

# Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente

Gimol Benzaquen Perosa<sup>1</sup>  
Letícia Macedo Gabarra<sup>2</sup>

PEROSA, B. G.; GABARRA, L. M. Explanations proffered by children hospitalized due to illness: implications for communication between healthcare professionals and patients, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.135-47, set.2003-fev.2004.

The purpose of this research was to study the cognitive development and explanation of the causes of illness as perceived by hospitalized children, especially the influence of experience with disease and educational level on the explanations. 50 Brazilian children aged five to nine, hospitalized with different diagnoses, took part in the research. Cognitive development and ideas of the cause of illness were evaluated within a Piagetian framework. As in previous studies, the children processed the information in a foreseeable cognitive sequence. However, these hospitalized children reflected a delay in the acquisition of conservation and voiced explanations with few subjective elements, devoid of references to the actual disease. The causes of illness that were mentioned were similar to those quoted by children in other countries. The relation between the complexity of the explanations and the number of hospitalization episodes was statistically significant. Most of the sample, regardless of age and cognitive level, ascribed becoming ill to disobedience, a possible mechanism for self-protection against a feeling of helplessness. These results point to implications that should be taken into account when pediatric patients are approached.

KEY WORDS: Causality; physician-patient relations; children's explanations; cognitive level; hospitalized children.

Esta pesquisa pretendeu estudar o desenvolvimento cognitivo e as explicações sobre a causalidade das doenças em crianças hospitalizadas, particularmente a influência nas explicações da experiência com doenças e da escolaridade. Participaram da pesquisa cinquenta crianças brasileiras internadas em um hospital público, com diferentes diagnósticos e idade variando entre cinco e nove anos. O desenvolvimento cognitivo e as concepções sobre as causas das doenças foram avaliados dentro de um referencial piagetiano. Como em estudos anteriores, as crianças processaram as informações numa seqüência cognitiva previsível. Entretanto, as crianças internadas mostraram atraso na aquisição da conservação, e explicações com poucos elementos subjetivos, sem referências à própria doença. As causas atribuídas às doenças foram similares às apontadas por crianças de outros países. Foi estatisticamente significativa a relação entre a complexidade das explicações e o número de internações. A maioria da amostra, independente da idade e nível cognitivo, atribuiu o adoecimento à desobediência, possível mecanismo adaptativo ao desamparo, resultado que parece trazer implicações a serem consideradas quando se abordam pacientes infantis.

PALAVRAS-CHAVE: Causalidade; relações médico-paciente; explicações infantis; nível cognitivo; crianças hospitalizadas.

<sup>1</sup> Professora do Departamento de Neurologia e Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. <Gimol@fmb.unesp.br>

<sup>2</sup> Apromorada do Departamento de Neurologia e Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. <legabarra@yahoo.com>

Apesar de o principal paciente do pediatra ser a criança, até recentemente seu papel específico na comunicação com o médico foi pouco abordado nas pesquisas. A maioria dos estudos centrou-se nas interações diádicas entre adultos, especialmente entre o pediatra e a mãe. Há, entretanto, indicadores clínicos e teóricos mostrando que o papel da criança, nessa relação, é fundamental para a satisfação e adesão ao tratamento, possibilitando um melhor prognóstico. As relações mais igualitárias preconizadas hoje nos serviços de saúde entre médicos e pacientes, o declínio das relações autoritárias na família, especialmente no momento da tomada de decisões a respeito dos tratamentos e prevenção de doenças, a preocupação com a promoção da saúde, redirecionaram o olhar dos pesquisadores para a interação com a criança, no *setting* pediátrico.



A interação médico/criança é bastante diversa daquela que ele mantém com os pais. Se com os adultos o médico oferece informações e orienta condutas, quando se comunica com a criança ele se restringe ao afetivo. Preocupado em agradá-la, para que colabore no exame, ele brinca com ela. Mesmo quando a criança oferece informações sobre o seu estado, elas são regularmente checadas com os adultos responsáveis. A interação afetiva e amistosa cria uma boa relação interpessoal, mas deixa de lado dois aspectos fundamentais da relação médico-paciente: a troca de informações e a tomada de decisões. Os pais oferecem informações importantes, mas não se pode assumir, a priori, que a percepção que eles têm da doença reflita com precisão os sentimentos e necessidades dos filhos, especialmente quando estes vão se tornando mais independentes (Takes & Meeuwesen, 2001).

