25,0	75,0
Calada	4	20	16,7	83,3

Na família, quem se mostrou mais preocupado com o internamento do familiar próximo, foi a mãe (60,5%), seguindo o pai (50%), os avós (34,9%) e os irmãos (1,2%) (Ver tabelas seguintes):

Tabela 24

Preocupação com o internamento

Preocupação	Mãe		Pai		Avós		Irmão	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sim	34	39,5	43	50,0	56	65,1	85	98,8
Não	52	60,5	43	50,0	30	34,9	1	1,2
Total	86	100,0	86	100,0	86	100,0	86	100,0

Na nossa amostra, segundo os pais, a criança não alterou o comportamento após a manifestação de doença do familiar próximo (58,1%) (ver tabela 33), embora tivesse havido uma pequena percentagem de pais que consideraram que sim (20%), e outros que não responderam (31,3%). Os segundos consideraram que a criança ficou mais triste (45,2%) (ver tabela 23), mais ansiosa (38,7%), mais agitada e/ou mais meiga (29%), mais medrosa (25%), mais obediente (19%), mais agressiva (12,9%), mais calada (6,5%) e mais alegre (3,2%).

Tabela 25

Alteração do comportamento da criança após doença do familiar próximo

Comportamento	Frequência	%
Não	90	58,1
Não se aplica	1	,6
Não responde	33	21,3
Sim	31	20,0
Total	155	100,0

Tabela 26
Comportamento da criança após doença do familiar próximo

Comportamento	Frequência		%	
	Sim	Não	Sim	Não
Triste	14	17	45,2	54,8
Ansiosa	12	19	38,7	61,3
Meiga	9	22	29,0	71,0
Agitada	9	22	29,0	71,0
Medrosa	8	23	25,8	74,2
Obediente	6	25	19,4	80,6
Agressiva	4	27	12,9	87,1
Calada	2	29	6,5	93,5
Alegre	1	30	3,2	96,8

A maioria das crianças da nossa amostra já tiveram ou têm doenças (96,4%), enquanto que uma ínfima percentagem não tem nem teve doenças (3,6%). A doença mais frequente é a varicela (76,8%) ou doenças dos ouvidos, nariz e garganta (51,4%). Depois, aparece a papeira (38,9%) e ainda as doenças do aparelho respiratório (23,2%) (ver Tabela 29).

Na sequência do aparecimento da doença na criança, a maioria não foi sujeita a internamento hospitalar (75,1%), apesar de ter havido crianças sujeitas a internamento (23,8%), tendo sido o período de internamento mais frequente o de curta duração (de um a três dias) (54,5%), seguindo-se os de duração intermédia (quinze a trinta dias) (11,4%). Os pais da nossa amostra referem que quando a criança está doente não passou a apresentar alterações do comportamento (54,5%) (ver tabelas seguintes).

Tabela 27
Internamento hospitalar da criança

Internamento hospitalar	Frequência	%
Não	139	75,1
Não responde	2	1,1
Sim	44	23,8
Total	185	100,0

Tabela 28
Período de Internamento da criança

Internamento hospitalar	Frequência	%
[1,3] dias	24	54,5
[3,5] dias	4	9,1
[5,7] dias	4	9,1
[7,15] dias	3	6,8
[15,30] dias	5	11,4
>30 dias	4	9,1
Total	44	100,0

Tabela 29
A Doença na Criança

	Sim	Não
Tosse Convulsa	2%	98%
Tetano	1%	99%
Sarampo	15%	85%
Rubéola	7%	93%
Tuberculose	1%	99%
Varicela	77%	23%
Hepatite	2%	98%
Meningite	2%	98%
Papeira	39%	61%
Escarlatina	12%	88%
Doenças do Aparelho Respiratório	23%	77%
Doenças Gastro-Intestinais	12%	88%
Doenças do Sistema Nervoso	2%	98%
Doenças do Sistema Imunológico	1%	99%
Doenças Alérgicas	19%	81%
Doenças de Olhos	12%	88%
Doenças de Ouvidos, Nariz e Garganta	51%	49%
Doenças dos Dentes e Cavidade Oral	4%	96%

Tabela 30
Alteração do comportamento da criança após manifestação da doença

Comportamento da Criança	Frequência	%
Não	24	54,5
Não responde	1	2,3
Sim	19	43,2
Total	44	100,0

No entanto, existe uma menor percentagem de pais que considera que sim, a criança manifesta-se triste (36,8%), agitada (31,6%) (ver tabela 31), calada e/ou medrosa (21,1%), meiga e/ou obediente (15,8%), ansiosa (10,5%) e alegre (5,3%).

Tabela 31
Comportamento da criança após manifestação da doença

Comportamento	Frequência		%	
	Sim	Não	Sim	Não
Triste	7	12	36,8	63,2
Agitada	6	13	31,6	68,4
Calada	4	15	21,1	78,9
Medrosa	4	15	21,1	78,9
Meiga	3	16	15,8	84,2
Obediente	3	16	15,8	84,2
Ansiosa	2	17	10,5	89,5
Alegre	1	18	5,3	94,7

Também consideram que a criança em casa, não alterou o comportamento após o internamento (72,7%).

Tabela 32
Alteração do comportamento da criança após o internamento

Comportamento da Criança	Frequência	%
Não	32	72,7
Não responde	1	2,3
Sim	11	25,0
Total	44	100,0

Uma menor Percentagem de pais (25%) consideram que as crianças em casa passaram a ser meigas (36,4%), agitadas, e ansiosas (27,3%) (ver tabela 33), caladas, obediente/ medrosas (18,2%), e tristes (9,1%).

Tabela 33
Comportamento da criança após manifestação da doença após internamento

Comportamento	Frequência		%	
	Sim	Não	Sim	Não
Meiga	4	7	36,4	63,6
Agitada	3	8	27,3	72,7
Ansiosa	3	8	27,3	72,7
Alegre	3	8	27,3	72,7
Calada	2	9	18,2	81,8
Obediente	2	9	18,2	81,8
Medrosa	2	9	18,2	81,8
Triste	1	10	9,1	90,9

As crianças da nossa amostra, quando estão doentes ficam em casa (92,2%). Uma minoria vai à escola (3,1%) (ver tabela 30) e levam, geralmente um a três dias para retomar a vida normal (54,5%), ou ainda três a cinco dias (16,7%). Levam um a três

dias para se curar (58,5%) ou ainda três a cinco dias (27,5%) (ver tabela 35). Referem que a causa da doença é ambiental (56,8%) (ver tabela 36) ou escolar (10,4%), sendo pontualmente atribuída a causa familiar (3,1%) e psicológica (2,1%).

Tabela 34
Quando a criança está doente fica em casa

Onde fica a criança	Frequência	%
Fica em casa	177	92,2
Não responde	9	4,7
Vai à escola	6	3,1
Total	192	100,0

Tabela 35
Período de tempo que a criança leva para retomar a vida normal

Período de Tempo	Frequência	%
[1,3] dias	105	54,7
[3,5] dias	32	16,7
[5,7] dias	28	14,6
[7,15] dias	3	1,6
Total	168	87,5
NR	24	12,5
Total	192	100,0

Tabela 36
Causa da doença na criança

Causa da doença	Sim		Não		NR	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Ambiental	109	56,8	42	21,9	41	21,4
Escolar	20	20,4	131	68,2	41	21,4
Familiar	6	3,1	145	75,5	41	21,4
Psicológica	4	2,1	147	76,6	41	21,4
Outras	37	19,3	114	59,4	41	21,4

Na maioria dos casos, é a mãe que acompanha a criança ao médico (94,3%), o pai (35,9%) os avós (9,4%) e por último os irmãos (1,4%) (ver tabela seguinte). Mas quando se refere ao cuidado da criança doente, é a mãe quem mais cuida da criança (92,2%) (ver tabela 37) e, seguidamente os avós (22,4%), o pai (20,3%) e, por último, os irmãos (1,6%).

Tabela 37
Familiar que acompanha a criança ao médico

Médico	Mãe		Pai		Avós		Irmão	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sim	11	5,7	123	64,1	174	90,6	2	1,0
Não	181	94,3	69	35,9	18	9,4	190	99,0
Total	192	100,0	192	100,0	192	100,0	192	100,0

Tabela 38
Familiar que cuida da criança doente

Acompanhamento ao médico	Mãe		Pai		Avós	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sim	15	7,8	153	79,7	149	77,6
Não	177	92,2	39	20,3	43	22,4
Total	192	100,0	192	100,0	192	100,0

Quando a criança está doente, a maioria dos pais da nossa amostra prefere levar a criança ao médico (93,8%) e consideram que a criança não deve fazer a sua vida normal (77,6%).

Tabela 39
A criança doente vai ao médico

Causa da Doença	Frequência	%
Não	42	21,9
Não responde	41	21,4
Sim	109	56,8
Total	192	100,0

Tabela 40
A criança doente não faz a vida habitual

Causa da Doença	Frequência	%
Não	149	77,6
Não responde	1	,5
Sim	42	21,9
Total	192	100,0

Os pais consideram que as criança estão raramente doentes após a entrada na escola (77,1%) (ver tabela 41), e que estas se manifestam alegres (42,2%), interessadas (45,8%), comunicativas (44,3%), participativas (41,7%) e bem integradas na escola (66,7%). As tabelas seguintes resumem os resultados apresentados.

Tabela 41
Saúde da criança após entrada na escola

Saúde da criança na escola	Frequência	%
Algumas vezes doente	35	18,2
Raramente doente	148	77,1
Não se aplica	2	1,0
Não responde	7	3,6
Total	192	100,0

Tabela 42
Comportamento da criança na escola

Comportamento	Integrada		Interessada		Comunicativa		Alegre	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sim	128	66,7	128	66,7	85	44,3	81	42,2
Não	51	26,6	51	26,6	94	49,0	98	51,0
Não responde	11	5,7	11	5,7	11	5,7	11	5,7
Não se aplica	2	1,0	2	1,0	2	1,0	2	1,0
Total	192	100,0	192	100,0	192	100,0	192	100,0

Os pais relatam que os professores descrevem as criança como alegres (52,1%), interessadas (57,3%), participativas (55,7%), comunicativas (52,6%) e estando bem integradas na escola (67,2%).

Os pais consideram as suas crianças saudáveis (98,4%) (ver tabela 43).

Tabela 43
A criança é saudável

Saúde da Criança	%
Sim	98,4
NR	1,6
Total	100,0

2 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram construídos a partir de ideias que surgiram da investigação teórica com base na leitura bibliográfica, os quais destacamos:

Questionário demográfico

A elaboração deste questionário (ver anexo) teve como objectivo principal obter um conjunto de dados fornecidos pelos pais/encarregados de educação, que permitisse a caracterização da nossa amostra do ponto de vista psicossocial (parte I), história familiar de doença e sua possível influência no comportamento da criança (parte II), história de doença na criança e a sua possível influência no comportamento de mesma (parte III), história escolar da criança e sua possível relação com a saúde e doença da mesma (parte IV). Trata-se de um questionário de questões fechadas. As questões lançadas em cada uma das partes passam a ser descritas a seguir:

Parte I- Identificação socio-económica da criança e do seu agregado familiar

A primeira questão (1) investiga a idade da criança, a data de nascimento e o sexo. Em primeiro lugar foi preenchido o nome próprio e um número para posteriormente se juntar o questionário demográfico ao questionário da criança. Estes dados

(nome próprio e número) não entram para a caracterização da nossa amostra mas apenas para codificar os questionários. A segunda questão (2) pretende averiguar sobre a idade, profissão, habilitações literárias dos pais, se estão ou não no activo bem como o estado civil e se algum destes faleceu. A terceira questão (3) pretende saber se a criança tem irmãos, quantos são, o seu sexo e sua(s) data(s) de nascimento. A quarta questão (4) diz respeito a quem preenche o questionário e a quinta questão (5), diz respeito à composição do agregado familiar, pelo que pedimos que nos forneçam informação sobre a idade, habilitações literárias e sua situação actual. A sexta questão (6) pretende averiguar acerca de pessoas que têm contactos regulares com a criança, sua idade, habilitações literárias e situação actual.

Parte II- História familiar de doença e factores de influência no comportamento da criança

A sétima questão investiga as doenças na família (7). A oitava questão diz respeito à existência de internamento hospitalar na sequência de alguma das doenças manifestadas na questão anterior (8). Se houve algum internamento, a nona questão (9) tenta averiguar durante quanto tempo este ocorreu. Na questão dez (10), tenta-se saber se este acontecimento foi grave para a criança ou não. Na questão onze (11), investiga-se sobre o comportamento da criança face a este acontecimento. A questão doze (12), pretende saber qual foi a reacção da família face ao internamento, nomeadamente, qual foi o membro da família que ficou mais preocupado. Se não houve internamento hospitalar na família, passa-se imediatamente da questão oito (8) à questão treze (13), que pretende averiguar sobre a possível influência da manifestação da doença familiar no comportamento da criança.

Parte III- História de doença na criança e possíveis factores de influência no seu comportamento

A décima quarta questão investiga as doenças que a criança já teve (14) e a décima quinta (15) questão procura averiguar se na sequência da manifestação da doença a criança foi ou não internada. Se sim, passa-se a responder à décima sexta questão (16), que investiga qual o período de tempo que a criança foi internada. A décima sétima questão (17), averigua sobre o comportamento da criança face a uma situação posterior de doença e a décima oitava (18) questão averigua sobre o comportamento em geral da criança após o internamento. Na décima nona (19) questão, pretende-se saber se face a uma situação de doença a criança fica em casa ou vai à escola. Quando a criança está doente, em geral, qual o período de tempo que leva a retomar a vida normal é a resposta à vigésima questão (20). Quem cuida da criança é vigésima primeira questão (21) e qual é a resposta familiar à situação de doença é a vigésima segunda questão (22). A vigésima quarta (24) questão procura saber qual é o período de tempo que leva para a criança se curar. A vigésima quinta (25) questão procura saber qual é a causa da doença.

Parte IV- A criança e o seu comportamento em meio escolar

A questão vinte e seis (26) identifica a entrada da criança na escola, a sua adaptação à mesma é abordada na questão vinte e sete (27) e vinte e oito (28); em que situação está neste momento, questão vinte e nove (29) e se houve reprovações, na questão trinta (30), o seu comportamento de doença na questão trinta e um (31) e de comportamento nas questões trinta e dois (32) e trinta e três (33). Por último, na questão trinta e quatro (34) tenta averiguar-se se a criança é saudável ou doente.

Relativamente às respostas do questionário demográfico, o tratamento do material obedeceu às seguintes etapas:

- 1) Inicialmente procedeu-se à elaboração de uma matriz constituída por linhas que correspondem ao número de sujeitos inquiridos e que vão de 1 a 192, ou seja, o

número do questionário corresponde ao número do sujeito, e por colunas, que correspondem às respostas do questionário transformadas em variáveis de análise, para poderem ser trabalhadas através do programa de estatística SPSS. Por exemplo, a questão 1, que diz respeito à identificação da criança como o sexo da criança, passa a ser definida a variável sexo, podendo assumir duas possibilidades, masculino (M) ou feminino (F). Após a codificação de todas as variáveis do inquérito, é assinalada a sua presença ou ausência através da codificação, sim (s) ou não (n). Portanto, todas as variáveis assumem uma codificação (s) ou (n).

- 2) A partir do momento em que as respostas foram codificadas, acharam-se as frequências (ocorrência de todas as presenças de uma determinada variável em cada resposta) pelo que, de seguida, foram encontradas as percentagens das variáveis relativas às respostas dadas a cada questão. Pelo facto de a formulação das questões permitir respostas múltiplas, é possível que, no total, as respostas obtenham percentagens superiores a 100%. Ou seja, por exemplo, na questão 12: “Na família quem ficou mais preocupado com o internamento?”, o inquirido poderia dar respostas que vão desde uma única opção “mãe”, até seis opções “mãe”, “pai”, “irmãos”..., tantas quantas as possibilidades de resposta. Assim, ao analisarmos cada uma das alíneas por si, estamos a analisar cada variável relativa à questão colocada separadamente, por exemplo, a “mãe” obteve 60,5% das respostas, o “pai” obteve 50% das respostas, etc. Assim, o somatório das respostas pode ser superior a 100%.
- 3) Em algumas questões foi necessário criar uma outra codificação para as variáveis, por exemplo, na questão 5, “Quem vive com a criança?”, foram criadas variáveis como Família Nuclear (FN) e Família Alargada (FA); ou na questão 7, em que foi criada a variável Familiar Próximo com Doença (mãe, pai, irmãos e avós), ou na questão 8, em que foi criada a variável Familiar Próximo com Doença e com Internamento.

Este questionário permite-nos apenas caracterizar o mais possível a nossa amostra, pois o que nos permite aceder às representações de saúde e doença na criança foi a entrevista que a seguir passamos a descrever. Assim, não houve a preocupação de fazer grandes rectificações ao questionário. Houve uma questão que foi eliminada (7) porque não acrescentava informação relativamente á questão anterior (6).

Entrevista

Foi elaborada uma entrevista “em que a formulação e a ordem das questões são fixas mas a pessoa pode dar uma resposta tão longa quanto desejar e pode ser incitada por insistência do entrevistador”, Ghiglione e Matalon (1993). A este questionário ou entrevista, em que figuram questões abertas, em que o conjunto ou quadro de referência é definido (estrutura do campo e categorias estruturantes) em que o entrevistado deve situar-se relativamente a este quadro, entrar nele, afim de poder responder às questões colocadas, chama-se entrevista directiva (Ghiglione e Matalon, 1993).

Segundo estes autores a entrevista directiva é constituída por um conjunto de questões abertas, estandardizadas e colocadas numa ordem invariável à totalidade dos inquiridos. Estas questões pressupõem, da parte destes, respostas relativamente curtas e rigorosas a questões não ambíguas.

Neste tipo de entrevista são pois definidos, não só o quadro de referência e a linguagem mais apropriada à análise do problema, como também a ordem da progressão mais correcta para estudar o assunto. Esta última afirmação pressupõe que conheçamos, simultaneamente, os elementos que compõe o quadro de referência do indivíduo em estudo e a sua estrutura. Estas entrevistas pressupõem, finalmente, que conheçamos minimamente a população inquirida (pelo menos ao nível das suas produções linguísticas ou da sua estrutura conceptual).

A entrevista directiva pressupõe portanto que:

- Limitemos o objecto de estudo, seja à verificação de um problema (na sua totalidade ou em parte), tendo recolhido previamente, e com a ajuda de outros métodos, informações sobre o mesmo, seja de controlo deste ou daquele ponto de um problema tratado de outro modo
- Sejam conhecidas e determinadas com clareza as dimensões que queremos estudar (atitudes, percepções, etc.)
- Conheçamos o nível de informação que a pessoa inquirida tem sobre o assunto
- Saibamos se a estrutura cognitiva dos inquiridos em relação ao problema em causa está constituída em termos suficientemente próximos daqueles que encontramos ao nível da questão (supondo que a afirmação é suficiente)
- Conheçamos suficientemente a linguagem dos inquiridos para que as questões colocadas não apresentem obstáculos ao nível do sentido, quer dizer, para que este seja o mais unívoco possível.

Esta entrevista passada às crianças continua, então, duas perguntas: a primeira pergunta era "O que é, para ti, uma pessoa saudável?" e a segunda pergunta era "O que é, para ti, uma pessoa doente?".

O objectivo principal desta entrevista foi o de estudar os conceitos de saúde e doença num grupo de 192 crianças entre os 6 e os 10 anos de idade.

Estes autores referem ainda que as técnicas de entrevista devem ser compreendidas como o conjunto dos meios necessários e empregues de forma sistemática pelo entrevistador para levar a bom termo a entrevista. Quer dizer, para assegurar que o inquirido se exprima o mais completamente possível sobre o tema que lhe tinha sido proposto.

O objectivo geral pretendido pelo entrevistador articula-se à volta dos pontos que evocámos anteriormente:

- A linguagem utilizada deve ser acessível para o entrevistado e constituir um suporte para ele

- tema deve constituir um estímulo para o entrevistado ser evocador de alguma coisa, apelar a uma resposta
- Os papéis do entrevistador e entrevistado devem ser claramente definidos pelo entrevistador
- entrevistado deve ser motivado a responder
- A informação recolhida deve ser o mais alargada possível

A ordem das perguntas foi respeitada tal como foi apresentada pois pensou-se que se fosse apresentada por ordem inversa a criança poderia ser tentada a responder que saúde seria como que o negativo, ou o contrário, de doença.

As respostas foram registadas por escrito, no momento, tal como foram verbalizadas pela criança. A entrevista directiva, foi inicialmente passado a 30 crianças. Verificou-se, tal como já foi referido, que a palavra “saudável” era desconhecida para muitas crianças o que dificultava a elaboração das respostas porque a criança tendia a perguntar pelo seu significado, o que naturalmente, poderia distorcer a resposta, uma vez que o investigador teria de explicar o seu sentido. A palavra “saudável”, foi, então, substituída por “com saúde”, passando a primeira pergunta para “O que é, para ti, uma pessoa com saúde”. A Segunda pergunta não foi alterada.

O tratamento do material produzido pelas respostas das crianças foi efectuado utilizando a técnica de análise de conteúdo temática que, segundo Ghiglione e Matalon (1993), é uma técnica de investigação para a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. As respostas foram registadas por escrito, no momento, tal como foram verbalizadas pela criança.

A partir das respostas produzidas pelas 192 crianças, através do discurso verbal e transcritas simultaneamente, foi possível analisar o material através do método de análise do conteúdo temática (Ghiglione e Matalon, 1993).

Com objectivo de transformar os dados brutos de forma a permitir uma representação do seu conteúdo, tomamos por base a interpretação subjectiva das

respostas na tentativa de encontrar um conteúdo dominante das mesmas, encontrando, assim, uma temática dominante.

Ghiglione e Matalon (1993) referem que a técnica de análise de conteúdo consiste em isolar os temas presentes num texto com o objectivo de, por um lado, o reduzir a proporções utilizáveis, por outro lado, permitir a sua comparação com outros textos tratados da mesma maneira. Aprofundando um pouco mais o método, convirá realçar que se estabelece geralmente uma distinção entre temas principais e temas secundários. Os primeiros podem ser definidos como dando conta do conteúdo do segmento de texto analisado; os segundos servem para especificar os primeiros nos seus diferentes aspectos. Por exemplo, à questão “O que é para ti uma pessoa com saúde?” a criança 3 responde “É uma pessoa que está feliz”. Em resposta ao tema apresentado, Saúde, foi encontrada uma categoria temática principal “Bem-estar” e uma categoria temática secundária “Felicidade”. É também referido o número da resposta para cada categoria, neste caso é a resposta 3 para a categoria “Bem-estar” (consultar listas em anexo).

Para o efeito, procedeu-se, de início, a uma pré-análise com o objectivo de sistematizar as ideias iniciais através de uma leitura repetida e flutuante dos dados de todas as respostas dadas pelas crianças.