Um estudo realizado na Inglaterra em 1998 mostrou que a opinião, os sentimentos e informações das crianças raramente são levados em conta nos serviços de saúde. Os autores acreditam que não se trata de falta de interesse pelo que a criança pensa, mas da dificuldade dos médicos em abordá-las verbalmente ou é uma tentativa de protegê-las de informações, que poderiam perturbá-las emocionalmente (Hart & Chesson, 1998).

Os primeiros estudos interessados nas reações afetivas da criança perante a doença centraram-se em pacientes crônicos ou internados. Os pesquisadores, numa perspectiva psicanalítica, interpretavam as perturbações emocionais observadas nos pacientes hospitalizados como decorrentes da privação de contato, segurança e confiança, que a mãe geralmente proporciona (Bibace & Walsh, 1980).

A partir dos anos 1980 um novo grupo de pesquisadores se propôs a avaliar como as crianças assimilam sua experiência com a doença, do ponto de vista do desenvolvimento cognitivo, deixando para um segundo plano as reações afetivas (Bibace & Walsh, 1980). Segundo esses autores, Piaget e Werner já haviam demonstrado, experimentalmente, que em áreas fundamentais do conhecimento, como na aquisição da noção de espaço, tempo, causalidade e número, a criança apresenta uma lógica, com princípios próprios, qualitativamente diferente da do adulto. Esse enfoque teórico também fundamentou pesquisas interessadas nos conceitos infantis sobre morte, reprodução, religião etc... Seus resultados nortearam intervenções de médicos e educadores, ao abordar crianças com quadros graves e de prognóstico incerto (Perrin & Gerrity, 1981).

A hipótese de que há uma mudança previsível nos conceitos infantis sobre a causa, prevenção e cura das doenças, que acompanha a compreensão dos outros fenômenos físicos, e que é consequência do aumento da idade e experiência, já foi devidamente comprovada (Brewster, 1982; Perrin et al., 1991; Hansdottir & Malcarne, 1998). Crianças no nível pré-operatório conceituam a doença em termos circulares, indiferenciados e mágicos. Fixam-se em características externas; recorrem a explicações auto-culpatibilizantes; acreditam que adoeceram porque desobedeceram com ações concretas e vão sarar, também, de forma mágica. As crianças do nível operacional concreto, com mais de sete anos de idade, fazem uma distinção clara entre fenômenos internos e externos, mas continuam dando mais importância aos fenômenos externos como causa das doenças. Acreditam que são os germes os principais responsáveis pelo adoecer e que podem evitar a doença evitando o contágio. Apenas crianças do estágio lógico-formal conseguem ter um pensamento hipotético e entender a doença como uma combinação de um estado corporal que responde de formas diversas às agressões externas. Para eles, a doença é causada e pode ser curada pelo resultado de uma interação complexa entre agentes e hospedeiros.

A partir desses resultados, especialistas em educação médica apontam a necessidade de considerar a idade ou o estágio cognitivo da criança, no momento de explicar a doença: utilizar comparações e metáforas na fase pré-operatória; explicar as cirurgias atendo-se aos aspectos externos (o corte, a sedação, a sala cirúrgica), e deixar as explicações anatômicas para crianças que tiverem alcançado o estágio lógico-formal (Whitt et al., 1979; Walsh & Bibace, 1991).

Se a maioria dos trabalhos de linha estruturalista procurou associar as explicações com os estágios de maturidade do pensamento, estudos com enfoque funcionalista deram prioridade ao papel da aprendizagem e experiência na aquisição dos conceitos infantis. Partindo do pressuposto de que a doença é uma experiência aprendida, alguns autores acreditam que as mudanças nas respostas devam sofrer uma influência maior da experiência do que dos estágios cognitivos. Os dados ainda são inconclusivos. Algumas pesquisas mostraram que crianças com doenças crônicas e múltiplas internações têm um entendimento da doença mais maduro que crianças saudáveis. Outras, entretanto, concluíram que o entendimento da doença não está diretamente associado com a experiência (Campbell, 1975; Hansdottir & Malcarne, 1998).