Em seguida, passou-se à categorização, segundo as temáticas dominantes encontradas para obter uma representação simplificada dos dados. Assim, a cada resposta dada por cada criança sobre os conceitos em estudo “Saúde” e “Doença”, foi atribuído um número para identificar a resposta à qual foi atribuída uma categoria dominante e uma categoria secundária, tal como foi referido no exemplo anterior. O mesmo procedimento foi adoptados para as 192 respostas dadas pelas 192 crianças. Em cada resposta pode encontrar-se mais do que uma categoria. Por exemplo, a resposta 38, refere-se ao conceito de doença: “É uma pessoa que está bem, uma pessoa sem qualquer doença, sente-se bem e não tem dores” (consultar lista I) pelo que foi incluída nas categorias “bem-estar”, “Ausência de doença” e “Ausência de sintomas” (consultar lista II)

Este método encontra, contudo, grandes desvantagens na medida em que é baseado, essencialmente, na interpretação subjectiva e, portanto, não é rigoroso quanto à definição do tema em toda a sua extensão nem à caracterização das operações sobre o sentido que conduziram à extracção do tema, o qual oferece, à partida, uma dupla fraqueza teórica e metodológica.

É certo que existe a vivência do entrevistador e, por ventura a sua experiência da linguagem e do método, mas isto não é suficiente. Aliás, na opinião de Ghiglione e Matalon (1993) ao fazer a análise temática concluímos que só a experiência do codificador pode substituir a sua dupla fraqueza teórica e metodológica.

3 Procedimento

Foi distribuído a todos os pais/encarregados de educação cujos filhos frequentavam os Atelier de Tempos Livres (ATL's), através da educadora responsável de sala, uma carta de pedido de autorização da participação da criança no nosso estudo, e foi enviado o questionário demográfico afim de ser preenchido pelos mesmos. Dos 330 questionários demográficos distribuídos nos três ATL's (total de crianças inscritas nos ATL's), foram devolvidos pelos pais 192 (58%) questionários preenchidos com a respectiva autorização.

Posteriormente, foram realizadas entrevistas directivas apenas às crianças cujos pais/encarregados de educação preencheram (em casa) e devolveram os questionários demográficos e que autorizaram a participação das crianças no estudo. Após este procedimento começámos a recolha das respostas às 192 crianças nos três ATL's já referidos, em período não-lectivo (férias de verão), ora da parte da tarde, ora da parte da manhã, consoante o turno de frequência no ATL. A recolha dos questionários socio-demográficos preenchidos pelos pais e as respostas das crianças às entrevistas decorreram entre Julho de 2001 e Setembro do mesmo ano.

Na maioria dos casos, foi a mãe quem preencheu o questionário (73,3%), seguindo-se o pai (19,8%). Também houve casos em que o questionário foi preenchido por ambos os pais (4,0%), ou preenchido por outros encarregados de educação (2,0%), o qual correspondeu a duas crianças que viviam em instituição. Houve um caso que não respondeu a esta questão (1%).

Para a realização das entrevistas às crianças, foi pedido à educadora do ATL que no decorrer das actividades fosse solicitando às primeiras a sua participação. Assim, era-lhes dito que se estava a realizar um estudo sobre psicologia da saúde, e que a psicóloga gostaria de saber a sua opinião sobre uns temas desta área pelo que lhes foi interrogado se gostariam de participar neste estudo ao que todos responderam que sim. Não foi dado pelo educador qualquer explicação ou informação sobre um qualquer tema na área da saúde. Foi-lhes lembrado que os pais tinham conhecimento do estudo (muitas crianças devolveram o questionário em mão, outros foram devolvidos pelos próprios pais) e garantido o anonimato. A entrevista foi aplicada numa sala, afastada das salas de actividades para que a criança estivesse num ambiente mais calmo. A entrevista foi realizada a uma criança de cada vez. Foi, então dito à criança: "gostaria de saber a tua opinião sobre uns temas da psicologia da saúde que estamos a estudar, para isso gostaria que me dissesse: 1) o que é, para ti, uma pessoa com saúde? e 2) o que é, para ti, uma pessoa doente?".

Após a instrução, a criança deveria responder verbalmente à questão. Se se percebesse que a criança estava bloqueada ou que por qualquer outro motivo não respondia, foram dirigidas palavras no sentido de criar um clima de confiança e cooperação entre o sujeito e a examinadora. Também foi transmitido que o que se pretendia saber era sobretudo a sua opinião, não havendo, portanto, respostas certas ou erradas, e que também a resposta "não sei" era aceite. A partir daqui não foi dado qualquer outro tipo de instrução a não ser para se esclarecer sobre uma qualquer ideia como, por exemplo, uma criança que respondeu deste modo à

primeira pergunta “A minha avó é uma pessoa com saúde... (porquê?) porque ela trata sempre de mim”, ou ainda “os meus pais...(os teus pais ?) gosto deles são queridos, os meus amigos também”. A intervenção foi sempre no sentido de aprofundar aquilo que era dito pela criança para uma maior facilidade de análise do material. No final, uma palavra de agradecimento foi dirigida à criança dizendo-lhe que a sua prestação tinha sido muito importante para a realização deste trabalho. A partir das respostas produzidas pelas 192 crianças, através do discurso verbal e transcritas simultaneamente, foi possível analisar o material através do método de análise do conteúdo temática (Ghiglione e Matalon, 1993), tal como foi referido atrás. De seguida, apresentam-se os resultados relativos á análise de conteúdo.

III. Resultados

Para simplificação da apresentação dos dados passamos a descrever as categorias obtidas a partir das respostas dadas pelas crianças na entrevista directiva, relativamente aos conceitos de Saúde e Doença (consultar lista II em anexo B).

Conceito de Saúde

Relativamente ao conceito de saúde, foram encontradas catorze categorias temáticas, as quais passamos a descrever (ver Tabela 44):

1. Não sei

Na nossa amostra, a maioria das crianças sabiam dizer o que era uma pessoa com saúde (89,1%), mas houve uma pequena percentagem de crianças que admitiram que não sabiam o que era uma pessoa com saúde (10,9%), ao que se referiram explicitamente “não sei”.

2. Não responde

A maioria das crianças da nossa amostra, deram respostas sobre o que era uma pessoa com saúde (89,6%), mas houve uma pequena percentagem de crianças que nada disseram sobre isso (10,4%). Muitas das respostas resultaram na simples repetição da pergunta, por exemplo, “O que é que é saúde?”, ou simplesmente se referiam à saúde como “É com saúde”, ou mesmo, não respondiam ficando em silêncio.

Tabela 44
Conceito de Saúde

	Sim	Não
Não sei	11%	89%
Não responde	10%	90%
Bem-estar	32%	68%
Ausência de doença	15%	85%
Saúde social	19%	81%
Saúde emocional/Ausência de saúde emocional	3%	97%
Saúde física/Ausência saúde física	2%	98%
Saúde ambiental	1%	99%
Condições de vida rel. com a saúde	9%	91%
Comport. protecção da saúde/Ausência CPS	24%	76%
Funcionalidade	3%	97%
Sintomas/Ausência de sintomas	1%	99%
Não morrer	3%	97%
Velhice	1%	99%
Mal-estar	1%	99%

3. Bem-estar

A maioria das respostas dadas pelas crianças relativamente ao conceito de saúde diz respeito à categoria bem-estar (31,8%) pelo que parece ser a dimensão da saúde à qual as crianças mais se referem. Nesta categoria foram incluídas todas as respostas que faziam apelo a dimensões como a felicidade (está feliz) ou a paz (ter paz na vida), a um bom estado geral de saúde (está de boa saúde) ou a um sentimento de bem-estar geral (sentir-se bem), ou a uma ideia relacionada com a qualidade de vida (ter uma boa vida) ou se referir à vida num sentido mais

abrangente (viver, viva, vive), ou não ter problemas (não ter problemas na vida, não tem problemas de saúde), ou ainda a dimensões relacionadas com a esperança de vida (tem mais tempo de vida, tem saúde até morrer). Assim, nesta categoria aparecem os aspectos ligados ao sentimento de bem-estar e aos factores que contribuem para esse bem-estar como a qualidade de vida, a valorização da vida como uma dimensão humana relacionada com o bem-estar e a esperança de vida, como um prolongamento desse mesmo bem-estar. Apareceu uma resposta que traduziu a ausência de bem-estar pelo que foi inicialmente categorizada como mal-estar (está mal). Posteriormente, esta foi incluída na categoria de bem-estar no sentido em que se verificou, após a leitura repetida das respostas, que a criança se pode referir a uma categoria pela sua presença ou pela sua ausência.

4. Ausência de doença

As crianças falam sobre a saúde como uma ideia que aparece pela ausência de doença (15,1%). Considerámos aqui, todas as respostas que se referiam concretamente à ausência de doença, como por exemplo, “não está doente” ou “não é doente”; bem como as que se referiam à ausência de uma doença, “não tem ataques na rua” ou “não tem SIDA”. Houve também respostas que se referiam à ausência de doença mas tendo em conta o grau, “sem qualquer doenças” ou “não tem muitas doenças”, bem como “se está doente quase nunca tem nada”.

5. Saúde social

A categoria saúde social aparece como uma das categorias mais referidas nas respostas das crianças da nossa amostra (18,8%). Esta categoria inclui temáticas relacionadas com a dimensão social, como por exemplo, a amizade (amiga, amigável), actividades lúdicas exercidas com o outro ou com o grupo (brincar, jogar), referência a dimensões relacionadas com valores morais e/ou sociais (ter respeito pelas pessoas, fazer paz, ser bem educado, não fazer disparates, portar-se bem, ser responsável) ou não transgredir as regras parentais (obedecer à mãe e ao

pai), ou ainda referir-se às regras de relacionamento com o grupo ou com o outro (não chatear os amigos). Aparece também a ideia de troca e partilha de valores emocionais e/ou materiais, com o outro ou com o grupo (ajudar os fracos, ajudar as pessoas, dá-me coisas e compra-me coisas), ou ainda dimensões relacionadas com o contexto escolar (quer aprender, fazer os trabalhos de casa ou estudar) em que há identificação aos modelos de referência dos adultos (com experiência, gostar de trabalhar, trabalha). Sendo a terceira categoria mais referida, o factor social aparece como uma das dimensões de referência em relação à saúde; os valores morais e sociais na relação com o outro e com o grupo e as expectativas do mesmo relativamente à criança adquirem relevância.

6. Saúde emocional

Na saúde emocional foram incluídas todas as respostas que se referem a temáticas relacionadas com a dimensão emocional ou à ausência da dimensão emocional, uma vez que verificamos que a criança se refere a uma determinada categoria pela possibilidade de evocar a sua presença ou a sua ausência, tal como já foi referido. A presença ou ausência de saúde emocional aparece numa muito pequena percentagem de respostas (2,6%), o que parece significar que os estados emocionais são pouco referidos quando relacionados com a dimensão de saúde. Aparecem a alegria (alegre, bom humor), ou a ausência desta dimensão (está triste), pela negação da agressividade (não se zanga), ou pela simpatia (simpática), bondade (boa, bom coração) ou a ausência de maldade (não é má), ou mesmo pela manifestação de amor (gosto deles, são carinhosos) ou de uma relação de amor e/ou satisfação (gosto de viver com ela).

7. Saúde física

Na saúde física foram incluídas todas as respostas que remetem para temáticas relacionadas com a presença ou ausência de aspectos ligados ao corpo ou à dimensão física da pessoa (2,1%). Esta categoria foi muito pouco referenciada

pelas crianças da nossa amostra, tendo em conta o conjunto das respostas sobre saúde. Assim, temos como exemplo, a beleza (bonito, giro, beleza, elegante), a relação entre o desenvolvimento físico e a idade (tem peso e estatura normal para a idade) ou a força (força, energia). Há ainda referência aos sistemas respiratório ou ósseo pela sua função (bons pulmões, poder respirar) ou ausência desta (partir braços, pernas, cabeça, ficar cego).

8.Saúde ambiental

Embora seja um tema a que as crianças da nossa amostra se referiram muito pontualmente (1%), não deixa de ser um campo temático a registar. Nesta categoria foram incluídas as respostas que se referiram ao ambiente como uma dimensão a cuidar ou proteger (não deitar lixo para o chão, ser amiga do ambiente e respeitar o ambiente).

9.Condições de vida relacionadas com a saúde

Nesta categoria foram incluídas todas as respostas que se referiam à presença ou ausência de condições de vida relacionadas com a saúde (8,9%). Remetem para os recursos externos de cariz socio-económico como, por exemplo, ter dinheiro, ter casa, carro, ou comida, ou negação da ausência deste recursos (não ser pobre). Foi também considerado ter animais como um recurso de vida relacionado com a saúde, embora não seja um factor de ordem económica, foi considerado pelas crianças como um recurso para a saúde.

10.Comportamentos de protecção da saúde

Nesta categoria foram incluídas todas as respostas que se referem a comportamentos de protecção da saúde. Como exemplo temos todas as situações em que foi referida a alimentação (comer bem, não comer coisas que fazem mal, comer frutas, couves ou não comer chocolates, etc.), cuidados (cuidar-se, tratar-se, etc.), o desporto (jogar futebol ou basquete), a higiene (tomar banho, lavar-se, etc.),

medicação (não exagerar nos remédios), não consumir álcool (não bebe álcool) ou drogas (não pensar em drogas). Consideramos ainda a referência da ausência desta categoria que se refere a comportamentos como não ir ao médico (quase não vai ao médico) ou não ir ao hospital (não vai facilmente ao hospital). Esta é uma das categorias mais referidas pelas crianças da nossa amostra (24%), ou seja, quando a criança pensa no conceito saúde, refere-se frequentemente à forma como pode protegê-la, mantê-la ou atingi-la.

11. Funcionalidade

Esta categoria foi criada para as respostas que se referiam à saúde em relação com a funcionalidade, como exemplo, a pessoa poder mover-se, sair, ou deslocar-se; tal como a criança diz, “ir á rua”, “sair de casa”, “vai passear”, ou a ausência de funcionalidade “não andar de cadeira de rodas”, neste caso, encontrando barreiras físicas que impedem a pessoa de funcionar. Assim, foi criada a categoria funcionalidade que apareceu numa muito baixa percentagem de respostas (3,1%).

12. Sintomas

Esta categoria, sintomas associadas à saúde, apareceu apenas em duas respostas (1%), e remete para a presença ou ausência de sintomas como a dor (doer muito e não ter dores).

13. Não morrer

A categoria morte aparece aqui associada á noção de saúde pela sua negação, não morrer, ou seja, as poucas crianças que se referiram à questão da morte (2,6%) fizeram referências como “não morrer” e “sobreviver”.

14. Velhice

A categoria velhice aparece, também, numa ínfima percentagem de respostas (1%) associadas à noção de saúde (velhote ou muito velhinho).

Conceito de doença

Em relação às dimensões relacionadas com a ideia de doença, foram encontradas vinte e três categorias. Verificou-se que dentro das categorias temáticas relacionadas com a doença, a frequência de respostas aumenta bem como a variedade das respostas, comparativamente com as categorias da saúde (ver Tabela 45).

1. Não sei

Encontramos apenas 4,2% de respostas “não sei” relativamente às ideias sobre a doença, o que pode significar que a maioria das crianças da nossa amostra tem ideias sobre doença (95,8%).

2. Não responde

Sensivelmente 5% das respostas das crianças da nossa amostra não respondeu à questão colocada sobre “o que é para ti uma pessoa doente?”, o que significa que quase todas as crianças responderam à questão colocada.

Tabela 45
Conceito de Doença

	Sim	Não
Não sei	4%	96%
Não responde	5%	95%
Mal estar	11%	89%
Identidade	22%	78%
Sintomas	24%	76%
Comportamento de doença	11%	89%
Tempo	1%	99%
Cura	2%	98%
Causa	6%	94%
Grau	10%	90%
Contágio	3%	97%
Ausência de saúde	10%	90%
Saúde emocional/Ausência saúde emocional	12%	88%
Saúde social/Ausência Saúde social	10%	90%
Ausência de saúde física	1%	99%
Ausência de funcionalidade	9%	91%
Comportamento de adesão ao tratamento	9%	91%
Hospitalização	16%	84%
Cuidados médicos	8%	92%
Comportamento protecção da saúde/Ausência CPS	14%	86%
Ausência de condições de vida relacionado com a saúde	4%	96%
Morte	3%	97%
Velhice	4%	96%

3. Mal-estar

Na categoria mal estar foram incluídas todas as respostas em que a criança refere um mal-estar geral (está mal, está muito mal, está mal no seu corpo), ou que traduzem um sentimento de mal-estar relacionado com a saúde (está mal de saúde, faz mal estar doente), ou ainda dimensões relacionadas com a ausência de felicidade (não tem felicidade, não pode ter uma vida feliz), ou com existência de problemas (está com problemas ou tem problemas), ou que implicam ausência de bem-estar (não pode viver bem). Pode ainda ser relacionado com valores morais ou estéticos (é uma coisa má, pirosa ou é mau). Neste sentido, podemos dizer que na doença, a categoria mal-estar aparece pela ausência de bem-estar. Note-se que a categoria mal-estar surge, nas respostas relacionadas com a doença, com menor percentagem (10,9%) do que a categoria bem-estar relacionada com a saúde (31,8%).

4. Sintoma da doença

Relativamente à doença, encontramos um maior número de respostas relacionadas com o sintoma da doença (24,5%) como, por exemplo, a dor (dores de cabeça, dores de garganta, dores, muitas dores, dores de barriga, etc.), uma queixa (queixa-se muito, queixa-se da mão, do pé, etc.), o choro (chora), uma ferida (ferida na cabeça, nos braços, nas pernas, no olho, aleijou, magoar-se), a febre (febre, cabeça quente), a tosse, o cansaço, espirros, a hipertensão (14/18), a amnésia (amnésica), a fraqueza (está fraca, está mole), o sofrimento (sofre), “apneia” (falta de ar, não tem ar), vômitos (vomitar), má disposição (maldisposta), obesidade (muito gorda), garganta inflamada (inflamação na garganta), desmaiar (sem sentidos) e borbulhas (borbulhas, muitas borbulhas). A maioria das respostas das crianças da nossa amostra relaciona a doença com um sintoma.

5. Identidade da doença

A identidade da doença foi uma das categorias mais referidas nas respostas das crianças da nossa amostra (21,9%). Nesta categoria foram incluídas as respostas que se referiam à identidade da doença, isto é, quando a criança associa o conceito doença a uma doença específica como, por exemplo: a varicela; gripe; pneumonia; deficiência; alergias; anorexia; sarampo; constipação; papeira; doente do nariz; doente do coração; doente do fígado; doente dos pulsos, dos dedos, das unhas; partiu um braço; partiu uma perna; partiu a cabeça; pé torto; doenças contagiosas; doente da garganta; doença que se perde o cabelo; drogado; epilepsia; cancro; SIDA; doente da boca e carie..

6. Tempo

Encontramos um número muito restrito de respostas (1%) que se referiam ao tempo durante o qual decorre uma doença (esteve doente e vai ficar boa em três dias).

7. Cura

Registamos respostas que se referiam á cura da doença (quer que as pessoas fiquem boas, o médico disse que ia ficar boa) (2%).

8. Causa

A causa da doença é referida em cerca de 9% das respostas das crianças da nossa amostra. Nesta categoria foram incluídas dimensões como, acidente, queda, pancada, frio e não se tratar bem.

9. Contágio

Esta categoria reúne 3,1% das respostas e tem em conta a forma de contágio da doença. Nesta categoria, apesar de não haver tanta variedade como em relação a outras anteriores, podem encontrar-se dois níveis diferentes de explicação: a criança justifica o contágio através do reconhecimento da existência de um agente

externo microbiológico (vírus ou bactéria); ou através da proximidade com outro doente.

10.Grau

Algumas respostas dadas pelas crianças da nossa amostra (9,9%) referem-se à doença como se existisse um grau. É referido número de doenças que a pessoa pode ter ou a sua gravidade. As crianças falaram na possibilidade de ter “uma ou mais doenças”, “muitas doença”, “mais ou menos uma doença”, “todo o tipo de doenças”. Quanto à gravidade referiram, “doenças graves”, “doença muito má”, “coisa grave”, “doenças muito graves” ou “muito doente”.

11.Comportamento de doença

Esta categoria inclui as respostas que se referem a comportamentos de doença. Como exemplo temos “costuma estar doente”, “quer ficar na cama”, “estar na cama e receber refeições na cama”, “ir para a cama” ou “estar sempre em casa”. Esta categoria refere-se a 10,9% das respostas relacionadas com a doença.

12.Ausência de saúde

A ausência de saúde é a categoria que inclui todas as respostas que se referem à doença pela ausência de saúde (10,4%).

13.Ausência de saúde emocional

A ausência de saúde emocional é a categoria que inclui quer a presença de dimensões relacionadas coma dimensão emocional, quer a sua ausência (12%). São exemplo desta categoria as referências à tristeza (triste, é uma tristeza, é muito triste, sente-se triste), ausência de alegria (sem alegria, sem animação), pena (faz-me pena, ficou com pena), não gostar de ficar doente (não gosto de estar doente, não gosto que o meu amigo fique doente), ou ainda, o reconhecimento de a doença também pode estar associada a outra dimensão de carácter emocional como

simpática (simpáticas), querida (muito querida), que merece atenção (atenção e carinhos) e ser boa (boa, tem de ser boa).

14. Ausência de saúde social

Nesta categoria foram incluídas todas as respostas que remetiam para dimensões sociais, pela sua presença ou ausência. A amizade (amiga, eu ser amiga dela e ir vê-la), ou suporte social (os bons têm de ajudar, precisa de ajuda das pessoas), a solidão (fica sozinha, só), ausência de relação com o outro através da partilha do jogo (não tem ninguém para brincar, não pode estar com as outras pessoas, nós gostávamos de brincar com ela) e a ausência de valores sociais ou educacionais (não é educada, desrespeita as pessoas).

15. Ausência de saúde física

Nesta categoria incluímos as respostas que se referem a temáticas de ordem física pelo que registamos apenas uma resposta (0,5%) que diz respeito à ausência de saúde física (não tem peso e estatura normal para a idade).

16. Ausência de funcionalidade

Nesta categoria foram incluídas todas as respostas que relacionam a doença com a ausência de funcionalidade (8,9%). Refere-se à ausência de funções como a mobilidade, deslocar, de sair de casa (não pode sair de casa, não pode sair à rua, tem de ficar em casa, quer sair do hospital mas não consegue), às barreiras físicas (anda numa cadeira de rodas, não pode andar) e sociais (não pode ir à praia, não pode fazer certas coisas, não pode fazer a mesma coisa que os outros, não faz as coisas iguais aos outros).