Pressupõe-se, também, que os diferentes níveis de escolaridade possam influir nas explicações infantis sobre a causalidade das doenças, na medida em que os currículos têm uma disciplina de Ciências que aborda a fisiologia humana e os cuidados com a saúde. Entretanto, a influência da escola no entendimento das causas das doenças ainda não foi demonstrada. No estudo de Boruchovitch & Mednick (1997), houve uma relação significativa entre o nível de escolaridade e a percepção de que as doenças têm múltiplas causas. Para Peltzer & Promtussananon (2003) poucas foram as informações que um grupo de crianças negras sul-africanas obteve na escola. As principais fontes de informação foram a família e os meios de comunicação,



especialmente quanto à AIDS.

Apesar do consenso generalizado de que é preciso desenvolver pesquisas transculturais na área da saúde, a maioria das pesquisas a respeito das concepções infantis de saúde e doença foram realizadas com amostras de países desenvolvidos (Boruchovitch & Mednick, 1997). Mesmo que os estudos mostrem que a maturação cognitiva progride de forma invariável nas culturas ocidentais, diferenças climáticas, diferentes recursos lingüísticos, a facilidade de acesso aos cuidados médicos, à escola, poderiam marcar, de forma diversa, as respostas de crianças criadas em diferentes países e contextos (Hansdottir & Malcarne, 1998). Trabalhos recentes, entretanto, sugerem que as semelhanças nos conceitos de saúde e doença, nas diferentes culturas, são bem maiores que as diferenças (Boruchovitch & Mednick, 2000; Peltzer & Promtussananon, 2003)

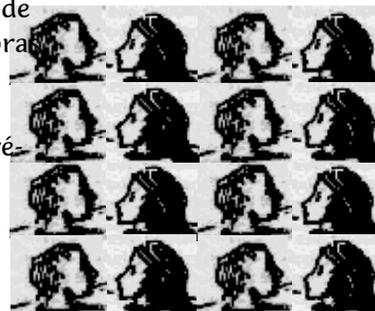
Outra polêmica entre os pesquisadores diz respeito ao local e momento da coleta de informações. A maioria dos estudos avaliou crianças saudáveis, ou crônicas, quando não internadas. Partiam do pressuposto que a hospitalização interferia nos resultados, pelo stress que acarretava (Perrin et al., 1991). Entretanto, a internação, passado o impacto inicial, é o momento em que a criança mais recebe informações e questionamentos sobre sua doença. O hospital é parte integrante do contexto social da criança enferma e acaba interferindo nas suas relações psicossociais com o meio (Linhares, 2000). As explicações elaboradas na vigência do quadro, durante a internação, podem apontar singularidades que merecem ser conhecidas.

Nesta pesquisa pretendeu-se investigar o desenvolvimento das explicações sobre a causalidade das doenças por crianças brasileiras, internadas em um hospital público, provenientes da região centro-oeste do Estado de São Paulo. Como em estudos similares, utilizou-se o referencial piagetiano para análise dos dados, por tratar-se de uma teoria que analisa a aquisição de conceitos, a partir da ótica do desenvolvimento. Se, de acordo com Piaget (1971), esse processo sofre a influência da idade e da experiência, nesta pesquisa procurou-se verificar o impacto desta última, principalmente como a vivência pessoal com doenças e internações e a escolaridade afetavam o conteúdo das explicações. Como a amostra era composta por crianças brasileiras, pretendeu-se, também, comparar os dados do recente estudo com os resultados obtidos com amostras de outros países, tendo sempre em vista implementar estratégias que facilitem a comunicação das equipes de saúde com os pacientes infantis.

## Método

### Sujeitos

Participaram do estudo cinquenta crianças internadas na Enfermaria de Pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, um hospital-escola que atende a pacientes do Sistema Unificado de Saúde (SUS). Eram crianças internadas por diferentes motivos e portadoras de diversos quadros: agudos, crônicos e cirúrgicos. A idade das crianças variou de cinco a nove anos, com dez crianças representando cada faixa etária. Pretendeu-se contemplar sujeitos que estivessem nos estágios pré-operatório e operatório concreto, preconizados por Piaget.