17. Comportamentos de adesão ao tratamento

Nesta categoria foram incluídas todas as respostas que relacionavam a doença com comportamentos de adesão ao tratamento (9,4%) como por exemplo, "fazer o

que o médico diz”, “não pode desobedecer ao médico”; e que se relacionavam com a medicação, como por exemplo, “tem de tomar xaropes”, “tomar comprimidos”, “tomar antibióticos”, “tomar remédios fazem bem à barriga” ou “tomar Ben-U-Ron”; ou ainda, com a ausência de comportamentos de adesão ao tratamento como “não faz o que os médicos dizem” ou “não tem ninguém para ajudar a dar a medicação”.

18. Hospitalização

Em relação às estratégias de resolução da doença, a hospitalização é a mais referida (16,1%). Foram incluídas todas as respostas que se referiam ao hospital (está no hospital, vai para o hospital, um bocadinho no hospital, vai muitas vezes para o hospital, sempre a caminho dos hospitais) ao internamento (hospital internada, está internada uma série de dias, está muitos dias no hospital) e à intervenção cirúrgica (operada, é muitas vezes operada, levar um corte à barriga, ou as comidas no hospital não é bom).

19. Cuidados médicos

Nesta categoria foram incluídas todas as respostas que se referiam à associação entre a doença e os cuidados médicos, ou ao recorrer ao médico (8,3%). Temos como exemplo respostas como, “vai ao médico”, “precisa de muitos cuidados médicos” ou “tem que se tratar”.

20. Comportamentos de protecção da saúde

Esta é uma das categorias mais referidas pelas crianças da nossa amostra (13,5%). Inclui respostas que se referem à presença de comportamentos de protecção da saúde ou à sua ausência de comportamentos de protecção da saúde. Os primeiros dizem respeito a “deviam fazer desporto”, “não fumar”, “comer saladas”, “comer couves”, “comer carne”, “comer peixe”, “não pode comer chocolates” ou “tratar bem da sua saúde”. Relativamente aos segundos aparecem referências como “alimenta-se mal”, “comer comida sem ser lavada”, “não regula os doces”, “bebe águas

contaminadas”, “não faz desporto”, “não come muita fruta”, “não lavar as mãos”, “fuma”, “bebe álcool”, “não soube cuidar-se bem” ou “não se trata muito bem”. É de notar que o maior número e/ou variedade de respostas se refere à alimentação.

21. Ausência de condições de vida relacionada com a saúde

Esta categoria compreende todas as respostas que se referem à ausência de recursos socio-económicos. São exemplo respostas como, “pode ter dinheiro mas não é muito rica”, “pobre”, “não tem dinheiro”, “não tem animais” ou “casa bonita com pouquinhass coisas”. Trata-se de uma categoria que foi pontualmente referida nas respostas das crianças da nossa amostra (3,6%).

22. Morte

A morte aparece associada á doença, embora seja muito pouco referida nas respostas das crianças da nossa amostra (2,6%). Como exemplo, temos respostas como “pode morrer e essas coisas más”, “pessoa morta”, “pode morrer” ou “morreu”.

23. Velhice

A categoria velhice também aparece pouco referida quando se relaciona com a doença (3,6%), embora seja mais referida do que quando relacionada com a saúde (1%). As respostas “velhinho(a)”, “estavam velhos”, são exemplo dessas referências.

IV. Discussão dos Resultados

Após a análise das respostas das crianças sobre as ideias de saúde e doença, podemos avançar com a primeira hipótese de que as crianças da nossa amostra sabem mais sobre doença do que sobre saúde.

Por um lado, a contagem de categorias encontradas para a doença (23 categorias) são, em número, superior à contagem de categorias encontradas para a saúde (14 categorias). Para além de as ideias de doença suscitarem um maior número de associações temáticas, estas parecem apresentar maior variedade de conceitos, relativamente aos conceitos de saúde. Por outro lado, as categorias “não sei” e “não responde”, registaram maior percentagem de respostas na saúde do que na doença.

Estes resultados parecem apontar para a possibilidade de influencia de outros factores para além da idade da criança e da fase de desenvolvimento cognitivo em que esta se encontra. Podemos falar em factores de influência tais como a informação adquirida, dado que as significações de doença não se devem apenas a factores de ordem maturativa como o desenvolvimento cognitivo, mas a factores como a informação adquirida (Goldman, 1991).

Existem factores de variabilidade individual como a experiência afectiva da criança que influencia a construção das significações de saúde e doença, bem como a influência do meio familiar, cultural e social que a rodeiam (Barros, 1996).

A definição de saúde aparece, também, como ausência de doença, bem como a definição de doença aparece como ausência de saúde. Perante a ausência de associações de ideias sobre saúde, a criança vai associar ideias que significam o seu contrário, provavelmente aquela ideia que conhece melhor, para partir para a construção do conceito que ainda não conhece ou que conhece pouco. Neste caso, parece estarmos perante uma estratégia cognitiva comum às crianças da nossa

amostra: a construção de ideias de saúde é feita através de ideias já conhecidas pelo seu contrário, a doença.

As respostas das crianças indicam que pode haver simultaneamente as duas dimensões de saúde e doença como, por exemplo: “uma pessoa que precisa de atenção, dos nossos carinhos e de muitos cuidados médicos, essas pessoas têm de ser estimadas e também são simpáticas”. Aparece uma concepção multidimensional de saúde e doença que ultrapassa o dualismo, presença ou ausência, de saúde ou doença, envolvendo outras categorias como a saúde emocional.

Desta forma, a construção de ideias sobre saúde e doença constitui-se como um processo dinâmico, e não se apresenta apenas como o seu contrário. Apresenta-se com múltiplas dimensões que lhe conferem características de carácter emocional, social, de bem-estar, etc.

Esta ideia é compatível com a proposta de Downie, Fyfe e Tanahill, (1990), a qual concebe um modelo de relação entre saúde e doença como um cruzamento de dois eixos que representam um contínuo, formando quadrantes onde cada indivíduo se pode situar quanto à sua saúde e doença.

Nas ideias desenvolvidas pelas crianças da nossa amostra, encontramos, muitas categorias comuns à saúde e à doença, embora haja categorias mais relacionadas com a saúde do que com a doença e vice-versa.

As categorias mais emergentes em relação à doença são:

- 1) Sintoma
- 2) Identidade da doença
- 3) Hospitalização

As categorias mais emergentes em relação à saúde são:

- 1) Bem-estar
- 2) Comportamentos de saúde
- 3) Saúde social

Assim, parece que o conceito de saúde se define mais pela positiva, no sentido em que se caracteriza pela presença de características relacionadas com a saúde ao invés de pela ausência de outras. Assim, as ideias de saúde parecem estar associadas a uma conotação positiva do conceito, tal como defende Ribeiro (1999). Quando as crianças desenvolvem ideias sobre saúde, a categoria que emerge mais com mais frequência é a do “bem-estar” com maior percentagem de respostas. As crianças relacionam o bem-estar com as dimensões relacionadas com a saúde, como a qualidade de vida, a felicidade ou a paz, a esperança de vida, a vida como valor da condição humana e associado à saúde em geral.

Segundo o que Campbel, Converse & Rogers (1976), a saúde era a variável que melhor explicava a qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida apareceu ligado ao bem-estar da população e apontava para indicadores sociais e ambientais tais como educação, individualidade, crescimento económico, saúde e bem-estar.

A dimensão mal-estar, como a ausência de bem-estar, foi pontualmente referida quando relacionado com a doença, o que demonstra a pouca relevância desta categoria reforçando a ideia de que bem-estar, qualidade de vida são dimensões positivas e relacionadas com a saúde e muito pouco referidas na doença.

As categorias “condições de vida relacionadas com a saúde” (ter carro, casa, comida, dinheiro e animais) e a “funcionalidade” (poder deslocar-se, sair, sem encontrar barreiras físicas), foram pontualmente referidas pelas crianças do nosso estudo e podem ser características da saúde e bem-estar, tal como refere Abelin (1991) quando identifica as condições de vida como a pobreza, a ignorância, a emigração, a habitação e as condições de trabalho.

Em segundo lugar, as ideias mais associadas à saúde são as de “comportamentos de protecção da saúde”, e que remetem para ideias sobre o que a pessoa deve fazer para manter e promover a saúde. Está implícita uma noção de responsabilização individual e transparece a ideia de que o comportamento é uma variável importante na determinação da saúde do indivíduo. São exemplo, ideias como ter as vacinação em dia; evitar o contágio com as doenças; ter cuidados médicos e não exagerar na medicação; ter uma alimentação adequada (as crianças nomeiam exaustivamente uma série de alimentos conotados como uma alimentação saudável e não saudável). Embora o tema da alimentação tenha sobressaído relativamente aos outros, apareceram também dimensões como exercício físico (“fazer desporto”), Higiene (“ter higiene”) e não ter comportamentos aditivos como o consumo de tabaco, álcool e drogas.

O tema da alimentação é aquele que, nas crianças do nosso estudo, é mais referido e mais explorado quando se referem a comportamentos de protecção da saúde. Goldman (1991), comparou dimensões de saúde e doença como a alimentação e os procedimentos médicos de rotina, e chegou à conclusão que as crianças sabiam mais sobre o primeiro do que sobre o segundo. Estes dados parecem confirmar-se também nas crianças do nosso estudo.

O conceito “Comportamentos de saúde” foi definida por Kasl e Cobb (1966) como “qualquer actividade empreendida por uma pessoa, que se crê saudável, como propósito de prevenir a doença” ou “comportamentos com a intenção de proteger a saúde” (Herris e Guten, 1979), que apareceu juntamente com o “comportamento de doença” descrito como “qualquer actividade empreendida por uma pessoa que se sente doente, de modo a clarificar o seu estado de saúde e descobrir o tratamento a seguir” são definidos como os comportamentos que as pessoas adoptam para proteger a saúde e que vão desde as práticas de saúde (comer e dormir) até o evitar substância perigosas (tabaco e álcool).

A terceira categoria mais evocada pelas crianças da nossa amostra é “Saúde social”, a qual remete para o universo da relações sociais em que as ideias sobre

amizade são as mais exploradas. Também há valorização de aspectos relacionados com regras de relação com o outro e/ou com o grupo; valorização das figuras de referência adulta como os pais; troca e partilha de valores emocionais e/ou materiais; ideias de ajuda e cooperação com o outro; a escola; a brincadeira e o jogo como dimensões de comunicação privilegiados.

Esta dimensão é uma das dimensões da saúde mais importantes porque é provavelmente também uma das dimensões privilegiadas nas crianças desta faixa etária (6 aos 10 anos de idade).

Não podemos deixar de evocar o que os pais referem no questionário demográfico, que desde que a criança entrou para a escola passou a estar raramente doente e actualmente consideram que a criança é saudável. A escola, aparece, segundo os pais, como um meio privilegiado de relações sociais e que promove a saúde.

Na opinião dos pais, o comportamento da criança na escola é muito positivo. As crianças são descritas como sendo alegres, interessadas, participativas, comunicativas e bem integradas. São muito pouco tristes, pouco desinteressadas, apáticas, não adaptadas ou agitadas. Mais uma vez, ideias positivas associadas á escola e ainda, á saúde.

A dimensão social adquire um valor diferente consoante a criança fala sobre saúde (regista uma maior percentagem) ou doença (regista uma menor percentagem). No último caso, apesar de existir a ideia de que a pessoa doente está isolada e privada de relações sociais (solidão e privação social), existe também outra ideia subjacente, de que a pessoa doente necessita do suporte social para recuperar e/ou para se curar.

Ribeiro (1999), refere que a saúde implica não só o estilo de vida relacionado com a saúde mas também redes de suporte sociocultural que incluem a família, os vizinhos, a escola, o trabalho, a igreja, os clubes e os serviços de saúde. Esta ideia parece ser suportada pelas crianças da nossa amostra.

A quarta categoria mais frequente na saúde é ausência de doença, a qual já foi referida. É de notar que o grau varia consoante a resposta da criança: “nunca tem

doenças” até “se está doente quase nunca tem nada”, havendo uma consciência de que a presença e ausência da doença não é um estado, mas sim um processo dinâmico caracterizado por diferentes níveis qualitativos. Assim, para além da presença ou ausência de uma dimensão temática, existe também a referência á sua qualidade ou grau.

A “Saúde emocional” é raramente referida pelas crianças da nossa amostra quando relacionada com a saúde. Estas dão exemplos como a alegria ou bom humor ou a ausência de tristeza ou de zanga, a simpatia ou bondade, ou a ausência de maldade, amor ou prazer. Para além da presença ou ausência da dimensão emocional, há o reconhecimento de que uma pessoa saudável pode ser boa mas uma pessoa doente também, ou que uma pessoa doente é má mas uma pessoa saudável também. Mais uma vez, aparece aqui uma visão dinâmica da saúde quando relacionada com a dimensão emocional.

A “Saúde física” é uma dimensão cujas referências são escassas. São associadas à dimensão física do indivíduo como a beleza, o desenvolvimento físico, energia, força, bons pulmões ou bom coração. Fávero e Salim (1995), encontraram referências à saúde física, nomeadamente, a referência aos músculos e à força, em crianças mais velhas (9-10 anos) e não em crianças mais novas (6-7 anos). Se considerarmos que na nossa amostra a faixa etária predominante é entre os 6 e os 7 anos de idade, podemos pensar que as escassas referências a esta dimensão podem estar associadas á idade da crianças.

A presença de “Saúde ambiental” é uma categoria bem definida pelas crianças do nosso estudo, ao contrário do que aconteceu com os pais. Estes tiveram dificuldade em interpretar o factor ambiental como causa da doença devido provavelmente a um desconhecimento do próprio conceito. Referiram como causa ambiental o contágio de doenças por vírus e bactérias, por exemplo. As crianças da nossa amostra fazem referências muito raras a esta dimensão, nomeadamente, “não deitar lixo para o chão”, “ser amiga do ambiente” e “respeitar o ambiente”. Podemos lançar mais uma vez a hipótese da informação como factor de influência para a

construção dos conceitos de saúde e doença, pois sabemos que na geração dos pais destas crianças a temática ambiental não era constituía matéria de estudo suficientemente importante.

A “morte” e a “velhice” são ideias que aparecem pontualmente, na nossa amostra. A morte é associada à ideia seguinte: saúde é não morrer ou sobreviver. A velhice também foi associada ao tema da saúde mas não ficou claro quanto à sua significação

As ideias encontradas no nosso estudo parecem ser compatíveis com as definições de O’Donnell (1986) que definiu cinco dimensões da saúde, cada uma delas incluindo várias áreas que devem coexistir equilibradamente: a saúde social abrangendo as relações com os amigos, família e comunidade; a saúde intelectual que abrange a educação, o desenvolvimento da carreira e a realização intelectual; a saúde emocional que inclui a gestão do *stress* e crises emocionais, a saúde espiritual que abrange o amor, a esperança, a caridade e a saúde física que abrange a condição física, a alimentação, os cuidados médicos e o controlo do abuso de substâncias.

Quanto às ideias sobre doença, a categoria mais emergente é o sintoma associado à doença. A criança consegue definir uma dor específica ou uma dor vaga; uma queixa direccionada a uma parte do corpo ou simplesmente uma queixa vaga; uma ferida localizada; o choro; ou outros sintomas específicos de determinadas doenças como a febre, o cansaço, falta de ar, vómitos, hipertensão, entre outros.

A Segunda resposta mais frequente é a identidade da doença. A criança tenta classificar as doenças atribuindo-lhes um nome. Algumas vezes evoca o nome como varicela, gripe, doença alérgica, anorexia, pneumonia, sarampo, papeira, leucemia, SIDA, cárie. Outras vezes, refere-se á doença com significados que se referem á função ou órgão afectado como, por exemplo, doença na cabeça, pulmões, doente do nariz, doença do coração doença no fígado, partir um braço, uma perna, a cabeça, doente da boca, entre outras.

Estes resultados estão de acordo com os encontrados por Leventhal e col. (1980), que referem que os adultos identificam cinco dimensões de doença de entre as quais a Identidade da doença (a determinação da doença incluindo a designação e o sintoma) e que esta influencia os comportamentos de saúde.

Goldman (1991), no seu estudo com crianças do pré-escolar também refere que as crianças são capazes de descrever um estado geral de uma doença particular e a sintomatologia que lhe é característica.

A terceira categoria mais emergente na doença é a hospitalização, a qual implica uma preocupação com a resolução da doença ou a reparação da saúde. A criança refere-se à hospitalização e ao internamento bem como à intervenção cirúrgica como estratégias de resolução da doença, as estratégias de coping relacionadas com a doença.

O estudo de Goldman (1991), refere-se também à identificação, na criança pequena, de dimensões através das quais a criança organiza os conceitos de doença e chegou à conclusão que a criança compreende cinco dimensões de doença, também identificadas nos adultos por Leventhal (1980), que incluem a causalidade (factores que conduziram à doença), a identidade (identificação e sintomas), a consequência (avaliação a longo ou curto termo das doenças), a duração (curso temporal da doença) e a cura (como facilitar a recuperação ou resolução da doença), apesar de nas crianças os conteúdos serem menos maduros e informados do que nos adultos.

Foram também encontradas dimensões como o grau da doença que diz respeito à sua gravidade (se é mais ou menos grave) ou à quantidade (se tem uma ou mais doenças). Lau (1995), encontrou, nos adultos, a dimensão gravidade e relacionou-a com a dimensão temporal.

Quanto á dimensão cuidados médicos (ir ao médico e tratar-se) é algumas vezes referida e os comportamentos que a pessoa deve ter para curar a doença, tomar medicação e aderir ao tratamento são categorias que são relativamente importantes e revelam estratégias de resolução da doença.

Todas estas dimensões foram encontradas no nosso estudo embora cabendo em diferentes categorias e tendo relevância diferente. Assim, a identidade e o sintoma são categorias mais frequentes bem como a hospitalização, donde adquirem maior representação entre as respostas das crianças do nosso estudo. As dimensões causa e grau da doença tornam-se menos relevantes. Aparecem também as dimensões tempo e cura que são raras, embora a hospitalização e os cuidados médicos pudessem ser incluídos na cura da doença (Leventhal, 1980).

As crianças do nosso estudo nomearam os cuidados médicos e hospitalização, como sendo comportamentos de *coping* com a doença. Mas também se referiram aos comportamentos de doença como o comportar-se como doente. Estes que dizem respeito ao estatuto ou o papel assumido pela pessoa que está doente, e que adopta comportamentos compatíveis com esse mesmo papel, como o ficar na cama ou em casa e não sair à rua, na tentativa de promover a cura da doença.

Não podemos deixar de relacionar este aspectos com os dados revelados pelos pais no inquérito demográfico colocando a hipótese de que a ideia na criança pode estar relacionada com as interpretações da experiência e de atitudes de resolução e confronto com a doença destes. Os pais referiam no inquérito que quando a criança está doente, fica em casa, embora não fique na cama. Estes reconheciam que embora a criança não pudesse fazer a sua vida normal e, tendo que ficar em casa, não havia necessidade de restringir actividade à criança, não sendo pois necessário ficar na cama.

Os pais referem, também, que os familiares próximos da criança tiveram ou têm doença e, na sua maioria, foram sujeitos a internamento hospitalar (a maioria avós e a seguir as mães, e que estas são mais sujeitas a internamento do que os pais e os irmãos).

Estes dados parecem estar de acordo com os resultados obtidos a partir das respostas das crianças, sendo que as categorias relativas às dimensões sintomas, identidade e hospitalização, são as três mais frequentes. Parece que as crianças da

nossa amostra conhecem bem estes temas, provavelmente através da experiência familiar de doença.

A ausência de comportamentos relacionados com a saúde é a quarta categoria com maior percentagem quando relacionado com as ideias de doença, e particularmente, de coping com a doença.

Parece haver uma preocupação em identificar dimensões relacionadas com a doença mas, simultaneamente, em adoptar estratégias para a sua resolução, e neste sentido, o modelo de auto-regulação da saúde de Leventhal (1997) que se aplica ao adulto, explica esta tendência. Esta parece existir também na criança, pois está subjacente que o sentido ou interpretação da doença ajuda a percepção do sintoma e, conseqüentemente, os comportamentos de *coping* com a doença.

Estudos de Eiser (1990), chegaram à conclusão que crianças que tinham tido um membro da família hospitalizado durante uma semana ou mais, mostraram maior preocupação com as conseqüências sociais e pessoais da doença relativamente às crianças que não tinham passado por esta experiência. Refere, também, que a experiência pessoal de doença resulta numa mais limitada e imatura compreensão de doença e, ao contrário, crianças com um familiar próximo doente, sobretudo pais, estão em melhores condições para desenvolver uma melhor compreensão da doença e de desenvolver respostas mais empáticas com a doença.

Quer dizer que não é a própria experiência de doença que resulta numa melhor compreensão e coping com a doença, mas a experiência de um outro significativo, familiar, com o qual a criança possa aprender. Mais uma vez, ressalta a importância dos factores familiares como factor de influência para a construção de conceitos de saúde e doença na criança.

No nosso estudo, segundo a opinião dos pais, o comportamento da criança não sofreu alterações após experiência de doença e/ou internamento da criança e/ou de um familiar próximo. Assim, parece que os pais tendem a considerar que a experiência pessoal e familiar de doença e de internamento não alterou o seu

comportamento da criança, e consideram que estas situações foram motivo de preocupação dos pais e não dos filhos.

Mas, se considerarmos as respostas das crianças, verificamos que existe uma relação entre a experiência pessoal e familiar de doença que suporta a construção das respostas de saúde e doença na criança. É de realçar a existência de respostas em que as crianças se suportam num outro significativo para explicar a sua ideia, por exemplo, “a minha mãe”, “a minha tia”, entre outras. As crianças do nosso estudo utilizam a experiência pessoal para suportar a construção de significações sobre saúde e doença.

Num estudo sobre a compreensão do sangue em crianças saudáveis, Eiser (1993) concluiu que em crianças de idade pré-escolar, a experiência pessoal é fundamental no desenvolvimento e compreensão do conceito.

A quarta categoria mais referida no conceito de doença tem a ver com a ausência de comportamentos de protecção da saúde. As explicações vão desde não ter tido uma alimentação adequada, não ter higiene, não fumar, não beber álcool ou não ter tido cuidado com a sua saúde. Está implícita a responsabilidade pessoal na manutenção da saúde e as consequências da não adopção de comportamentos de promoção e protecção da saúde. Goldman e col. (1991), num estudo com crianças do pré-escolar, chegou á conclusão que estas tinham uma compreensão de sua contribuição para a cura da doença, mas o mesmo não se verificou para prevenção da doença. No nosso estudo isto não se verificou.

As referências à saúde emocional adquirem, na doença, maior relevância pois é a quinta dimensão temática mais referida pela sua ausência: “ausência de saúde emocional”. Para além da ideia evocada de que as pessoas doentes também são simpáticas, há um sentimento de tristeza associado ao estar doente, bem como a ideia de que a pessoa doente necessita de receber afecto. A dimensão emocional é valorizada perante a pessoa doente, um factor importante de coping com a doença. Não podemos deixar de, também aqui, relacionar estes dados com os dados fornecidos pelos pais no questionário demográfico. Verificamos que a tristeza é o

estado emocional mais frequentemente descrito por uma minoria de pais que consideram que a experiência de doença e/ou internamento da criança, ou de um familiar próximo, alterou o comportamento da criança. Assim, as crianças referem que a saúde emocional é associada a ideias de doença e, muito raramente, associado a ideias de saúde.

Na criança, a doença parece estar ligada a sentimentos de desamparo e tristeza e a relação saúde e doença parece estar associada com a relação segurança e insegurança Fávero e Salim (1995).

A ideia de que a doença pode trazer problemas de funcionalidade também é algumas vezes referida pelas crianças do nosso estudo (barreiras físicas ou não poder sair de casa).

Encontraram-se categorias pouco expressivas quando relacionadas com a doença, como por exemplo, a ausência de condições de vida, a morte e a velhice.

Estes resultados permitem-nos estabelecer novas hipóteses de trabalho, uma vez que este estudo nos coloca perante uma metodologia com limitações (interpretação subjectiva do ponto de vista do observador sobre o conteúdo do texto produzido pelas crianças), a qual só pode ser ultrapassada se, a partir daqui, forem estabelecidas e testadas novas hipóteses.

V. Conclusões

A partir da discussão de resultados podemos concluir que a criança organiza os conceitos de saúde e doença a partir da comparação de ideias baseadas na presença ou ausência de temas relacionadas com a saúde e/ou com doença.

De um modo geral, a saúde aparece como ausência de doença e a doença como ausência de saúde. O processo de construção de ideias sobre saúde e doença implica que, num primeiro momento, a criança parte de um conceito mais conhecido e, a partir daqui, tenta elaborar o conceito menos conhecido. Deste modo, e/ou num segundo momento, a criança pode utilizar a bi-multi-dimensionalidade, na saúde e doença, simultaneamente, para a construção dos mesmos conceito. Isto quer dizer que a construção de ideias sobre saúde e doença constitui-se como um processo dinâmico e não se apresenta apenas como o seu contrário, e é conferido de carácter emocional, social, causal, temporal, entre outros, consoante a área temática/categorial que lhe é associada.

A criança parece saber mais sobre doença do que sobre saúde, e apresenta uma maior variedade de categorias temáticas no conceito de doença, do que no conceito de saúde.

Existem categorias temáticas comuns á saúde e doença, mas existem categorias temáticas que são mais associadas a uma do que a outra. As dimensões que estão mais relacionados com a saúde são bem-estar, comportamentos de protecção da saúde (alimentação, exercício físico, higiene, não adopção de comportamentos aditivos) e saúde social. As dimensões mais associadas à doença são a identidade, sintoma e hospitalização.

A construção dos conceitos de saúde e doença afigura-se, pois, como um processo dinâmico e contínuo.

A saúde define-se pela positiva e existe uma consciência de responsabilidade pessoal na manutenção da saúde.

A saúde emocional e física aparecem pouco relacionadas com a saúde.

As dimensões de doença na criança são próximas das encontradas nos adultos (Leventhal, 1980), e referem-se às dimensões identidade, consequência, duração, causa e cura, apesar de estes conteúdos serem menos informados do que nos adultos.

No nosso estudo as dimensões causa, tempo e cura também aparecem numa pequena percentagem de respostas.

A Quarta categoria mais referida em relação á doença é a ausência de comportamentos relacionados com a saúde, a qual parece traduzir a preocupação de apresentar estratégias de resolução da doença no sentido de restabelecer a saúde. Existe a ideia de intervir simultaneamente na saúde e na doença e há uma consciência de responsabilidade individual neste processo.

Parece que, tal como refere Goldman (1991), as concepções da criança são determinadas pelo desenvolvimento cognitivo bem como pelo confronto com as crenças e expectativas dos que lhes estão próximos. Para além dos factores de ordem maturativa (idade e desenvolvimento cognitivo da criança), factores como a informação adquirida e a experiência pessoal e familiar de doença parecem contribuir para a construção das ideias de saúde e doença na criança.

Verificámos, através das entrevistas demográficas aos pais, que a maioria destas crianças experimentaram episódios de doença pessoal e/ou familiar, o qual parece contribuir para a construção das concepções de saúde e doença na criança.

Este estudo parece ser útil na medida em que permite contribuir para a compreensão das concepções de saúde e doença na criança saudável. Existe uma linguagem mais adequada e próxima da criança que pode ser utilizada em várias áreas da psicologia da saúde infantil (promoção e educação para a saúde; reduzir a ansiedade nos procedimentos médicos; envolver a criança nas decisões no tratamento da doença; aumentar a adesão nos regimes médicos) facilitando a comunicação entre adultos e crianças.

As respostas às entrevistas e as categorias temáticas encontradas constituem-se como verdadeiras listas de vocabulário infantil relativamente aos temas de saúde e doença, por exemplo, facilitando, no futuro, a construção de um questionário de percepção de saúde doença na criança.

VI. REFERÊNCIAS

- Abelin, T. (1991). Health promotion. In W. Holand, R. Detels & G. Knox (Eds.), *Oxford textbook of public health* (2nd ed.) (vol. 3, 557-589). Oxford University Press.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, New York:Prentice-Hall
- Barondess, J. A. (1971). Disease and illness- a crucial distinction. *The American Journal of Medicine*, 66, 375-376.
- Barros, L. (1996). Contribuição do estudo das significações sobre saúde e doença para as intervenções em psicologia pediátrica. *Análise Psicológica*, 2-3 (XIV), 215-230.
- Barros, L. (1997). Significações parentais sobre saúde e doença: algumas sugestões para a intervenção. In Marchand, H.& Pinto, H.R. (Eds). *Colóquio Família: Contributos da Psicologia e das Ciências da Educação*, Actas (pp.171-182). Lisboa: Educa.
- Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*: Lisboa: Climepsi
- Baumann, L.; Cameron,L.D.; Zimerman, R. & Leventhal, H. (1989). Illness representations and matching labels with symptoms. *Health Psychology*, 8, 449-469.
- Baumann, L. J. & Leventhal, H. (1985) I can tell when my blood pressure is up, can't I?. *Health Psychology*, 4, 203-218.
- Becker, T. E. (1974). On latency. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 3-11. New Haven: Yale University Press.
- Bibace, R., Walsh, M. (1979). Developmental stages in children's conceptions of illness. In G. Stone, F. Cohen e N. Adler (Eds.), *Health Psychology*,285-301. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bibace, R., Walsh, M. (1980). Development of children's concepts of illness. *Pediatrics*, 66, 912-917.

- Bishop, G.D., Converse, S.A. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology*, 5, 95-114.
- Bishop, G.D. (1991). Understanding the understanding of illness: lay disease representations. In J.A. Skelton & R.T. Croyle (Eds.), *Mental representations in health and illness*, 32-59. New York: Springer-Verlag.
- Bornstein, B. (1951). On Latency. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6, 279-285. New-York: International Universities Press.
- Campbell, A., Converse, P. & Rogers, W. (1976). *The quality of american life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Carey, S. (1985). *Conceptual Changes in childhood*. Cambridge, Ma: MIT Press.
- Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretations. *Psychological Bulletin*, 109, 25-41.
- Clafin, C. J. & Barbain, O. A. (1991). Does telling less protect more ? Relationship among age, information disclosure and what children with cancer see and feel. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 169-174.
- Denis, P. (1995). La Patologie à la période de latence. In Lebovici, S.; Diatkine, R.; Soulé, M. (Eds.). *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Vol. 3. (pp. 2143-2146) .Paris: PUT.
- Downie, R. S., Fyfe, C. & Tannahill, A. (1990). *Health Promotion Models and Values*. Oxford: Oxford Press.
- Eiser, C. & Eiser, R. J. (1990). The Effects of Personal and Family Hospital Experience on Children's Health Beliefs, Concerns and Behaviour. *Social Behaviour*, 5, 307-314.
- Eiser, C. & Kopel S. J. (1997). Children's Perception of Health and Illness. In *Current Research and Applications*. (47-76). EDS
- 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.

- Fávero, M. H. & Salim, C. M. R. (1995). A relação entre os conceitos de saúde, Doença e morte: Utilização do desenho na colecta de dados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 11, 3, 181-191.
- Ferreira, T. (2002). Em defesa da Criança- Teoria e Prática Psicanalítica da Infância. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Freud, A. (1948). Certain types and stages of social maladjustment. In *Seachlight on Delinquency*. New York: International Universities Press, 1949, 193-204.
- Freud, S. (1905). Tree essays on the theory of sexuality. Standart Edition, 7, 125-245. London: Hogarth Press, 1953.
- Ghiglione e Matalon (1993). O Inquérito- Teoria e Prática. Oeiras: Celta.
- Gochman, D. (1985). Family determinants of children's concepts of health and illness. In D. Turk & Kerns (Eds.). *Health, illness and families: a life-span perspective*, 23-50. New York: John Wiley.
- Goldman, L. S.; Whitney-Saltiel, D.; Granger, J.; Rodin, J. (1991). Children's Representation of "Everyday" Aspects of Health and Illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 6, 747-766.
- Harris, D.M. & Guten, S. (1979). Health-protective behavior: an exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 17-29.
- Henry, P.; Moscovici, S. (1968). "Problèmes de l'analyse de contenu", *langages*, 2, Paris: Larousse.
- Havermans, G. M. F. A. & Eiser, C. (1991). Locus of control and efficacy in healthy children and those with diabetes. *Psychology and health*, 5, 297-306.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *A Psicopatologia do Desenvolvimento do Adolescente e do Adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Joyce-Moniz, L. (1994). A Psicologia da doença. *Análise Psicológica*, 12 (2-3) 233-251.
- Kasl, S. V. & Cobb, S. (1966). Health Behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environment and Health*, 12, 246-266.

- Kaplan, E.B. (1965). Reflections regarding psychomotor activities during the latency period. *The Psychoanalytic Study of the child*, 20, 220-238. New York: Yale University Press.
- Kestenberg, J. S. (1957). Vicissitudes of female sexuality. *Journal of American Psychoanalysis Association*, 4, 453-476
- Kramer, M.D.; Rudolph, J., M.;D. (1991). The Latency Stage. In Stanley, I; Greenspan, M.D.; Pollock, M.D. (Eds.), *The Course of Life*, vol. 3 (pp.285-317).
- Lau, R. R. (1995). Cognitive representations of health and illness. In D. Gochman (Ed.), *Handbook of Health Behaviour Research*, vol. 1.
- Lau, R.; Bernard, J. M.; Hartman, K. A. (1989). Further explanations of common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8, 195-219.
- Leventhal, H. & Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In J.A. Skelton & R.T. Croyle (Eds) *Mental representation in health and illness*. New York: common sense to understand treatment adherence and effect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
- Leventhal, H. Easterling, D.V., Coons, H., Luchterhand, C. & Love, R.R. (1986). Adaptation to chemotherapy treatments. In B. Andersen (Ed.), *Women with cancer*. New York: Springer-Verlag.
- Leventhal, H.;Nerenz, D. (1985). The assessment of illness cognition. In P. Karoly (Ed.). *Measurement Strategies in Health Psychology*, pp.517-554. N.Y: John Wiley.
- Leventhal; H., Nerenz, D. R. & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health Threats. In A. Baum, S.E.Taylor & J.E.Singer (Eds). *Handbook os Psychology and health*, vol.4. Social psychological aspects of health. Hillsdale, N.Y: Erlbaum
- Leventhal, H.; Meyer, D.; Nerenz, D. (1980). "The common sense representation of illness danger". In S. Rachman (Ed.), *Medical Psychology*, Vol. 2, pp. 7-30. Nova lorque: Pergamon.

Leventhal, E.A., Leventhal, H. Shacham, S. & Easterling, D.V. (1989). Active coping reduces reports of pain from childbirth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 365-371.

Melamed, B.G. & Matthews, K.A., Routh, D.K. & Stabler, B. (1986). Introduction (to special issue on Child Health Psychology). *Health Psychology*, 5, 181-183.

Melamed, B.G., Matthews, K.A., Routh, D.K., Stabler, B. & Scheiderman, N. (Eds) (1988). *Child Health Psychology*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.

Moniz, Joyce, L. & Barros, L. (1994). Psicologia da Doença. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 233-251.

Moss Morris, R. (1997). The role of illness cognitions and coping in the aetiology and maintenance of the chronic fatigue syndrome. In K.J. Petrie & J. Weinman (Eds). *Perceptions of health and illness: current research and applications*. London: Harwood Academic, 411-439.

Natapoff, J. (1978). Children's views of health; a developmental study. *American Journal of Public Health*, 68, 995-1000.

O'Donnell (1986). Definition of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1 (1), 4-5.

O'Donnell, M. P. (1989). Definition of health promotion, part III: expanding the definition. *American Journal of Health Promotion*, 3, (3), 5.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi. (Tradução do original em inglês Health psychology: a textbook. Buckingham: Open University Press, S/D)

Pennebaker, J. W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer-Verlag.

Pennebaker, J. W. (1983). Accuracy of symptom perception. In A. Baum, S. E. Taylor, J. Singer (Eds), *Handbook of Psychology and Health*, vol.4. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates.

Piaget, J., Inhelder, B. (1968). *La psychologie de l'enfant*. Paris: PUF.

Piaget, J. (1936). *The Origins of Intelligence in Children*. New York: International Universities Press, 1952.

- Piaget, J. (1932). *The Moral Judgment of the Child*. New York: Free Press.
- Piaget, J. (1954). *The Construction of Reality in The Child*. New York: Basic Books.
- Perrin, E., Gerrity, P. (1981). There's a demon in your belly: Children's understanding of illness. *Pediatrics*, 67, 841-849.
- Reyner, E. (1978). *O Desenvolvimento do ser humano*. Lisboa: Edição 70.
- Ribeiro, J.L.P.(1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J.L.P. (1994). Psicologia da Saúde, Saúde e Doença. In McIntyre, T.M. (Eds.), *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras* (pp.55-72). Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J.L.P. (1994). A Psicologia da Saúde e a Segunda Revolução da Saúde. In McIntyre, T.M. (Eds), *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras* (pp. 33-53). Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa. Climepsis.
- Roberts, M., Maddux, J., Wright, L. (1982). Memorandum to call for position papers regarding training and education in pediatric psychology. *Sourcebook in Health psychology*. Washington, D. C.: American Psychological Association, Division 38.
- Sarnoff, C. (1976). *Latency*. New York: Aronson.
- Schechter, M.D. & Graham, L.C. (1991). The Normal developmental of the Seven-to-Ten-Year-Old Child. In Stanley, I; Greenspan, M.D.; Pollock, M.D. (Eds.), *The Course of Life : midle and late childhood*, vol. 3, (285-317).
- Simeonsson, R.J. ; Buckley, L.; Monson, L. (1993). Conceptions of illness Causality in Hospitalized Children. In Roberts, M.; Koocher, G.; Routh, D.; Willis, D. (Eds), *Readings in Pediatric Psychology* (pp.173-180). NY: Plenum Press
- Taylor, S. E.; Lichtman, R. R. ; Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.

- Terris, M. (1975). Approach to a epidemiology of health. *The American Journal of Public Health*, 65 (10), 1037-1045.
- Tessler, R. & Mechanic, D. (1978). Psychological distress and perceived health status. *Journal of Health and Social Behaviour*, 19, 254-262.
- Thoresen, C. E. & Eagleston, J. R. (1985). Counseling for Health. *The Counseling PsYchologist*, 13 (1), 15-87.
- Trindade, I. & Teixeira, J. A. C. (1998). Psicologia da saúde infantil. *Análise Psicológica*, 1 (XVI), 155-158.
- Weinman, J. & Petrie, K. J. (1997). *Perceptions of Health and Illness*. London: Harwood Academic.
- Weinman, J. & Petrie, K. (1997). Illness perceptions-a new paradigm for psychosomatics. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 113-116
- Weinman, J. (S/D). Health Care. In Jownston, M. & Jownston, D.W (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (pp.4-47). Oxford: Elsevier Science.
- WHO (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, 2, 100. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.
- WHO (1986^a). *Health promotion: concepts and principles in action, a policy framework*. Geneve: WHO.
- Whitt, J. (1982). Children's understanding of illness: developmental considerations and pediatric interventions. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*, 3, 163-201.
- Wright, L. (1967). The pediatric psychologist:a role model. *American Psychologist*, 22, 323-325.

ANEXO A

Classificação da Avaliação do Nível Socio-Económico

(Almeida, 1988)

Nível Socio-Económico Baixo: trabalhadores assalariados; por conta de outrem; trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil; empregados de balcão no pequeno comércio; contínuos; cozinheiros; empregados de mesa; empregados de limpeza; pescadores; rendeiros; trabalhadores agrícolas; vendedores ambulantes; até ao ciclo preparatório.

Nível Socio-Económico médio: trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas); motoristas; pequenos patrões do comércio; indústria e serviços; profissionais técnicos intermédios independentes; pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, seguros e bancários; agentes de segurança; contabilistas; enfermeiros; assistentes sociais; professores do ensino básico e secundário; do 4º ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores.

Nível Socio-Económico Elevado: grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e de serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino secundário e superior); artistas, oficiais superiores das forças militares e militarizadas; pilotos de aviação; do 4º ano de escolaridade à licenciatura, mestrado e doutoramento.

ANEXO B

Exmos. Srs. Encarregados de Educação,

Estamos a realizar uma investigação sobre o "Os Conceitos de Saúde e Doença na Criança". Sendo actualmente, um dos temas mais importantes na área da Psicologia da Saúde, nomeadamente, dentro da Psicologia Pediátrica, esta investigação vai contribuir para o melhor conhecimento sobre o pensamento da criança nesta matéria, o qual vai ajudar os técnicos de saúde a utilizar uma linguagem mais adequada na comunicação com a criança na educação para a Saúde. Por exemplo, em reduzir medos e ansiedades durante um tratamento de uma determinada doença, envolver a criança na decisão dos cuidados a ter com a sua saúde, aumentar o compromisso entre os regimes médicos e a adesão ao tratamento por parte da criança e da família, etc.

Para isso, contamos com a participação dos meninos do primeiro ciclo de escolaridade, crianças entre os seis e os dez anos para nos responderem a duas questões básicas sobre estes conceitos: "O que é para ti uma pessoa com saúde ?" e "O que é para ti uma pessoa doente ?".

Pretendemos, desta forma, pedir autorização aos pais/encarregados de educação para que o seu filho(a)/educando possa contribuir para a nossa investigação respondendo apenas a estas duas questões que lhes serão colocadas por mim ou pela educadora no âmbito da sala de aula no ATL.

Para que seja possível estudar os factores de influencia do conceito de saúde e doença na criança, pedimos aos pais/encarregados de educação para preencherem o questionário em anexo, o qual pode fornecer dados preciosos para a análise dos dados recolhidos junto das crianças.

Grata pela vossa atenção e esperando a vossa colaboração,

A Psicóloga

.....
(Cláudia Vidal Pinheiro)

Sim, autorizo o meu filho a participar na investigação.

Assinatura

.....
(Encarregado de Educação)

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

1. Leia com atenção a pergunta antes de responder de modo a escolher a(s) resposta(s) que achar mais conveniente(s).
2. Para cada pergunta, assinale com uma cruz se só uma resposta for verdadeira.
3. Para cada pergunta, assinale com mais de uma cruz caso haja mais de uma resposta verdadeira.
4. Quando lhe é pedida mais informação, deve completar a resposta por escrito.
5. Não deixe nenhuma pergunta por responder, se tiver dúvidas responda de acordo com a resposta que for mais aproximada da resposta verdadeira.

Agradeço a sua colaboração pela ajuda preciosa que proporcionou para a elaboração deste estudo.

A Psicóloga

(Claudia Vidal Pinheiro)

QUESTIONÁRIO

Parte I

1. Criança

Nome Próprio e Apelido.....

Data de Nascimento.....

2. Pais

	Pai	Mãe
Nome Próprio e Apelido		
Data de Nascimento		
Habilitações Literárias		
Profissão		

Neste momento está:

	Pai	Mãe
Activo		
Desempregado		
Reformado		
De Baixa		

Neste momento os pais estão:

Solteiros
Casados
Separados
Divorciados
Viúvo

Há segundo casamento:

Pai
Mãe
Ambos
Nenhum

Alguém faleceu:

Pai
Mãe
Ambos
Nenhum

3. Irmãos

	1	2	3	4	5
Nome					
Sexo					
D. de Nascimento					
H. Literárias					
Profissão					
Estado Civil					

Neste momento está (ão):

	1	2	3	4	5
Activo					
Desempregado					
Reformado					
De Baixa					

4. Avós

Avós Paternos

	Avô	Avó
Nome Próprio e Apelido		
Data de Nascimento		
Habilitações Literárias		
Profissão		

Neste momento está (ão):

	Avô	Avó
Activo		
Desempregado		
Reformado		
De Baixa		

Avós Maternos

	Avô	Avó
Nome Próprio e Apelido		
Data de Nascimento		
Habilitações Literárias		
Profissão		

8. Na sequência da manifestação da doença houve internamento hospitalar?

Sim
Não

Se Não, passar à pergunta 13. Se Sim, continuar a responder à pergunta seguinte.

9. O internamento foi por um período de:

Um a três dias
Três a cinco dias
Cinco a sete dias
Sete a quinze dias
Quinze a trinta dias
Mais de trinta dias

10. Para a criança o internamento foi um acontecimento:

Não foi grave
Foi relativamente grave
Grave
Pouco grave
Não foi grave

11. Após o internamento a criança ficou:

Ansiosa
Agitada
Triste
Agressiva
Calada
Medrosa
Normal

12. Na família quem ficou mais preocupado com o internamento?

Pai
Mãe
Irmão(s)
Avó(s)
Outros
Ninguém

Qual (ais)?
Qual (ais)?
Quem?

ANEXO B

Exmos. Srs. Encarregados de Educação,

Estamos a realizar uma investigação sobre o "Os Conceitos de Saúde e Doença na Criança". Sendo actualmente, um dos temas mais importantes na área da Psicologia da Saúde, nomeadamente, dentro da Psicologia Pediátrica, esta investigação vai contribuir para o melhor conhecimento sobre o pensamento da criança nesta matéria, o qual vai ajudar os técnicos de saúde a utilizar uma linguagem mais adequada na comunicação com a criança na educação para a Saúde. Por exemplo, em reduzir medos e ansiedades durante um tratamento de uma determinada doença, envolver a criança na decisão dos cuidados a ter com a sua saúde, aumentar o compromisso entre os regimes médicos e a adesão ao tratamento por parte da criança e da família, etc.

Para isso, contamos com a participação dos meninos do primeiro ciclo de escolaridade, crianças entre os seis e os dez anos para nos responderem a duas questões básicas sobre estes conceitos: "O que é para ti uma pessoa com saúde ?" e "O que é para ti uma pessoa doente ?".

Pretendemos, desta forma, pedir autorização aos pais/encarregados de educação para que o seu filho(a)/educando possa contribuir para a nossa investigação respondendo apenas a estas duas questões que lhes serão colocadas por mim ou pela educadora no âmbito da sala de aula no ATL.

Para que seja possível estudar os factores de influencia do conceito de saúde e doença na criança, pedimos aos pais/encarregados de educação para preencherem o questionário em anexo, o qual pode fornecer dados preciosos para a análise dos dados recolhidos junto das crianças.

Grata pela vossa atenção e esperando a vossa colaboração,

A Psicóloga

.....
(Claudia Vidal Pinheiro)

Sim, autorizo o meu filho a participar na investigação.

Assinatura

.....
(Encarregado de Educação)

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

1. Leia com atenção a pergunta antes de responder de modo a escolher a(s) resposta(s) que achar mais conveniente(s).
2. Para cada pergunta, assinale com uma cruz se só uma resposta for verdadeira.
3. Para cada pergunta, assinale com mais de uma cruz caso haja mais de uma resposta verdadeira.
4. Quando lhe é pedida mais informação, deve completar a resposta por escrito.
5. Não deixe nenhuma pergunta por responder, se tiver dúvidas responda de acordo com a resposta que for mais aproximada da resposta verdadeira.

Agradeço a sua colaboração pela ajuda preciosa que proporcionou para a elaboração deste estudo.

A Psicóloga

(Cláudia Vidal Pinheiro)

QUESTIONÁRIO

Parte I

1. Criança

Nome Próprio e Apelido.....

Data de Nascimento.....

2. Pais

	Pai	Mãe
Nome Próprio e Apelido		
Data de Nascimento		
Habilitações Literárias		
Profissão		

Neste momento está:

	Pai	Mãe
Activo		
Desempregado		
Reformado		
De Baixa		

Neste momento os pais estão:

Solteiros
Casados
Separados
Divorciados
Viúvo

Há segundo casamento:

Pai
Mãe
Ambos
Nenhum

Alguém faleceu:

Pai
Mãe
Ambos
Nenhum

3. Irmãos

	1	2	3	4	5
Nome					
Sexo					
D. de Nascimento					
H. Literárias					
Profissão					
Estado Civil					

Neste momento está (ão):

	1	2	3	4	5
Activo					
Desempregado					
Reformado					
De Baixa					

4. Avós

Avós Paternos

	Avô	Avó
Nome Próprio e Apelido		
Data de Nascimento		
Habilitações Literárias		
Profissão		

Neste momento está (ão):

	Avô	Avó
Activo		
Desempregado		
Reformado		
De Baixa		

Avós Maternos

	Avô	Avó
Nome Próprio e Apelido		
Data de Nascimento		
Habilitações Literárias		
Profissão		

8. Na sequência da manifestação da doença houve internamento hospitalar?

Sim

Não

Se Não, passar à pergunta 13. Se Sim, continuar a responder à pergunta seguinte.

9. O internamento foi por um período de:

Um a três dias

Três a cinco dias

Cinco a sete dias

Sete a quinze dias

Quinze a trinta dias

Mais de trinta dias

10. Para a criança o internamento foi um acontecimento:

Não foi grave

Foi relativamente grave

Grave

Pouco grave

Não foi grave

11. Após o internamento a criança ficou:

Ansiosa

Agitada

Triste

Agressiva

Calada

Medrosa

Normal

12. Na família quem ficou mais preocupado com o internamento?

Pai

Mãe

Irmão(s)

Avó(s)

Outros

Ninguém

Qual (ais)?

Qual (ais)?

Quem?

18. Após o internamento, a criança, em casa passou a ser:

- Calada
- Agitada
- Agitada
- Meiga
- Obediente
- Triste
- Alegre
- Medrosa
- Ansiosa
- Não alterou o comportamento

19. Quando está doente a criança fica:

- Em casa
- Vai à escola

20. Quando a criança está doente qual o período de tempo que leva para retomar a sua vida normal?

- Um a três dias
- Três a cinco dias
- Cinco a sete dias
- Sete a quinze dias
- Quinze a trinta dias
- Mais de trinta dias

21. Quando a criança precisa de ir ao médico, quem é que costuma ir com ela?

- Pai
- Mãe
- Irmão(s)
- Avó(s)
- Outros

Qual (ais)?

Qual (ais)?

Quem?

22. Quando a criança está doente quem é que normalmente cuida dela?

- Pai
- Mãe
- Irmão(s)
- Avó(s)
- Outros

Qual (ais)?

Qual (ais)?

Quem?

23. Quando a criança está doente:

- Recorrem ao médico
- Dão os medicamentos habituais
- Aconselham a criança a ficar na cama
- Procuram que a criança não fique nervosa
- Procuram que a criança faça a sua vida habitual
- Toda a vida da família se centra no cuidado a dar à criança

24. Quando a criança está doente quanto tempo leva para se curar?

- Um a três dias
- Três a cinco dias
- Cinco a sete dias
- Sete a quinze dias
- Quinze a trinta dias
- Mais de trinta dias

25. A doença da criança tem causa:

- Familiar
- Ambiental
- Escolar
- Psicológica
- Outra

Qual?

Parte IV

26. A criança fica ou ficava

- Na creche
- No Jardim Infantil
- Com a mãe
- Com o pai
- Com o(s) avó(s)
- Com uma ama
- Outro

Quem?

33. Desde que a criança entrou para a escola passou a ser:

Alegre

Triste

Agitada

Interessada

Desinteressada

Apática

Participativa

Comunicativa

Está bem integrada na escola

Não se adaptou à escola

34. Considera a criança, de um modo geral:

Saudável

Doente

ANEXO C

QUESTIONÁRIO

Estamos a realizar um estudo na área da Saúde, e gostaríamos de saber a tua opinião sobre:

1) O que é para ti uma pessoa com saúde?

2) O que é para ti uma pessoa doente?

ANEXO D

o

Lista I - Categorias das
Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Saúde	Categorias Temáticas
1	"O que é que é saúde?"	Não Responde
2	"Sei lá...não me estou a lembrar"	Não sei
3	"É uma pessoa que está feliz"	Bem-estar
4	"É uma pessoa que não está doente"	Ausência de doença
5	"É uma pessoa amiga, arranja muitos amigos e brinca muito"	Saúde social (amiga, arranja muitos amigos, brinca muito)
6	"Não sei"	Não sei
7	"É uma pessoa muito contente e alegre"	Saúde emocional (contente, alegre)
8	"É uma pessoa que tem muito dinheiro"	Condições de vida (tem muito dinheiro)
9	"É uma pessoa bonita e boa"	Saúde Física(bonita) Saúde emocional(boa)
10	"É uma pessoa que está bem, não está com doenças"	Bem-estar(está bem)/Ausência de doença(não está com doenças)
11	"É uma pessoa que não tem doenças, que come bem"	Ausencia doença/Comportamento de protecção saúde(Alimentação:come bem)
12	"Não sei, nem sei o que é uma pessoa com saúde, que estranho!"	Não sei
13		Não responde
14	"É com saúde"	Não Responde
15	"Com saúde, aí...uma pessoa com saúde..uma pessoa com saúde, é difícil, aí..."	Não Responde
16	"Uma pessoa com saúde para mim é uma pessoa que está boa, tem as vacinas em dia, vai ao hospital quando está doente, é uma pessoa que tem tudo me ordem e come bem"	Bem-estar(está boa)/Comportamentos de protecção saúde(Cuidados médico:vacinas,vai hospital...)
17	"Com saúde, não sei o que é saúde, eu não sei"	Não sei
18	"È uma pessoa com saúde para viver, tem dinheiro para comprar mais nada"	Bem-estar(saúde para viver)/Condições de vida(dinheiro...)
19	"É uma pessoa que está boa de saúde"	Bem-estar
20	"Que tem muita saúde..ou mais nada"	Saúde-Grau(muita saúde)
21	"É uma pessoa, é uma pessoa..não"	Não Responde
22	"Uma pessoa saudável? Para mim é uma pessoa boa, de boa saúde e simpática, são pessoas que não são doentes, não têm SIDA nem doenças nenhuma"	Saúde Emocional(boa, simpática)/Bem-estar(boa saúde)/Ausência saúde/Ausência de Doença infec.(SiDA)
23	"É uma pessoa que tem boa saúde"	Bem-estar
24	"É uma pessoa amiga, boa, com saúde"	Saúde social(amiga)/Saúde emoc(boa)
25	"Sou eu"	Não responde
26	"É uma pessoa com coração bom, com saúde, é uma pessoa amigável"	Saúde Emocional (coração bom)/Saúde Social(amigável)
27	"Uma pessoa saudável é uma pessoa que come, que não come muitas coisas que fazem mal e que come muita fruta e faz muito desporto"	Comportamento de protecção saúde(alimentação, desporto)
28	"È uma pessoa que come bem, que tem peso e estatura normal para a idade"	Saúde física(peso, esta...)/Comportamento de protecção saúde (alimentação)
29	"Cuida-se bem, cuida bem do seu corpo"	Comportamento de protecção saúde(cuida-se...)/Saúde Física(corpo)
30	"É uma pessoa que não come porcarias"	Comportamento de protecção saúde(Alimentação:não come porcarias)
31	"É uma pessoa que não come muitos doces, toma banho todos os dias, alimenta-se bem"	comportamento de ProtecçãoSaúde(Alimentação;Higiéne)

Lista I - Categorias das Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Saúde	Categorias Temáticas
32	"É uma pessoa com bom humor, e bem educada, trata bem da sua saúde"	Saúde emocional (bom humor)/Saúde Social(educada)/Comportamento de protecção saúde(trata bem...)
33	"Come frutas, couves... É saudável! Tem saúde, energia"	Comportamento Protecção Saúde(Alimentação, come frutas..)/Saúde Física(energia)
34	"A minha avó é uma pessoa com saúde porque ela trata sempre de mim"	Comportamento de protecção saúde(trata bem de mim)/Resposta baseada Experiência Pessoal(RBEP)
35	"É uma pessoa bem disposta"	Saúde emocional (bem disposta)
36	"Os meus pais...gosto deles são queridos, os meus amigos também"	Saúde emocional(gosto deles)
37		Não respondeu
38	"É uma pessoa que está bem, uma pessoa sem qualquer doença, sente-se bem e não tem dores"	Bem-estar(está bem, sente-se bem)/Ausência de doença/Ausência de sintomas(dores)
39	"É uma pessoa que não faz disparates, que é responsável e é saudável"	Saúde social(não faz disparates, é responsável)
40	"É uma pessoa que tem boa saúde, tem bons pulmões, pode respirar"	Saúde física (bons pulmões, pode respirar)/Bem-estar(boa saúde)
41	"É uma pessoa com boa vida"	Qualidade vida(boa vida)
42	"É uma pessoa boa e não morre"	Saúde emocional(boa)/Ausência Morte(não morre)
43	"É uma pessoa que não tem doenças, que não come coisas que engordem muito, não come muitos fritos, muito óleo"	Ausência de doença/Comportamento Protecção Saúde(Alimentação:não come coisas que engordam...)
44	"É uma pessoa bem educada, bem disposta, com saúde e que não é má para as pessoas"	Saúde social(bem-educada)/saúdeemocional(bem-disposta, não é má)
45	"é uma pessoa que está boa, não está doente nem nada por isso tem saúde"	Bem-estar/Ausência de doença
46	"Uma pessoa que está limpa, que vai ao médico, que vai ao Centro de Saúde tomar vacinas, que toma banho, que é boa para os amigos"	Comportamentos de protecção saúde(ir médico, vacinas); Higiéne(toma banho?)/Saúde social?(é boa para os amigos)/Saúde emocional
47	"Porta-se bem, é bom nas aulas, faz paz, é amigo dos colegas, não bate aos colegas"	Saúde social (faz paz, é bom nas aulas...)
48	"Não está doente e tem saúde"	Ausência de doença
49	"não sei"	Não sei
50	"Uma pessoa boa, com dinheiro, que tenha uma casa"	Saúde emocional(boa)/Condições de vida(dinheiro, casa)
51	"É uma pessoa alegre, feliz, querer aprender, gostar de trabalhar"	Saúde emocional(alegre) Bem estar(feliz)/Saúde social(quer aprender, gosta trabalhar)
52	"É ter muitos amigos, ter uma vida boa, gostar dos amigos e brincar bem com eles e não chatear com eles, não bater neles"	Saúde social (ter muitos amigos, gostar amigos, brincar, não chatear, não bater) Bem-estar (vida boa)
53	"É uma pessoa que não é doente e que não fuma muito, que não deita o lixo para o chão e que é amiga do ambiente"	Ausência de saúde/Comportamento de protecção saúde(não fumar)/Saúde ambiental(não deita lixo para chão, amiga ambiente)

Lista I - Categorias das Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Saúde	Categorias Temáticas
54	"Uma pessoa que vive bem, que é boa, que ajuda os fracos, que nunca faz guerra"	Qualidade vida(vive bem)/saúde social (ajuda os fracos, não faz guerra)/saúde emocional(é boa)
55	"É uma pessoa viva, uma pessoa que não é pobre"	Bem-estarpessoa viva)/Condições de vida(não é pobre)
56	"Sei lá, eu, a minha mãe, o meu pai, a minha avó, o meu avô, os meus avós emprestados e o meu outro avô"	Não responde
57	"não sei"	Não sei
58	"Uma pessoa que se sente bem"	Bem-estar
59	"Acho que é bom ter saúde, quando se tem saúde deve estar feliz"	Bem-estar (está-se feliz)
60	"É uma pessoa feliz, uma pessoa alegre, uma pessoa contente"	Saúde emocional (alegre, contente) bem estar (feliz)
61	"não sei"	Não sei
62	"É uma pessoa muito alegre, ser feliz, ter saúde"	Saúde emocional(alegre feliz)
63	"Está feliz, sentir-se bem, ir á rua, que pode ter animais, acho eu"	Bem-estar(sentir-se bem, está feliz)/Funcionalidade(ir à rua)/condições vida (ter animais)
64	"É uma pessoa que não tem doenças, não tem nenhum problema na vida"	Ausência de doença/Qualidade Vida
65	"É uma pessoa que gosta muito de nós que é muito nossa amiga, que gostamos muito dela"	Saúde social(gosta de nós, gostamos dela)/Saúde social(amiga)
66	"É uma pessoa que não fuma, que não faz disparates, tem saúde, tem respeito pelas pessoas, ajuda as pessoas e também deve ser muito alegre, para ter muito boa saúde"	comportamentos de protecção saúde (não fuma), saúde social (respeito, ajuda, não faz disparates)/saúde emocional(alegre)/Saúde grau(muito boa saúde)
67	"Uma pessoa com saúde é uma pessoa que não tem lá muitas doenças, que não é muitas vezes operada"	Ausência de doença/Saúde-grau/Ausência hospitalização(não é muitas vezes operada)
68	"Uma pessoa feliz que vive sem problemas e quase nunca vai ao médico e se vai ao médico é para ver se está doente mas quase nunca tem nada, ou uma constipaçãozinha"	Saúde emocional(pessoa feliz)/Qualidade vida(sem problemas)/Ausência de comportamentos protecção saúde(não vai médico)/Ausência de doença(grave)/Saúde-grau
69	"É uma pessoa que não tem problemas de vida"	Qualidade vida(não tem problemas na vida)
70	"É uma pessoa que se cuida bem, pessoa que se trata bem, uma pessoa que não exagera de remédios, uma pessoa que se tiver problemas vai ao médico para tentar resolver senão o médico manda receitar alguns medicamentos para ficar melhor"	Comportamentos protecção saúde (cuida-se bem, trata-se bem)/comp coping doença(não exagera remédios, vai ao médico...)
71	"Uma pessoa que tem uma vida boa, não tem problemas, não tem doenças"	Bem-estar(vida boa)/qualidade vida(não tem problemas)/Ausência de doença(não tem doenças)
72	"É uma pessoa que não esteja doente, que as pessoas não..as várias pessoas podem respeitá-la e quando estamos doentes devemos consultar um médico"	Ausência doença/Saúde social(respeitá-la)/coping com a doença(qdo estamos doentes devemos...)
73	"Está com saúde, não sei"	Não sei
74	"É uma pessoa boa, que está viva e que tem saúde"	Saúde emocional(boa)/Bem-estar(viva)

Lista I - Categorias das Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Saúde	Categorias Temáticas
75	"É uma pessoa tratada, uma pessoa que não está doente"	Doença-Cura(tratada)/ausência de doença
76	"Para ser limpa, brincar com toda a gente, de obedecer à mãe e ao pai"	Comportamento protecç saúde(Higiêne:ser limpa)/saúde social(brincar;obedecer mãe e pai)
77	"É quando as pessoas estão alegres quando se sentem bem dispostas"	Saúde emocional (alegre, bem -dispostas)
78	"É uma pessoa que vive bem"	Qualidade vida(vive bem)
79	"Uma pessoa que está boa, não tem doenças"	Bem-estar(está boa)/Ausência de doença
80	"É uma pessoa que age bem, está boa e que simplesmente não vai assim tão facilmente para o hospital"	Bem-estar (está boa)/Ausência hospitalização
81	"Uma pessoa que não come todos os dias batatas fritas, doces, depois janta e a seguir não vai comer os doces e as batatas e que está saudável, bem-disposta"	Comportamentos de protecção saúde (não comer batatas fritas, doces)/saúde emocional(bem-disposta)
82	"É uma pessoa que é feliz, é alegre, é amiga"	Saúde social (amiga)/saúde emocional(alegre)/Bem estar (feliz)
83	"uma pessoa que pode sair de casa, que trabalha que pode comer tudo o que quiser menos os chocolates que faz mal"	Funcionalidade(pode sair casa)Saúde social (trabalha)/ comportamento de protecção da saúde(comer chocolates)
84	"É uma pessoa que é saudável, vive em paz"	Bem-estar(vive em paz)
85	"É uma pessoa bem disposta, alegre, educada"	Saúde emocional(bem-disposta, alegre)/Saúde social(educada)
86	"Saúde é comer uma vez na semana peixe, não se alimentar certas vezes de batatas fritas, não beber muitos refrigerantes, comer comida saudável, não pensar em drogas nem em coisas muito más e comer muitas vezes de coisas saudáveis"	Comportamento de protecção saúde(alimentação:comer peixes, uma vez/semana, não comer batata frita e não beber refrigerantes, comer coisas saudáveis, drogas:não pensar drogas)
87	"É uma pessoa que...que não toma, que não bebe álcool e também tem mais tempo de vida"	Comportamento de protecção da saúde(álcool:não bebe álcool)/Qualidade vida(tem mais tempo de vida)
88	"É uma pessoa que anda muito na rua, que sente-se bem, que anda contente, que faz com orgulho trabalhos da casa"	Funcionalidade(anda muito na rua)/Bem-estar(sente-se bem)/Saúde emocional(anda contente) Saúde social(faz os trabalhos de casa com orgulho)
89	"É que não está doente"	Ausência de doença(não está doente)
90	"Que é bom"	Saúde emocional(é bom)
91	"É ser minha amiga, brincar comigo e mais nada"	Saúde social(ser minha amiga, brincar comigo)
92	"É uma pessoa com experiência, bem educada...só isso"	Saúde social(experiência, bem-educada)
93	"É uma pessoa boa, uma pessoa viva"	Saúde emocional(pessoa boa)/Qualidade vida(viva))
94	"Uma pessoa que não esteja doente"	Ausência de doença(não esteja doente)
95	"É uma pessoa sem doenças, sem...eu não consigo achar o nome...é uma pessoa com saúde, sem ter doenças nenhuma, nunca ter doenças"	Ausência de doença(sem doenças, sem ter doenças nenhuma, nunca ter doenças)/Saúde-grau
96	"É uma pessoa saudável e uma pessoa que sabe cuidar bem"	Comportamento de protecção saúde(cuida-se bem)

Lista I - Categorias das Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Saúde	Categorias Temáticas
97	"Uma pessoa de saúde é...uma pessoa que quase nunca teve doenças"	Ausência de doença(quase nunca teve doenças)/Saúde-grau
98	"Come-se para ter saúde, para não morremos"	Comportamento de protecção saúde(alimentação)/Não morrer(para não morremos)
99	"É uma pessoa que come coisas boas, frutas, come peixe, come saladas, bebe água, não fuma, o meu pai tem saúde, joga futebol, joga basquete e alimenta-se bem e não fuma. Eu tenho saúde, já como salada agora no ATL, as couves da sopa e brinco ao ar livre"	Comportamentos de protecção saúde(alimentação:come coisas boas, fruta, salada, água,comer sopa; Desporto: joga basquete, futebol, brincar ar livre; não fumar) (EU, pai)
100	"A minha mãe tem saúde porque a minha mãe está boa, porque a minha mãe diz, era só para eu saber, come peixe, come frango e come laranjas e maçãs que fazem mtô bem à saúde, eu, o mano, o pai e a mãe temos saúde"	Bem-estar(está boa)/comportamentos de protecção da saúde(come peixe, frango, laranjas, maçãs) (a minha mãe diz, eu, o mano, o pai e a mãe temos saúde)
101	"Que está com saúde"	Não responde
102	"Uma pessoa com saúde é...é que está boa"	Bem-estar(está boa)
103	"Boa"	Saúde emocional(Boa)
104	"Para mim...é bem"	Bem-estar(bem)
105	"É uma pessoa a comer fruta, uma pessoa a andar"	Comportamento protecção da saúde(Alim:comer fruta, desp: andar)
106		Não responde
107	"A minha avó, o meu avô e o meu tio porque o meu avô nunca se zanga com ninguém nem a minha avó, nem o meu tio"	Saúde emcional(não zanga) (avó, avô...)
108	"boa"	Saúde emocional(boa)
109	"É uma pessoa que se alimenta bem e que tenha saúde até morrer"	Comportamento de protecção saúde(alimentação)/Qualidade vida(saúde até morrer)
110	"Doer muito"	Sintoma(dor)
111	"Velhote...porque é muito velhinho"	Velhice
112	"É a minha mãe, o meu pai, poça de água e cães e uma bolinha"	Não responde
113		Não responde
114	"É uma pessoa boa"	Saúde emocional(pessoa boa)
115	"Seja boa"	Saúde emocional(boa)
116	"É não estar doente, não ter doenças, não partir pernas e braços, não andar de cadeira de rodas, não cair, não cair de um baloiço abaixo, não partir a cabeça e ficar cego"	Ausência de doença/Saúde física(Não partir pernas, não cair, não cair baloiço, não partir...)/Funcionalidade(não andar cadeira de rodas);
117	"Teresa...porque ela trabalha na casa do parque e a Graça também, porque elas já estão a trabalhar"	Saúde Social (trabalham...)
118	"É a minha mãe, a minha irmã...é ter bom e com saúde"	Não responde
119	"Boa do coração, vai passear, ir para a casa do tio"	Saúde física (boa do coração)/Funcionalidade (vai passear, ir a casa do tio)
120	"É ser simpático, é ser amigo"	Saúde emocional(simpático)/Saúde social(amigo)
121	"Uma pessoa que se alimenta bem"	Comportamento de protecção saúde(alimentação:alimenta-se bem)
122	"Totós para o cabelo, não sei"	Não sei

Lista I - Categorias das Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Saúde	Categorias Temáticas
123	"É bom, elegante, giro"	Saúde emocional (bom)/Saúde física(elegante, giro)
124	"É não fumar, também não é beber cervejas, não beber coisas alcoólicas"	Comportamentos de protecção da saúde(não fumar, não beber cervejas, coisas alcoólicas)
125	"É uma pessoa muito boa"	Saúde emocional(boa)
126	"A Ana Rita...amiga e mais da Andreia Pacheco, são minhas amigas"	Saúde social(amizade)
127		Não responde
128		Não responde
129	"Não sei"	Não sei
130		Não responde
131	"Não sei"	Não sei
132	"O meu pai, a minha mãe e a minha avó porque elas ajudam-me"	Comportamento de protecção saúde(ajudam-me)
133	"Não sei"	Não sei
134	"A minha avó alimenta-se muito bem, a minha mãe e o meu pai também se alimentam muito bem"	Comportamento de protecção saúde(alimentam-se bem)
135	"É uma que vive"	Qualidade vida(vive)
136	"A minha mãe e o meu pai porque eu gosto deles, e o meu mano"	Saúde emocional(gosto deles)
137	"A minha mãe, o pai, a irmã, porque eles são bons para mim"	Saúde emocional (são bons para mim)
138	"É uma pessoa que trata-se bem...que tem vitaminas"	Comportamento de protecção da saúde(trata-se bem, tem vitaminas)
139	"Uma pessoa saudável, uma pessoa sem doenças"	Ausência de doença
140	"É estar saudável, estar sem doenças e não ter problemas de saúde"	Ausência de doença/Qualidade vida(sem problemas)
141	"É alimentar-se bem não comer porcarias em excesso"	Comportamento protecção da saúde(alimentar-se bem, não comer porcarias excesso)
142	"É uma pessoa que não tem doenças"	Ausência de doença
143	"Vive bem, não tem aqueles ataques na rua, bom humor"	Qualidade vida(viver bem)/Ausência doença(epilepsia)/Saúde emocional(bom humor)
144	"Saudável"	Não responde
145	"Tem...com forças, com alegria"	Saúde física(forças)/Saúde emocional (alegria)
146	"Uma pessoa saudável que não tem problemas de saúde"	Bem estar (saudável, não tem problemas de saúde)
147	"Está mal, está triste e está doente, tem de comer muitas coisas"	Mal-estar/Ausência saúde emocional(triste)/Comportamento de protecção saúde(comer muitas coisas)
148	"É uma coisa boa, uma coisa excelente"	Bem-estar(Boa, excelente)
149	"É uma pessoa que bebe leite, que tem muito cuidado com as doenças, por exemplo, está a comer um pão e pede para comer também, fica mal de saúde"	Comportamento protecção da saúde(bebe leite, evita contágio)
150	"É uma pessoa alegre, bem disposta que, assim como eu por exemplo"	Saúde emocional (alegre, bem disposta)
151	"Uma pessoa que não tenha doenças, que não tenha nenhum problema"	Ausência de doença

Lista I - Categorias das Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Saúde	Categorias Temáticas
152	"É uma pessoa que consiga sobreviver, poder comer, poder brincar, poder estudar e brincar com os amigos"	Qualidade vida(sobreviver, brincar, estudar)
153	"É uma pessoa viva que não morreu"	Qualidade vida(viva)/Não morreu
154	"Pessoa amiga dos outros, ter paz e amor, ser uns amigos dos outros, mais nada"	Saúde social (Amizade)Bem-estar(paz, amor)
155		Não responde
156	"É uma pessoa boa, mais nada"	Saúde emocional(boa)
157	"Não sei"	Não sei
158	"É uma pessoa que não come doces, que cuida bem dela e bebe chá, muito chá, muito chá, ah! E bebe água"	Comportamento de protecção da saúde(cuida-se bem)
159	"É uma pessoa que não tem doenças"	Ausência de doença
160	"Uma pessoa que tem cuidado, cuida do que come"	Comportamento de protecção saúde(tem cuidado, cuida do que come)
161		Não responde
162	"é uma pessoa feliz, tem paz na vida, gosta muito das outras pessoas, respeita o ambiente, tem uma casa nova"	Qualid.vida(feliz,paz na vida)/saúde social (gosta das outras ...)/Saúde ambiental(respeita ambi...)/Cond vida
163	"É uma pessoa com...uma pessoa que está bem, é uma pessoa que não está doente"	Bem-estar/Ausência de doença
164	"É uma pessoa estar alegre, brincar com as crianças, ser boazinha, ser carinhosa, ser amiga das pessoas, mais nada"	Saúde emocional(Alegre, ser boa carinhosa)/Saúde social(brincar com crianças, amiga)
165	"Não sei"	Não sei
166	"Com saúde é uma pessoa com saúde"	Não responde
167	"Tem casa, tem comida, tem carro, tem dinheiro"	Condições de vida saúde(casa, comida, carro, dinheiro)
168	"A minha mãe, a minha irmã, o meu pai, a minha outra irmã porque eu gosto deles e são com saúde"	Saúde emocional(gosto deles)
169	"Uma pessoa com saúde é para ela viver, é para ela ter outra casa, ter mais coisas e também vive muito bem disposta"	Qualidade vida(viver)/condições de vida(ter casa, ter mais coisas)/Saúde emocional(bem-disposta)
170	"Uma pessoa boa, com carinho, com animação"	Saúde emocional(carinho, boa,animação)
171	"A minha avó, a minha mãe e o meu pai porque eles são meus amigos e compram-me coisas"	Saúde social(amigos)/Condições vida relac saúde(compram coisas)
172	"Com saúde? Não sei"	Não sei
173	"A minha mãe, o meu pai, a minha avó e o meu avô porque dão-me coisas no Natal e nos meus anos"	Condições de vida saúde(dão-me coisas no natal)
174	"Estar bem disposta, sentir-se bem"	Bem-estar(sentir-se bem)/Saúde emoc.
175	"Muita boa e é bonito eu fazer os trabalhos"	Saúde emocional (boa)/saúde social(fazer trabalhos)
176	"É uma pessoa que se trata bem"	Comportamento protecção da saúde(trata-se bem)
177	"Bonita, com saúde"	Saúde física(Beleza)
178	"É uma pessoa que não tem doenças, uma pessoa boa que não tem nada, também é a pessoa não fumar"	Ausência de doença/Ausência de comportamentos risco saúde(não fumar)
179	"Não sei"	Não sei
180	"Não sei"	Não sei

Lista I - Categorias das
Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Saúde	Categorias Temáticas
181	"É uma pessoa tomar banho, lavar-se todos os dias, lavar as mãos quando vai comer, mais nada"	Comportamentos de protecção saúde (Higiene: tomar banho, lavar-se, lavar as mãos..)
182	"Boa, amiga"	Saúde emocional(boa)/Saúde social
183	"Não sei"	Não sei
184	"É uma pessoa que não tem muitas doenças, que se trata, que tem boa saúde, que não toma, que bebe bebidas alcoólicas, que não come comida estragada e que é saudável"	Ausência de doença/comportamentos de protecção da saúde(trata-se bem, não bebe bebidas alcoólicas, não come comida estragada...)/Doença-grau/Bem estar (boa saúde)
185	"É uma pessoa que não fuma, que não bebe muito para não ficar bebada, é que não pode fazer mal à saúde para não morrer"	Comportamento de protecção da saúde(não fuma, não bebe)/Não morre(para não morrer)
186	"Uma pessoa que é viva"	Qualidade vida(viver)
187	"É uma pessoa viva"	Qualidade vida(viva)
188	"É uma pessoa que é muito minha amiga, que brinca muito comigo e gosta muito de mim, às vezes, quando tenho tempo também brinco com ele ao Xadrez no ATL, quando gosta de fazer comidas comigo e, às vezes, quando tem bonecos dá-me alguns, jogo com ele aos fazos, brinco com ele na creche e brincava muito com ele"	Saúde social(Amiga:brinca, joga Xadrez, faz comidas, joga Tazos, dá-me bonecos...)/Saúde emocional(gosta de mim)
189	"Que é saudável, trata muito bem a sua saúde"	Comportamento de protecção da saúde(trata bem a sua saúde)
190	"É uma pessoa que não fuma"	comportamento de protecção da saúde(não fuma)
191	"É uma pessoa provavelmente saudável, uma pessoa educada, uma pessoa que trabalha bem"	Saúde social(educada, trabalha bem)
192	"É uma pessoa irmã, amiga, que gosto muito dela e gosto de viver com ela"	Saúde social(irmã, amiga, gosto de viver com ela)/Saúde emocional(gosto muito dela)

Lista I - Categorias das Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Doença	Categorias Temáticas
1	"Não sei"	Não sei
2	"É uma pessoa que têm doenças na cabeça, têm muitas dores e que se queixa muito"	Doença (cabeça)/ Sintoma (Dor, Queixa)
3	"Tem dores, chora e não sei mais"	Sintoma (dor, choro)
4	"Tem uma doença e está ferida"	Sintoma (ferida)
5	"É uma pessoa que se aleijou e que está no hospital"	Sintoma (aleijou)/hospital
6	"Tem varicela e pode ter borbulhas"	Doença infecciosa (varicela)/ Sintoma (borbulhas)
8	"É uma pessoa que está no hospital e que não tem saúde"	Comportam Coping doença/Hospital/Ausência de saúde
9	"É uma pessoa que tem doenças, gripe"	Doença infecciosa (gripe)
10	"Uma pessoa que está muito mal e não pode sair de casa"	Mal-estar/Ausência funcionalidade (não pode sair casa)
11	"É alguém que tem doenças, que tem alergias"	Doença Alérgica
12	"É má"	Ausência Saúde emocional (má)
13	"Vai ao médico, tem de fazer o que o médico diz"	Comportamento de coping doença(ir ao médico)comp adesão tratamento (faz o que médico diz)
14	"Depois a pessoa fica triste, depois fica sózinha, depois pode não vir o neto ou o filho e mais nada"	Ausência de saúde emocional(tristeza) Ausência saúde social(solidão)
15	"Doente? Uma pessoa com muitas borbulhas, que tem de ficar assim, depende da doença um bocadinho no hospital"	Sintoma (borbulhas)/hospital
16	"Uma pessoa doente para mim é uma pessoa que teve alguma coisa, por ex., está com gripe ou comeu alguma coisa que lhe fez mal, mais é uma pessoa que costuma estar doente e precisa de remédios, mais nada"	Doença infecciosa (gripe)/Ausência de comportam protecção saúde(Alimentação)/ comportamento de adesão ao tratamento (remédios)comp. de doença(costuma estar doente)
17	"Doente...doente eu sei, doente é...é está no hospital e o que tu disseste primeiro é que não está doente e não pode sair de casa, se puder, pode"	Hospital
18	"É uma pessoa sem saúde, pode ter dinheiro mas não é muito rica e que não tem com o que brincar, mais nada"	Ausência de saúde/ausência de condições vida(dinheiro...)/Ausência Saúde social(não brinca)
19	"É uma pessoa com uma doença, ou que já esteve doente. A pessoa doente pode ser operada ou não."	Hospitalização/Doença-tempo(está ou já esteve)
20	"Doente? Uma pessoa doente? Uma pessoa que está problemas...pessoas que vão para o hospital com...com doenças graves"	Qualidade vida(está com problemas)/Hospital/Doença Grave
21	"Uma pessoa que está mal de saúde"	Mal-estar
22	"Uma pessoa que precisa de atenção, dos nossos carinhos e de muitos cuidados médicos, essas pessoas têm que ser estimadas e também são simpáticas"	Comportamento coping doença(Cuidados médicos(atenção, carinhos, estimadas)/Saúde emocional (são simpáticas)
23	"É uma pessoa que está mal de saúde"	Mal-estar
24	"É uma pessoa magoada, que está mal"	Mal-estar/sintoma(magoada)
25	"Não sei"	Não sei
26	"Se tem saúde ficou um bocado contaminado mas é à mesma uma pessoa boa"	Saúde emocional (boa)/Doença-contágio(ficou contaminado)

Lista I - Categorias das Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Doença	Categorias Temáticas
27	"Uma pessoa doente é uma pessoa que não tem vontade de comer que quer ficar na cama e que não faz desporto, não come muita fruta"	Comportamento de doença(fica na cama, não tem vontade comer...)
28	"É uma pessoa com uma ou mais doenças, que não tem o peso e a estatura normal para a idade e que não come, podem ser anorexicas"	Doença Mental (anorexia)/Não tem saúde física(peso,estatura, desenvolvimento)/Doença-grau
29	"Tem alguma coisa que está mal no seu corpo e pode ser alguma coisa grave"	Mal-estar/Grave
30	"É uma pessoa que está doente, tem febre"	Sintoma (febre)
31	"É uma pessoa que se alimenta mal, come muitos doces e só bebe sumos"	Ausência de comportamento de protecção saúde(alimenta-se mal, come doces, bebe sumos)
32	"Não tem boa saúde"	Ausência de saúde
33	"É uma pessoa que não tem saúde, não come fruta, nem verduras, não me lembro de mais nada"	Ausência de comp de protecção saúde (não come fruta nem legumes)/
34	"Faz mal estar doente porque as pessoas têm doenças"	Mau-estar(faz mal estar doente)
35	"É uma pessoa com uma....com coisas graves, mais nada"	Doença grave
36	É uma pessoa triste está no hospital, gostava de estar com a família, talvez um acidente"	Ausência saúde emocional (triste)/ Hospital/Ausência de saúde emocional(estar com a família)/Doença-causa(acidente)
37	"Uma pessoa com pneumonia"	Doença infecc(pneumonia)
38	"Uma pessoa que tem muitas dores, sente-se mal, tem febre e dores de cabeça e dores de garganta, e às vezes, dores nos ossos"	Mal-estar/sintomas (sente-se mal, dores, febre,dores cabeça, garganta, ossos)
39	"É uma pessoa que está mal-disposta, com febre, constipada, com varicela, com sarâmpo"	Mal-estar/sintomas (mal disposta, febre)/doença infecciosas (constipada, varicela, sarâmpo)
40	"É uma pessoa que não está bem de saúde de saúde, tem tosse"	Ausência de saúde/sintoma (tosse)
41	É uma pessoa que tem uma ferida na cabeça, nos braços, nas pernas, no olho"	Sintoma(ferida na cabeça...)
42	"Tá sempre na cama, não pode sair à rua"	Comportamento doença(sempr na cama)/Ausência de funcionalidade(não pode sair à rua)
43	"é uma pessoa que tem febre, que apanha frio e depois fica constipado, tem sarâmpo e varicela"	Sintoma(febr)/Doença- causa(apanhou frio)/Doença infecc.(constipado, sarâmpo, varicela)
44	"É uma pessoa que tem varicela, papeira, febre"	Doença infeciosa(varicela, papeira)/sintoma(febr)
45	"É uma pessoa que está muito mal porque está muito mal porque está com uma doença, pode ser do coração, fígado também"	Doença grave(está muito mal)/Doença Coração/DoençaFígado
46	"É uma pessoa que tem febre, que está mal, que toma remédios, medicamentos"	Sintoma(febr)/Mal-estar/Comportamento adesão tratamento(medicacão)
47	"Não lavar as mãos, comer muitos doces, mexer no lixo, conduzir mal e depois bate numa árvore e parte um braço"	Ausência de comportamentos de protecção saúde (Alimentação-não comer muitos doces;Higiêne-não lavar as mãos;conduzir mal)/Doença-causa(acidente)/Doença física(partiu braço)
48	"É uma pessoa que não tem saúde"	Ausência de saúde

Lista I - Categorias das Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Doença	Categorias Temáticas
49	"Não pode ir à rua, tem de estar na cama, está numa cadeira de rodas"	Comportamento de doença(estar na cama)/Ausência funcionalidade(não pode ir à rua, cadeira de rodas)
50	"É uma pessoa pobre, não tem dinheiro, é uma doença"	Ausência de condições de vida(pobreza, não tem dinheiro)
51	"Estar na cama, receber as refeições na cama, não pode vir à rua"	Comportamento de doença(estar na cama, receber as refeições na cama)/Ausência de funcionalidade(não pode ir à rua)
52	"Uma pessoa doente para mim é quando se pode ter febre e constipada, estar com muita tosse e ter partido uma pema, estalar o dedo"	Sintoma(febre, tosse)/Doença infecciosa(constipação)/Doença Física(partir pema, entalar dedo)
53	"É uma pessoa que fuma muito, uma pessoa que é drogado, uma pessoa amnésica, uma pessoa que come sempre a mesma coisa e que nunca come alimentos saudáveis"	Ausência de comportamento de protecção saúde(fumar, drogas, alimentação não saudável)/Ausência de saúde emocional (amnésica)
54	"É uma pessoa que tem muitas doenças, que está muito fraca que os bons têm que ajudar e os médicos também"	Doenças-grau(muitas doenças)/Ausência de saúde física(fraca)/Comportamento de coping doença(cuidados médicos, ajuda)
55	"Uma pessoa pobre, que tem de estar na cama, tem febre"	Ausência de condições de vida(pobre)/Sintoma(febre)/comportamento de doença(tem de estar cama)
56	"É uma pessoa que está no hospital, por exemplo, uma pessoa que está constipada, os drogados"	Hospital/Doença infecciosa(constipada)/Ausência de comport. Protecção saúde(droga)
57	"Quer que as pessoas fiquem boas, é uma pessoa que está doente, com doenças, que tenha o pé torto, por exemplo"	Doença-cura/Doença física(pé torto)
58	"Uma pessoa com febre"	Sintoma (febre)
59	"É triste, as comidas do hospital não é nada bom e depois a fruta é sempre cozida ou pêra cozida, se estiver doente do coração também é muito mau"	Ausência de saúde emocional (triste)/Hospital (alimentação, dieta) Doença coração
60	"Pode estar com tosse, com gripe, com febre"	Doença infecciosa (gripe)/sintoma(tosse, febre)
61	"Que está com febre, tem doenças"	Sintomas(febre)
62	"É uma pessoa quase não ter saúde, precisa de ajuda das pessoas e da família, pode ter uma doença que é muito má"	Ausência de saúde/Saúde social(ajuda das pessoas e família)/Doença grave
63	"Quando está no hospital, não vai à rua, às vezes não come nada como a avó da minha prima que não tem animais, que é operado, não pode ir à praia que anda de cadeira de rodas"	Hospital/Ausência de funcionalidade(não vai rua)/Ausência de comp protecç saúde(não come)
64	"Uma pessoa que tem doenças e que anda...que às vezes tem doenças contagiosas"	Doenças infecciosas(contagiosas)
65	"É uma pessoa amiga quando nós ficamos tristes que ela não vem quando fica doente e nós gostávamos de brincar com ela"	ausência de saúde emocional(tristes qdo ela não vem)/Ausência de saúde social(gostamos brincar com ela)
66	"Doente é uma pessoa que apanhou qualquer coisa como papeira, doente da garganta, que apanhou qualquer coisa contagiosa com micróbios, por ex., por a boca na tomeira, há meninos que fazem isso, pegar a doença aos outros, pode ser doença contagiosa"	Doença infecciosa(papeira, garganta)/Doença-contágio

Lista I - Categorias das Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Doença	Categorias Temáticas
67	"Uma pessoa que tem muitas doenças, que tem muitos problemas de saúde, que é muitas vezes operada"	Doença-grau(muitas doenças)/Hospital/Ausência de qualidade vida(problemas de saúde)
68	"É uma pessoa que está na cama, que vai muitas vezes ao hospital, não pode ter uma vida feliz por não ser uma pessoa igual às outras, está sempre a ir ao médico, não pode estar com as outras como queria, no fundo"	Comportamento de doente(cama)/Hospital/Ausência de saúde social(vida feliz)/Mal-estar(diferente das outras)/Comportamento coping doença(vai ao médico)
69	"É uma pessoa que não pode sair de casa e não pode fazer certas coisas"	Ausência de funcionalidade(sair de casa, não pode fazer certas coisas)
70	"É uma pessoa que tem problemas se estiver sozinha não tem ninguém para ajudar a dar banho, a dar os medicamentos, tem vários problemas que não consegue resolver"	Ausência qualidade vida(problemas, problemas não consegue resolver)/ausência de saúde social(sozinha, não tem ninguém ajudar a dar banho, medicamentos)/Ausência de comportamentos adesão tratam(Não toma medicamentos)
71	"Uma pessoa que sofre alguma coisa"	Sintoma (sofrimento)
72	"É uma pessoa muito, que está muito constipada ou assim qualquer coisa no género"	Doença infecciosa(constipada)
73	"É ficar com febre"	Sintoma(febre)
74	"É uma pessoa que tem uma doença"	Não responde
75	"É uma pessoa que tem doenças"	Não responde
76	"Para ser uma pessoa doente é com sarampo, ser alérgica a algumas coisas"	Doença infecciosa(sarampo)/Doença alérgica(ser alérgica)
77	"É uma pessoa apanha um tipo de vírus, quando uma pessoa se está a sentir mal disposta"	Doença-Contágio/Mal-estar(mal disposta)
78	"É uma pessoa que não pode vir à rua e tem de estar na cama"	Ausência de funcionalidade(não pode ir à rua)/comportamento doença(estar na cama)
79	"Não está boa de saúde, não pode andar a fazer muito desporto"	Ausência de saúde(não está boa de saúde)/Ausência de comportamento de protecção saúde(não pode fazer muito desporto)/Ausência funcional(andar)
80	"É uma pessoa que vai muitas vezes para o hospital e que não deve estar ao pé dela se tiver doenças muito graves"	Hospital/Doença-contágio(não estar ao pé dela)/Doença grave
81	"Que está mal disposta, sente-se mal, não come moderadamente, não regula os doces e batatas, não aguenta não comer as coisas que não são saudáveis, doces e batatas e, às vezes amisca-se a que fique no hospital internada"	Mal-estar(sente-se mal, está mal disposta)/Ausência de Comportamento de protecção da saúde(come doces, batatas...)/hospital
82	"É uma pessoa que está triste, ficava na cama uns dias tem de tomar remédios"	Ausência de saúde emocional (está triste)/Comportamento doença(fica cama)Comportamento coping doença(tomar remédios)
83	"Que não pode sair de casa, está na cama, que pode tomar remédios e que vai ao hospital"	Ausência de funcionalidade(não pode sair de casa)/comportamento de doença(está cama)/comportamento de adesão tratamento(remédios)/hospital

Lista I - Categorias das Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Doença	Categorias Temáticas
84	"É estar muito magra como a minha mãe, está doente, ela já teve uma infecção pulmonar e está cansada, é também estar na cama, é também ter uma doença que se perde cabelo"	Sintoma (magra, cansada, perde cabelo)/Doença infecciosa(pulmonar)/comportamento doença(está cama)
85	"É uma pessoa que tem alguma coisa de mal no corpo e que às vezes não é educada porque há pessoas doentes que não são educadas, há certas doenças que as pessoas não são educadas"	Mal-estar(mal no corpo)/ausência de saúde social(não é educada)
86	"Uma pessoa que bebe águas contaminadas, que vai muitas vezes ao hospital, que está a tossir e com febre alta e com a cabeça quente, a maior parte das vezes até pode morrer e essas coisas más, toma muitos medicamentos, sabe quais são os nomes dos medicame	ausência de comportamentos protecção da saúde(bebe águas contaminadas)/Hospital/Sintomas(febr alta, cabeça quente;queixa-se mão, clavícula, pé)/Morte(pode morrer)/Medicamentos(toma muitos medicamentos, sabe o nome)/
87	"É que...que bebe álcool que não faz o que os médicos dizem, aqueles que fazem tudo à sua maneira, que desrespeita as pessoas quando está bêbado"	Ausência de comportamento de protecção da saúde(não bebe álcool)/Ausência de comportamneto de coping com a doença(não faz o que os médicos dizem, faz tudo á sua maneira)/ausência de saúde social(desrespeita as pessoas qdo está bêbado)
88	"É que anda na cama, não sai de casa, não pode tratar o filho, que toma medicamentos, mais nada"	Comportamento de doença(anda na cama)/Ausência de funcionalidade(não sai de casa),Aus.Comp.Prot saude(não pode tratar o filho)/Comp coping doença(toma medicamentos)
89	"Uma pessoa que seja operada...que lhe falte o ar"	Hospital(operada)/Sintoma(falte o ar)
90	"Uma pessoa que não tem felicidade"	Ausência de saúde social(não tem felicidade)
91	"Eu ser amiga dela...ir lá vê-la e visitá-la"	Saúde social(ser amiga dela, ir vê-la, visitá-la)
92	"É uma pessoa que está com sarâmpo, muito doente e triste"	Doença infecciosa(sarâmpo)/Ausência de saúde emocional(triste)/Doença-grau
93	"Uma pessoa que não tem ar e uma pessoa que está a doer a garganta"	Sintomas(não tem ar, doer a garganta)
94	"É uma pessoa que tem que ficar em casa"	Ausência de funcionalidade (ficar em casa)
95	"É uma pessoa que tem uma doença muito grave...uma pessoa...é porque a pessoa está doente e se é doente tem uma doença tipo papeira e coisas assim"	Doença Grave(doença mto grave)/Doença infecciosa(papeira)
96	"É uma pessoa que tá doente e não soube cuidar bem e porque comeu alguma coisa que lhe fez mal e depois ficou doente"	Ausência de comportamento de protecção saúde(não soube cuidar-se bem)/comeu alguma coisa fez mal e dp ficou doente)
97	"É uma pessoa com muitos problemas e de saúde"	Qualidade vida (problemas de saúde)
98	"Doente é a gente comer coisas estragadas e ficamos doente, e também se comermos comida estragada ou sem ser lavada ficamos doentes"	Ausência de Comportamento de protecção saúde(comer coisas estragadas, ou sem ser lavadas)
99	"É uma pessoa que não tem saúde, porque fuma muito, come coisas que fazem mal, muitos doces, comem muito açúcar e coisas que não se devem comer. As pessoas doentes deviam fazer desporto, não fumar, comer fruta, comer salada, as couves da sopa e coisas que	Ausência de Comportamentos de protecção da saúde(fuma mto, come coisas fazem mal, doces, açúcar)/Comportamentos de protecção da saúde (fazer desporto, não fumar, comer fruta, saladas, couves, carne, peixe e leite)

Lista I - Categorias das Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Doença	Categorias Temáticas
100	"A minha avó é doente porque está mto velhinha, ela tem dores de cabeça porque ela uma vez bateu com a cabeça e não deitou sangue, ela toma remédios para a cabeça, toma Bem-u-ron, há uma menina que está magoada no braço porque caiu na escola, agora não te	Velhice(avó está doente pq é velhinha)/sitnomas(dores de cabeça)/Comp adesão tratam(Medicamentos:toma remédios para a cabeça)/Doença-Cura(ficar boa)/doença-tempo(três dias)
101	"É que não está com saúde"	Ausência de saúde
102	"Que não tem saúde"	Ausência de saúde
103	"Que ainda está muito doente e que não nunca pode sair"	Ausência de funcionalidade(não pode sair)/Doença-grau
104	"É que queixa-se de dores"	Sintoma(queixa-se dores)
105	"Arranja os presentes, a construir, pensar"	Naõ responde
106	"Uma pessoa doente que tomou remédio e ficou doente"	Comportamento adesão tratamento(tomou remédio)
107	"A minha avó Dilia porque teve que levar um corte à barriga"	Hospital(corte à barriga)
108	"mal...estar doente"	Mal-estar
109	"É uma pessoa que não pode viver muito bem porque é deficiente e também nunca podem viver muito bem"	Mal-estar/Deficiência
110	"Porque me dói a cabeça, porque partiu a perna, porque dói o braço"	Sintoma(Dor cabeça, braço)/Ausência de saúde física(partiu perna)
111	"É uma velhota porque é muito velhinha"	Velhice
112	"A minha avó, o meu pai, o meu avô e depois estavam velhos"	Velhice(avó, pai, avô, estavam velhos)
113	"Quando as pessoas vão ao médico, porque têm febre, quando comem muitos chocolates por causa dos dentes"	Comportamento de coping doença(vão ao médico)/Ausência de comportamentos de protecção saúde(comem chocolates...)
114	"Pessoa com febre"	Sintoma(febre)
115	"Tenha varicela"	Doença infecciosa(varicela)
116	"É partir uma perna, magoar-se, caiu, partiu a cabeça"	Ausência de saúde física(partir perna, partir cabeça)/Doença-causa(cair)
117	"Meu irmão porque está com febre, o meu primo Nuno tem dores de cabeça e o bebé da mamã também"	Sintoma(febre, dores de cabeça)
118	"O meu pai vem hoje foi para a (?)..tá com muito doente e tava com dores de garganta e foi para casa (?)..."	Sintoma(dores de garganta)/Comportamento doença(foi casa)
119	"É uma pessoa velha e fraca e ir para a cama"	Velhice(pessoa velha)/Comportamento de doença(lr cama)/Ausência saúde física(fraca)
120	"Uma pessoa muito querida"	Saúde emocional(querida)
121	"É uma pessoa que não se alimenta bem"	Ausência de comportamento de protecção da saúde(não se alimenta bem)
122	"No médico"	Comp de protecção saúde(vai médico)
123	"Tem que ir para o hospital porque está muito mal"	Hospital/Grave(está mto mal)
124	"Tenha de ir para o hospital, pode partir uma perna, também pode partir um braço e mais nada"	Hospital/Ausência de saúde física(partir braço e perna)
125	"Uma pessoa que está muito doente"	Saúde-grau

Lista I - Categorias das Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Doença	Categorias Temáticas
126	"É o Ricardo porque ele é especial, ele não faz a coisas iguais aos outros, está sempre a falar e chora sempre, só parece que ele é doente...ele chora sempre à mesa"	Sintoma (chora, está sempre a falar...)
127		Não responde
128	"Uma menina pequenina, uma mãe doente, um pai doente, um irmão doente, uma irmã doente, uma casa bonita, uma casa com pouquinhos coisas, uma casa com tantas flores, uma escola"	Ausência de Condições de vida(casa com pouquinhos coisas)
129	"Não sei"	Não sei
130	"É só cuidar bem de uma pessoa porque a pessoa passa-se com a minha prima que está sempre em casa depois ela sai"	Comportamento de protecção da saúde(cuidar bem)comportamento doença(está sempre em casa)
131	"É pessoa morta"	Morte
132	"O meu avô porque está doente da pema"	Doença (pema)
133	"Não sei"	Não sei
134	"A minha tia está internada no hospital uma série de dias, ela queria sair de lá e nunca consegue... leucemia"	Hospital(internada)/Doença-tempo(uma série de dias)/Ausência de funcionalidade(quer sair...)/Doença Oncológica(Leucemia)
135	"É uma pessoa que vai ao médico e às vezes tem que se tratar, tem que se tomar antibióticos"	Comportamento de coping doença(vai ao médico, tem tratar)/Comportamento adesão tratamento(tomar antibiótico)
136	"O meu avô velhinho e a minha avó velhinha porque eu gosto deles, porque eles têm passarinhos"	Velhice/Saúde emocional(gosto deles)/Condições de vida(têm passarinhos)
137	"Uma pessoa que tenha partido uma pema, um braço"	Ausência de saúde física(partir pema, um braço)
138	"Doente é uma pessoa que às vezes tem de ficar na cama, não se trata muito bem e às vezes vai para o hospital e é operada, não me lembro de mais nada"	Comportamento doença(fica cama)/ausência de comportamento de protecção saúde (não se trata bem)/Hospital(Operada)
139	"É uma pessoa que é diferente das outras porque pode ter outras doenças e não poder fazer as mesmas coisas que as outras"	Ausência de funcionalidade(não pode fazer as mesmas coisas...)/Diferente?
140	"É uma pessoa que por exemplo, fica com febre, com dores de cabeça e fica constipado, é só"	Sintomas(febre, dor de cabeça)/Doença infecciosa(constipado)
141	"Não consigo falar"	Não sei
142	"É uma pessoa que tem doenças às vezes precisa de ir ao médico"	Comportamento coping doença(ir ao médico)
143	"Está na cama tem que ir ao hospital, tem ataques na rua tipo epilepsia, não sei mais"	Comportamento doença(está cama)/Hospital/Doença neurológica(Epilepsia, ataques)
144		Não responde
145	"Fraca, doente, tenho confusão nisso que a minha tia é enfermeira, já morreram dois avós em 1983 e 1987, o que morreu em 1987 foi por causa dos pulmões"	Ausência de saúde física(fraca)/Morte/Doença Pulmonar(pulmões)
146	"É uma pessoa que está mole e sente-se triste"	Ausência de saúde física(está mole)/Ausência de saúde emocional(triste)
147	"Triste, doente, tem de tomar comprimidos"	Ausência de saúde emocional(triste)/comportamento adesão tratamento(tomar comprimidos)

Lista I - Categorias das
Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Doença	Categorias Temáticas
148	"É uma coisa má, uma coisa pirosa"	Ausência de saúde emocional(má)/Ausê de saúde física(pirosa)
149	"É uma pessoa que por exemplo, apanha uma doença e tem que estar na cama e não pode ir à escola ou ir trabalhar para o emprego"	Comportamento doença(estar cama)/Ausência de funcionalidade(não pode ir à escola, trabalhar)
150	"Como por exemplo o quê ? O meu pai porque ele é drogado é doente e que também é uma pessoa, aquelas pessoas que andam na rua, são pessoa doentes"	Ausência de comportamento protecção saúde(drogado)/Ausência de condições de vida(andar na rua)
151	"Uma pessoa que tem muitos problemas, Cancro, SIDA"	Doença Oncológica(Cancro)/Doença Infecciosa(SIDA)/Ausência de qualidade vida(problemas)
152	"É...vomitar, pode vomitar, pode beber chá, não pode comer chocolates, não pode desobedecer ao médico e tomar todos os medicamentos que fazem bem à barriga"	Sinomas(vomitar)/Comportamentos protecção saúde (beber chá)Ausência de comport protecção asúde(não comer chocolates)/Comp adesão tratamento(desobedecer médico...)
153	"É quando uma pessoa está mal, com dores"	Mal-estar/Sintoma(dor)
154	"É um bocado difícil é uma pessoa que tem doenças"	Não responde
155		Não responde
156	"É uma pessoa que está mal, uma pessoa que não é saudável"	Mal-estar/Ausência de saúde
157	"Também não sei explicar"	Não sei
158	"É uma pessoa que come muitos doces, que não bebe chá, que não sabe cuidar bem delas e bebe muito sumo"	Ausência de comportamento de protecção da saúde(não sabe cuidar bem dela)/ausência de comportamento de saúde(não bebe chá, bebe muito sumo)
159	"Tem que estar no hospital, tem que ser tratada"	Hospital/Comp protecção saúde(tem que ser tratada)
160	"É uma pessoa que tem que tomar xaropes, tem que ir ao médico, tem que estar em casa na cama, não pode ir ao trabalho e não faz nada"	Comp Coping doença(tomar xaropes) Comp coping saúde(ir ao médico)/comportamento doença(estar em casa, na cama)/Ausência Saúde social(trabalhar..)
161	"A minha avó por causa que ela está muito doente, não mas quando tinha 14 ou 16, começou a ficar muito gorda e os médicos davam-lhe remédios mal que não faziam bem"	Sintoma(hipertensão: 16...,Gorda)/Doença-grau(muito doente)/Comp adesão tratamento(davam remédios...)
162	"Tem dores nas costas, uma pessoa que tem de ser tratada, uma pessoa que tem de ser boa"	Sintomas(dores nas costas)/Comportamento de protecção saúde(tem ser tratada)/Saúde emocional (ser boa)
163	"Doente é uma pessoa que está mal"	Mal-estar
164	"É uma pessoa que está, é...é...está...está na cama doente, é estar no médico com dor de cabeça, com dor de barriga, estar, mais nada"	Comportamento doença(estar na cama)/coping doença(estar médico)/Sintomas(dor cabeça, barriga)
165	"Quando está mal disposto, quando está frio...depois ela tem que ir ao hospital tomar remédios, mais nada"	Mal-estar(mal disposto)/Doença-causa(frio)/Hospital/comportam adesão tratamento (tomar remédios)
166	"É uma pessoa que pode ficar doente e mais nada"	Não responde
167	"Tem a pema partida, tem um braço partido, tem febre"	Ausência de saúde física(Pema, braço partido)/Sintoma(febre)
168	"A minha avó, o meu avô, uma amiga da minha avó porque eles já são velhinhos"	Velhice

Lista I - Categorias das Respostas das Crianças

Criança	Conceito de Doença	Categorias Temáticas
169	"É para ajudar, também para levar ao médico, mais nada"	Comportamento Coping doença(levar ao médico)/Comportamento de protecção saúde(ajudar)
170	"Uma pessoa sem carinho, sem animação, sem alegria"	Ausência de saúde emocional(sem carinho, sem animação, sem alegria)
171	"A minha tia porque ela tem uma coisa que tem mais ou menos uma doença"	Doença-grau
172	"Doente ? É triste"	Ausência saúde emocional (triste)
173	"A minha avó está doente, teve de ser operada"	Hospital(operada)
174	"Tem problemas"	Problemas
175	"Muito mau porque eu não gosto de ficar doente"	Ausência de saúde emocional(Mau)
176	"É uma pessoa triste, sempre a caminho dos hospitais"	Ausência de saúde emocional (triste)/Hospital
177	"Não sei"	Não sei
178	"É uma pessoa que tem muitas coisas doentes, está doente, tem problemas de saúde, está doente da cabeça com febre, doente das pernas, dos braços, do corpo todo, dores dos dentes, doente da garganta, pouco doente dos dedos, do pulso, doente da boca, do nar"	Ausência de saúde/Sintomas(febre, dores dentes)/Doença cabeça, pernas braços, corpo todo, garganta, dedos, pulso, boca, nariz, unhas
179	"Também não sei"	Não sei
180	"É uma pessoa muito triste e só, mais nada"	Ausência saúde emocional(tristeza)/Aus Saúde social (só)
181	"Doente?...é uma pessoa...doente?...não se trata bem da pele"	Ausência de comportamento protecção saúde(não tratar bem da pele)
182	"Não pode andar"	Ausência funcionalidade(Não pode andar)
183		Não responde
184	"É uma pessoa que não se trata e que fuma, pode ter doenças graves e, às vezes, pode morrer"	Ausência de comportamentos de protecção saúde(não se trata, fuma)/Doença Grave/Morte(pode morrer)
185	"É, para mim, ficar com tosse, espirro, febre, SIDA, inflamação na garganta"	Sintomas(tosse, espirro, febre, inflamação garganta)/Doença infecciosa (SIDA)
186	"Uma pessoa com muitos problemas de saúde, está muitos dias no hospital"	Ausência de qualidade vida(problemas de saúde)/Hospital-tempo(mtos dias)
187	"É uma tristeza, fazem-me pena"	Ausência de saúde emocional(tristeza)
188	"Não gosto que o meu amigo esteja doente porque falta à escola e já não posso brincar com ele e depois já não tenho ninguém para brincar"	Ausência de saúde social(amigo falta à escola e já não tenho ninguém para brincar)
189	"É uma pessoa que, às vezes, não trata bem da sua saúde e depois fica com doenças pode ter todo tipo de doenças"	Ausência de comportamento de protecção saúde(não trata bem da sua saúde)/Doença-causa
190	"Está com febre, está no hospital, tem de tomar medicamentos, mais nada"	Sintomas(febre)/Hospital/Comportamentadesã o tratamento(tomar medicamentos)
191	"É uma pessoa sem sentidos, tem doenças graves"	Sintoma(sem sentidos)/Doença Grave
192	"Fique triste, fico com muita pena, às vezes, eu me arrepio dela, a minha avó tem uma doença na cabeça, tem um bicho e comeu-lhe a cabeça, fico com pena"	Doença-causa(bicho comeu-lhe cabeça)/Doença cabeça

Lista II - Categorias das respostas das crianças

CONCEITO DE SAÚDE

Categoria	Número da Resposta	Temática
Não responde	1, 13, 14, 15, 21, 25, 37, 56, 101, 106, 112, 113, 118, 127, 128, 130, 144, 155, 161, 166	
Não sei	2, 6, 12, 17, 49, 57, 61, 71, 73, 122, 125, 129, 131, 133, 157, 165, 172, 179, 180, 183	
Bem-estar	3, 51, 59, 60, 62, 63, 68, 82, 162	Está feliz/ feliz
	4, 38, 104, 163, 10	Está bem
	16, 44, 45, 79, 80, 100, 102, 148	Está boa/boa/excelente
	18	Com saúde para viver
	19	Está de boa saúde
	22, 184	De boa saúde
	23, 4, 40	Tem boa saúde
	66	Muito boa saúde
	20	Multa saúde
	41, 52	Boa vida/vida boa
	38, 58, 63, 88, 174	Sente-se bem
	52, 71, 41	Ter uma vida boa */boa vida
	55, 74, 93, 135, 153, 169, 186, 187, 18	Viva/Vive/Viver
	84, 154, 166, 162	Vive em paz/ Ter paz e amor/tem paz na vid
	148	Coisa boa, excelente
	54, 78, 143	Vive bem
	64, 68, 69, 71	Não tem problemas na vida
	87	Tem mais tempo de vida
	111	Tem saúde até morrer
	140, 146	Não tem problemas de saúde
	109	Saúde até morrer
	151	não tem problemas
Ausência de Doença	4, 10, 11, 45, 48, 72, 75, 89, 94, 116, 163	Não está doente, não está com doenças
	95	Nunca tem doenças
	22	Não são doentes
	38, 139, 140, 95	Sem qualquer doença/sem doenças nenhu
	49, 64, 67, 71, 79, 142, 151, 159, 178, 184	Não tem doenças
	67, 184	Não tem muitas doença
	67	Não é muitas vezes operada
	68, 97	Se está doente quase nunca tem nada
	53	Não é doente
	68, 97	Quase nunca tem nada
	143	Não tem ataques na rua
	22	Não tem SIDA

Lista II - Categorias das respostas das crianças

Categoria	Número da Resposta	Temática
Saúde Social	<p>5, 24, 26, 47, 65, 82, 91, 120, 126, 154, 164, 171, 182, 188, 192 5, 46, 52, 65, 162, 196 152, 164, 188, 76, 91, 99 66, 72 76 32, 44, 85, 92, 195 39, 47, 66 39 47 47 47, 52 51, 88, 175, 152 51, 83, 117, 191 52 54 54, 66, 132 92 188, 18, 171, 169, 173</p>	<p>Amiga, amigável/Amigos, Irmãos Arranja/Teir/Gostar de amigos Brinca/jogar Tem respeito pelas pessoas/respeita-la Obedece á mãe e pai Bem educada Não faz disparates/porta-se bem É responsável É bom na escola Faz paz Não bate nos colegas Quer aprender/Faz trabalhos casa/estudar Gosta de trabalhar/Trabalha Não chatear com amigos Não faz guerra Ajuda os fracos/ajuda pessoas/ajudam-me Com experiência Dá-me coisas/compra-me coisas</p>
Saúde Emocional	<p>7, 60, 88 7, 32, 51, 60, 62, 66, 77, 82, 85, 145, 164, 143, 150 9, 22, 24, 50, 54, 74, 90, 93, 103, 108, 114, 115, 123, 156, 164, 170, 175, 182, 178, 26, 42 22, 120 35, 44, 77, 81, 85, 169, 174, 150 44 107 136, 168, 192, 36 137 164, 170 170 188</p>	<p>Contente Alegre/Bom humor boa/coração bom Simpática Bem-disposta Não é má Não se zanga Gosto deles (pai, mãe)/gosto dela São bons para mim (pai, mãe) Carinhosa/carinhos Com animação Gosta de mim Gosto de viver com ela Está triste</p>
Ausência de saúde emocional	<p>192 147</p>	
Saúde Física	<p>9, 123, 177 26, 119 28</p>	<p>Bonita/giro/Beleza Coração bom/boa do coração Tem peso estatura normal idade</p>

Lista II - Categorias das respostas das crianças

Categoria	Número da Resposta	Temática
	33 40 123 145	Energia Bons pulmões, pode respirar Elegante Força
Ausência de Saúde Física	116 116 116	Partir braços, pernas Partir cabeça ficar cego
Saúde Ambiental	53 53 162	Não deita lixo para o chão Amiga do ambiente Respeita ambiente
Condições de Vida relacionada o/ Saúde	8, 18, 50, 167 55 63 167, 169, 162 167 167 63	Tem dinheiro Não é pobre Tem animais Tem casa/Ter casa nova Tem carro Tem comida ter animais
Comportamentos de Protecção da Saúde	16, 46 138 149 46, 70, 72, 122 16 149 16, 27, 28, 31, 83, 98, 99, 109, 121, 134, 138, 11, 141 147, 99 86 27, 30, 184, 141 160 27, 33, 99, 100, 105 33, 99 43 83 31, 81, 158	Vacinas em dia Tem vitaminas Tem cuidado com as doenças Vai ao médico Hospital Evita o contágio da doença Alimentação A)Come/come bem/Alimenta-se bem A)Come coisas boas/muitas coisas A)Comer comida saudável A)Não come coisas fazem mal/porcarias/c. estrag. A)Tem cuidado com o que come A)Come fruta A)Come Couves A)Não come coisas que engordem A)Não come chocolates A)Não come muitos doces/ doces

Lista II - Categorias das respostas das crianças

Categoria	Número da Resposta	Temática
	100	A) Come frango
	86, 99, 100	A) Comer uma vez por semana peixe
	81	A) Salada
	99	A) Janta
	149	A) Bebe leite
	86, 158	A) Bebe água/chá
	43, 81, 86	A) Não beber refrigerantes
	75	A) Não come fritos, óleo, batatas fritas
	34	T) Tratar-se, cuidar-se/tratada
	29, 32, 70, 96, 138, 176, 184, 189	T) Trata bem da sua saúde/Trata-se bem
	158, 27, 29, 70	T) Cuida-se bem/cuida bem do seu corpo
	99	Desporto
	27, 99	D) Joga basquete
		D) Joga futebol
	46, 181	Higiene
	31, 46, 76	H) Toma banho todos os dias/Lavar-se/lavar as m:
	53, 66, 99, 124, 178, 185, 190	H) Está limpa
	70	Não Fumar
		Medicação
	86	M) Não exagera de remédios
		Drogas
	87	D) Não pensar em drogas
	124, 184, 185	Alcool
	149	AL) Não bebe álcool
		Não comer demais
Ausência de comportam de prot. Saúde ?	68	Quase não vai ao médico
	80	Não vai facilmente ao hospital
Funcionalidade	63	Ir à rua
	83	Sair de casa
	88, 105	Andar muito na rua/andar
	116	Não andar de cadeira de rodas
	119	Vai passear, ir a casa do tio
Sintomas	110	Dor: doer muito

Lista II - Categorias das respostas das crianças

Categoria	Número da Resposta	Temática
Ausência de sintomas	38, 152	Não ter dores
Não morrer	116 42, 98, 153, 185, 152	Não partir braços, pernas, cabeça, nãocego
Velhice	111	Não morrer Sobreviver Velhote, muito velhinho
Mal-estar	147	Está mal

Lista II - Categorias das respostas das crianças

CONCEITO DE SAÚDE

Categoria	Número da Resposta	Temática
Não responde	1, 13, 14, 15, 21, 25, 37, 56, 101, 106, 112, 113, 118, 127, 128, 130, 144, 155, 161, 166	
Não sei	2, 6, 12, 17, 49, 57, 61, 71, 73, 122, 125, 129, 131, 133, 157, 165, 172, 179, 180, 183	
Bem-estar	3, 51, 59, 60, 62, 63, 68, 82, 162	Está feliz/ feliz
	4, 38, 104, 163, 10	Está bem
	16, 44, 45, 79, 80, 100, 102, 148	Está boa/boa/excelente
	18	Com saúde para viver
	19	Está de boa saúde
	22, 184	De boa saúde
	23, 4, 40	Tem boa saúde
	66	Muito boa saúde
	20	muita saúde
	41, 52	Boa vida/vida boa
	38, 58, 63, 88, 174	Sente-se bem
	52, 71, 41	Ter uma vida boa */boa vida
	55, 74, 93, 135, 153, 169, 186, 187, 18	Viva/Vive/Viver
	84, 154, 166, 162	Vive em paz/ Ter paz e amor/tem paz na vid
	148	Coisa boa, excelente
	54, 78, 143	Vive bem
	64, 68, 69, 71	Não tem problemas na vida
	87	Tem mais tempo de vida
	111	Tem saúde até morrer
	140, 146	Não tem problemas de saúde
	109	Saúde até morrer
	151	não tem problemas
Ausência de Doença	4, 10, 11, 45, 48, 72, 75, 89, 94, 116, 163	Não está doente, não está com doenças
	95	Nunca tem doenças
	22	Não são doentes
	38, 139, 140, 95	Sem qualquer doença/sem doenças nenhu
	43, 64, 67, 71, 79, 142, 151, 159, 178, 184	Não tem doenças
	67, 184	Não tem muitas doença
	67	Se está doente quase nunca tem nada
	68, 97	Não é doente
	53	Quase nunca tem nada
	68, 97	Não tem ataques na rua
	143	Não tem SIDA
	22	

Lista II - Categorias das respostas das crianças

Categoria	Número da Resposta	Temática
Saúde Social	5, 24, 26, 47, 65, 82, 91, 120, 126, 154, 164, 171, 182, 188, 192 5, 46, 52, 65, 162, 196 152, 164, 188, 76, 91, 99 66, 72 76 32, 44, 85, 92, 195 39, 47, 66 39 47 47 47, 52 51, 88, 175, 152 51, 83, 117, 191 52 54 54, 66, 132 92 188, 18, 171, 169, 173	Amiga, amigável/Amigos, Irmãos Arranja/Teir/Gostar de amigos Brinca/jogar Tem respeito pelas pessoas/respeita-la Obedece à mãe e pai Bem educada Não faz disparates/porta-se bem É responsável É bom na escola Faz paz Não bate nos colegas Quer aprender/Faz trabalhos casa/estudar Gosta de trabalhar/Trabalha Não chatear com amigos Não faz guerra Ajuda os fracos/ajuda pessoas/ajudam-me Com experiência Dá-me coisas/compra-me coisas
Saúde Emocional	7, 60, 88 7, 32, 51, 60, 62, 66, 77, 82, 85, 145, 164, 143, 150 9, 22, 24, 50, 54, 74, 90, 93, 103, 108, 114, 115, 123, 156, 164, 170, 175, 182, 178, 26, 42 22, 120 35, 44, 77, 81, 85, 169, 174, 150 44 107 136, 168, 192, 36 137 164, 170 170 188	Contente Alegre/Bom humor boa/coração bom Simpática Bem-disposta Não é má Não se zanga Gosto deles (pai, mãe)/gosto dela São bons para mim (pai, mãe) Carinhosa/carinhos Com animação Gosta de mim
Ausência de saúde emocional	192 147	Gosto de viver com ela Está triste
Saúde Física	9, 123, 177 26, 119 28	Bonita/gfro/Beleza Coração bom/boa do coração Tem peso estatura normal idade

Lista II - Categorias das respostas das crianças

Categoria	Número da Resposta	Temática
	33 40 123 145	Energia Bons pulmões, pode respirar Elegante Força
Ausência de Saúde Física	116 116 116	Partir braços, pernas Partir cabeça ficar cego
Saúde Ambiental	53 53 162	Não deita lixo para o chão Amiga do ambiente Respeita ambiente
Condições de Vida relacionada o/ Saúde	8, 18, 50, 167 55 63 167, 169, 162 167 167 63	Tem dinheiro Não é pobre Tem animais Tem casa/ Ter casa nova Tem carro Tem comida ter animais
Comportamentos de Proteção da Saúde	16, 46 138 149 46, 70, 72, 122 16 149 16, 27, 28, 31, 83, 98, 99, 109, 121, 134, 138, 11, 141 147, 99 86 27, 30, 184, 141 160 27, 33, 99, 100, 105 33, 99 43 83 31, 81, 158	Vacinas em dia Tem vitaminas Tem cuidado com as doenças Vai ao médico Hospital Evita o contágio da doença Alimentação A) Come/come bem/Alimenta-se bem A) Come coisas boas/muitas coisas A) Comer comida saudável A) Não come coisas fazem mal/porcarias/c. estrag. A) Tem cuidado com o que come A) Come fruta A) Come Couves A) Não come coisas que engordem A) Não come chocolates A) Não come muitos doces/ doces

Lista II - Categorias das respostas das crianças

Categoria	Número da Resposta	Temática
	100	A) Come frango
	86, 99, 100	A) Comer uma vez por semana peixe
	81	A) Salada
	99	A) Jarra
	149	A) Bebe leite
	86, 158	A) Bebe água/chá
	43, 81, 86	A) Não beber refrigerantes
	75	A) Não come fritos, óleo, batatas fritas
	34	T) Tratar-se, cuidar-se/tratada
	29, 32, 70, 96, 138, 176, 184, 189	T) Trata bem da sua saúde/Trata-se bem
	158, 27, 29, 70	T) Cuida-se bem/cuida bem do seu corpo
	99	Desporto
	27, 99	D) Joga basquete
		D) Joga futebol
	46, 181	Higiene
	31, 46, 76	H) Toma banho todos os dias/Lavar-se/lavar as m:
	53, 66, 99, 124, 178, 185, 190	H) Está limpa
	70	Não Fumar
		Medicação
	86	M) Não exagera de remédios
		Drogas
	87	D) Não pensar em drogas
	124, 184, 185	Alcool
	149	AL) Não bebe álcool
		Não comer demais
Ausência de comportam de prot. Saúde ?	68	Quase não vai ao médico
	80	Não vai facilmente ao hospital
Funcionalidade	63	Ir à rua
	83	Sair de casa
	88, 105	Andar muito na rua/andar
	116	Não andar de cadeira de rodas
	119	Vai passear, ir a casa do tio
Sintomas	110	Dor: doer muito

Lista II - Categorias das respostas das crianças

Categoria	Número da Resposta	Temática
Ausência de sintomas	38, 152	Não ter dores
Não morrer	116 42, 98, 153, 185, 152	Não partir braços, pernas, cabeça, nádego
Velhice	111	Não morrer Sobreviver Velhote, muito velhinho
Mal-estar	147	Está mal

CONCEITO DE DOENÇA

Categoria	Nº Respostas	Temática
Não sei	1, 25, 129, 133, 141, 157, 177, 179	
Não responde	74, 75, 105, 127, 144, 154, 155, 166, 183	
Mal-estar	<p>7</p> <p>12, 148, 175</p> <p>10, 45, 126, 123, 46, 108, 153, 156, 163</p> <p>21, 23</p> <p>29, 85</p> <p>34</p> <p>38, 81</p> <p>90</p> <p>68</p> <p>20, 173</p> <p>109</p>	<p>Mau-estar</p> <p>É uma coisa má, piroso/É mau</p> <p>Está mal/Está muito mal/mal</p> <p>Está mal de saúde</p> <p>Está mal no seu corpo</p> <p>Faz mal estar doente</p> <p>Sente-se mal</p> <p>Não tem felicidade</p> <p>Não pode ter uma vida feliz</p> <p>Está problemas/tem problemas</p> <p>Não pode viver bem</p>
Doença - Identidade	<p>2, 178, 192, 115</p> <p>109</p> <p>139</p> <p>6, 39, 43, 44</p> <p>9, 16, 60</p> <p>11, 76</p> <p>28</p> <p>37</p> <p>144</p> <p>84, 145</p> <p>39, 43, 76, 92</p> <p>39, 43, 52, 56, 72, 122, 140</p> <p>44, 66, 95</p> <p>45, 59</p> <p>45</p> <p>47, 124, 171, 137, 167</p> <p>52, 124, 116, 106, 112, 118, 124, 167, 137</p> <p>116</p> <p>132, 178</p> <p>178</p> <p>178</p> <p>52</p>	<p>Doenças na cabeça</p> <p>Deficiência</p> <p>Diferente</p> <p>Varicela</p> <p>Gripe</p> <p>alergias</p> <p>Anorexia</p> <p>Pneumonia</p> <p>Pulmões</p> <p>Infecção pulmonar/Pulmões</p> <p>Sarãmpo</p> <p>Conetipação</p> <p>Papelira</p> <p>Doente do nariz</p> <p>Doença do coração</p> <p>Doença de fígado</p> <p>Partir um braço</p> <p>Partir uma perna</p> <p>Partiu a cabeça</p> <p>Doente da perna</p> <p>Doente dos braços</p> <p>Doente do corpo todo</p> <p>Estalar um dedo</p>

Lista II - Categorias das respostas das crianças

Categoria	Nº Respostas	Temática
	178 187 57 64, 66 178, 189 84 53, 56, 150 134 143 151 151, 184 178	Doente dos dedos/unhas Doente dos pulsos Pé torto Doenças contagiosas Doente garganta Doença que se perde o cabelo Drogado Leucemia Epilepsia Cancro SIDA Doente da boca, Carie
Sintomas	2, 38, 152 3, 152, 104 38, 100, 110, 140, 164, 117 38, 93, 118 38 110 162 164 178 2 86 86 86 3, 126 4 41 41 41 41 116, 24, 5, 100 6, 15 53 54, 119, 145	Dor Vaga D)Muitas dores D)Dor(es) Dor localizada D)Dores de cabeça D)Dores de garganta D)Dores nos ossos D)Dor no braço D)Dores nas costas D)Dor de barriga D)Dores de dentes Queixa vaga Queixa-se muito Queixa localizada Queixa-se da mão Queixa-se da clavícula Queixa-se do pé Chora Ferida Ferida localizada F)Ferida na cabeça F)Ferida nos braços F)Ferida nas pernas F)Ferida no olho Magoada/ Magoar-se/Aleijou Borbulhas/muitas borbulhas Amnésica Está fraca

Lista II - Categorias das respostas das crianças

Categoria	Nº Respostas	Temática
	146	Está mole
	185	Espiro
	30, 38, 39, 43, 44, 46, 52, 55, 58, 60, 61, 73, 86, 114, 122, 140, 167, 182, 185, 191, 113, 86	Febre/cabeça quente
	40, 52, 60, 86, 185	Tosse
	71	Sofre
	84	Magra
	84	Cansada
	89	Falta o ar
	93	Não tem ar
	142	Ataques
	152	Vomitou
	39, 77, 81, 165	Mal disposta/sente-se mal-disposta
	161	Muito Gorda
	185	Inflamação na garganta
	191	Sem sentidos
	161	14/16 (hipertensão)
Comportamento de doença	16	Costuma estar doente
	27	Quer ficar na cama
	42, 49, 55, 68, 78, 83, 84, 138, 143, 149, 164, 160	Tem de estar na cama
	51	Estar calma e receber refeições na cama
	119	Ir para a cama
	82	Ficava na cama uns dias
	88	Anda na cama
	118	Foi para casa
	27	Não tem vontade de comer
	159, 130	Está sempre em casa/Está em casa
Dimensões relacionadas com a doença		
a) tempo	19	Tempo
	100	T) Esteve doente
		T) Val ficar boa em três dias
b) Cura	57	Cura
	100	C) Quer que as pessoas fiquem boas
	161	C) O médico disse que ia ficar boa
		C) Tem que "ser" boa
		Causa
		C) Acidente
	36, 47	C) Cair
	100, 116	C) Bateu com a cabeça não fez sangue
	100	

Lista II - Categorias das respostas das crianças

Categoria	Nº Respostas	Temática
d)Grau	43,165 188	C)Filo C)Não se trata bem dp. Fica c/ doenças
	192	C)Tem um bicho e cmeu-lhe a cabeça
	28	G)Uma ou mais doenças
	54, 67, 178	G)Muitas doenças/muitas coisas doentes
	171	G)Mais ou menos uma doença
	92, 103, 125, 161, 118	G)Muito doente
	189	G)Todo o tipo de doenças
	170	G)Tem mais ou menos uma doença
	Grave	Grave
	20, 184, 191	G)Doenças graves
	62	G)Doença muito má
	29, 35	G)Coisa grave
	80, 85	G)Doenças muito graves
e)Contágio	66	Contágio
	77	C)Coisa contagiosa com micróbios
	149	C)Apanha um tipo de vírus
	80	C)Apanha uma doença
	26	C)Não se deve estar ao pé se tiver d.grav
	64	C)Se tem saude ficou contaminado
	C) Tem doenças contagiosas	C) Tem doenças contagiosas
Ausência de saúde	8, 33, 48, 102, 100	Não tem saúde
	32	Não tem boa saúde
	40, 79	Não está bem de saúde
	101	Não está com saúde
	18	Sem saúde
	62	Quase não tem saúde
	156	Não é saudável
	177, 67, 186, 151, 70, 173, 186, 97	Tem problemas saúde/ mto problemas de saúde
Saúde Emocional	22	Simpáticas
	120	Muito querida
	136	Gosto deles
	22	Atenção e carinhos
	26, 162	Boa/tem de ser boa
	65	Cado é amiga ficamos tristes
Ausência de Saúde Emocional	191, 192, 186	Pena/Faz pena/fico com pena
	14, 36, 59, 82, 92, 175, 147, 172, 175, 192	Triste/ está triste

Lista II - Categorias das respostas das crianças

Categoria	Nº Respostas	Temática
	180, 184	É muito triste
	187	É uma tristeza, fazem-me pena
	146, 149	Sente-se triste
	175	Não gosto de ficar doente
	170	Sem carinho
	170	Sem animação
	170	Sem alegria
	188	Não gosto q o meu amigo esteja doente
Saúde Social	65	Amiga
	62, 169	Precisa de ajuda das pessoas e famí/ajudar
	54	Os bons têm de ajudar
	91	EU ser amiga dela ir lá vê-la, visitá-la
	90	Não tem felicidade
	14	Fica sozinha
Ausência de Saúde Social	180	Só
	18	Não tem o que brincar
	85	Não é educada
	88	Não pode tratar do filho
	87	Desrespeita as pessoas quan está bêba
	149, 160, 186, 187	Não pode trabalhar/ir à escola/faite à escol
	188	Não tem ninguém para brincar
	65	Nós gostávamos de brincar com ela
	68	Não pode estar com as outras pessoas...
	70	Se estiver só não tem ninguém dar banho..
	36	Gostava de estar com a família
Ausência de Saúde Física	28	Não tem peso e estatura normal para idá
Ausência de Funcionalidade	10, 17, 69, 83, 88	Não pode sair de casa
	42, 49, 51, 63, 78, 103	Não pode sair à rua
	94, 16	Tem que ficar em casa
	49	Está numa cadeira de rodas
	63	Anda numa cadeira de rodas
	63	Não pode ir à praia
	69	Não pode fazer certas coisas
	134	Quer sair do hospital mas não consegue
	139	Não poder fazer a mesma coisa q outros
	149, 160, 188	Não pode ir à escola ou trabalhar
	182	Não pode andar
	88	Não pode tratar do filho
	126	Não faz as coisas iguais aos outros
Comportam/ Adesão ao Tratam/:Medicaç	156, 13	Fazer o que o médico diz;
	152	Não pode desobedecer ao médico

Lista II - Categorias das respostas das crianças

Categoria	Nº Respostas	Temática
	46, 82, 83, 88, 164, 190, 135, 165, 147, 160, 86, 106	<p>Tem tomar xaropes, tomar comprimidos, tomar antibióticos; remédios; medicamentos; toma mto os medicam sabe o nome</p> <p>Tomar medicamentos para um fim</p> <p>Toma remédios fazem bem à barriga</p> <p>Toma remédios para a cabeça</p> <p>Tomou remédios e ficou doente</p> <p>Os médicos davam-lhe remédios mal que não faziam bem</p> <p>Toma Bem-U-Ron</p>
Comportamento coping doença		
a) Hospitalização	5, 8, 17, 36, 56, 63, 159, 190	Hospital
	20, 83, 123, 138, 124, 143, 165	H) Está no hospital
	81	H) Vai para o hospital
	15	H) Hospital internada
	68, 80, 86	H) Um bocadinho no hospital
	141	H) Vai muitas vezes ao hospital
	176	H) As vezes vai para o hospital
	134	H) Sempre a caminho dos hospitais
	186	H) Está internada uma série de dias
	59	H) Está muitos dias no hospital
	19, 63, 89, 137, 173	H) A comida no hospital não é nada bom
	67	Operada
	107	O) Operada
	59	O) É muitas vezes operada
	13, 113, 135, 164, 163, 168, 142, 160, 164	O) Levar um corte à barriga
	22	O) As comidas do hospital não é bom
	54	Médico
	125	Vai ao médico, ir ao médico, estar no médico
	135, 159, 162	Para levar ao médico
	145	Precisa de muitos cuidados médicos
	164	Os médicos têm que ajudar
	168	No médico
	173	Tem de se tratar/tem de ser tratada
	68	As vezes precisa de ir ao médico
	87	Tem que ir ao médico
		É estar no médico
		Para levar ao médico
		Está sempre a ir ao médico
Ausência de comportam/ adesão ao trata		Não faz o que os médicos dizem

Lista II - Categorias das respostas das crianças

Categoria	Nº Respostas	Temática
	70	Não tem ninguém para ajudar a dar med
Comportamentos de protecção saúde	99	Deviam fazer desporto
	99	Não fumar
		Alimentação
	99	A) Comer fruta
	99	A) Comer salada/comer couves
	99	A) Comer carne
	99	A) Comer peixe
	152, 99	A) Beber leite, beber chá
		Alimentar-se mal
	152	Não pode comer chocolates
	189	Não trata bem da sua saúde
	130	T) Cuidar bem da pessoa
	16, 96, 98	A) Comeu alguma coisa que fez mal/estrag
	31	A) Alimentar-se mal
28, 63	A) Não come/ não come nada	
98	A) Não comer comida sem ser lavada	
121	A) Não se alimenta bem	
81	A) Não regula os doces	
31, 47, 99, 158	A) Come muitos doces	
99	A) Come muito açúcar	
113	A) Comem muitos chocolates	
158, 31	A) Bebe muitos sumos	
86	A) Bebe águas contaminadas	
158	A) Não bebe chá	
2, 27, 79	D) Não faz desporto	
27	A) Não come muita fruta	
33	A) Não come fruta	
33	A) Não come verdura	
81	A) Não regula as batatas	
	Higiene	
47	H) Não lavar as mãos	
184	F) fuma	
53, 99	F) Fuma muito	
87	A.L) Bebe álcool	
53	A) Come sempre a mesma coisa	
53	A) Nunca come alimentos saudáveis	
81	A) Não aguentaria não comer coisas ã saudáveis	

Lista II - Categorias das respostas das crianças

Categoria	Nº Respostas	Temática
	63	
	81	A) Não come nada
		A) Não come moderadamente
	96	T) Não soube cuidar-se bem
	99	A) Come muita coisa que não se deve
	181	T) Não trata bem da pele
	156, 138, 184	T) Não se trata/Não se trata muito bem/Não sabe cuidar bem
	188	T) Não trata bem da sua saúde
Ausência de condições de vida relacionadas com a saúde	18	Pode ter dinheiro mas não é rico
	50, 55	Pobre
	50	Não tem dinheiro
	63	Não tem animais
	128	Casa bonita, com pouquinhas coisas (casa pobre)
	136	Tem passarinhos
	149	Andam na rua
Morte	86	Pode morrer e essas coisas más
	131	Pessoa morta
	144	Já morreram dois avós
	184	Pode morrer
	145	Morreu
Velhice	100, 135, 168, 111	Velhinha(o)
	113	Muito velhinha
	114	Estavam velhos
	119	Velha