## Medidas

**Nível de desenvolvimento cognitivo** – o desenvolvimento cognitivo foi avaliado a partir de um conjunto padrão de tarefas propostas por Piaget (1978) para avaliar a conservação de massa, tamanho, número e volume. A forma de pontuação seguiu os trabalhos do grupo de Perrin (Perrin & Gerrity, 1981; Perrin et al., 1991). Dois pesquisadores independentes pontuaram o desempenho das crianças. O índice de acertos foi superior a 80%. As crianças que tinham mais de duas conservações eram consideradas no estágio operatório concreto; aquelas que não tinham nenhuma conservação, ou apenas uma, estavam no estágio pré-operatório.

**Entendimento das causas das doenças** – este item foi avaliado a partir da aplicação de uma entrevista semi-estruturada de cinco perguntas que abrangia as causas, sintomas, prevenção, tratamento e papel da medicação, extraído da Entrevista Sobre as Doenças proposta por Perrin & Gerrity (1981)<sup>3</sup>.

**Complexidade cognitiva das explicações** - a resposta sobre a causa das doenças foi avaliada segundo os critérios propostos por Perrin & Gerrity (1981). A resposta recebia um ponto quando era inapropriada, ou a criança se esquivava de responder (“não sei”). Dois pontos correspondiam a respostas circulares (enumeração de sintomas) e mágicas (respostas características do estágio pré-operatório). As respostas que mereciam três e quatro pontos já demonstravam relação de causa e efeito e correspondiam ao nível operatório-concreto. Atribuiu-se três pontos quando a criança enumerava regras concretas e proibições associadas com o adoecer (“sair sem casaco”; “desobedecer a mãe”). Nas respostas de quatro pontos, as crianças citavam os agentes causadores e mostravam alguma compreensão quanto à internalização do agente (“Você respira e o bichinho entra no seu pulmão”). Apesar do nível concreto há um entendimento do processo de adoecer.

As respostas foram pontuadas por dois avaliadores independentes e o nível de confiabilidade foi  $r = 0,87$ .

**Dados pessoais** - a partir do prontuário foi realizado um levantamento do número de internações da criança nos últimos cinco anos. O grupo todo foi dividido em quatro subgrupos de acordo com o número de internações: uma, duas, três, quatro ou mais internações. Registrou-se, também, o diagnóstico da última internação e, com os pais, verificou-se se as crianças freqüentavam (ou não) a escola e qual a série.

## Procedimento

Quando a criança estava próxima da alta, era contatada pela pesquisadora, uma psicóloga que trabalhava na enfermaria, e questionada se gostaria de participar da pesquisa. Caso afirmativo pedia-se o consentimento dos pais. A aplicação dos instrumentos ocorreu individualmente, sem a presença dos pais. Todas as crianças iniciaram a avaliação com as provas de conservação. Em seguida realizaram a entrevista. A pergunta sobre a causalidade das doenças era “*Porque as crianças ficam doentes?*”. As crianças respondiam às questões e o aplicador registrava suas respostas, por escrito, logo após sua emissão. As provas como um todo, duravam em média de trinta a quarenta

<sup>3</sup> Neste estudo só foram analisadas as respostas sobre causalidade das doenças. A análise dos outros tópicos foi apresentada em trabalho anterior (Gabarra et al., 2002).

minutos. A maioria realizou as atividades na mesa de recreação, mas algumas foram avaliadas no leito.

Todas as respostas foram transcritas, sem identificação do sujeito, e avaliadas por dois psicólogos independentes. Diante do nível de concordância satisfatório nas pontuações dos dois avaliadores, os resultados foram submetidos a tratamento estatístico. Para verificar as correlações de interesse, utilizou-se o Teste Exato de Fisher e, em todos os casos, foi adotado nível de significância de 0,05.

O Projeto de Pesquisa e o termo de consentimento foram aprovados pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp.

## Resultados

Como era esperado, houve uma progressão no número de conservações, que se correlacionou significativamente com o aumento de idade ( $p = 0,003 < 0,005$ ). Entretanto o desempenho desse grupo de crianças, nas tarefas de conservação, foi inferior ao de outros trabalhos. Assim, 15% de crianças maiores de sete anos não tinham nenhuma conservação e, 50,0% apenas uma, correspondendo a um nível de pensamento pré-operatório (Tabela 1). Só acertaram todas as provas 12% das crianças acima de oito anos e que frequentavam a terceira e quarta séries do Ensino Fundamental.



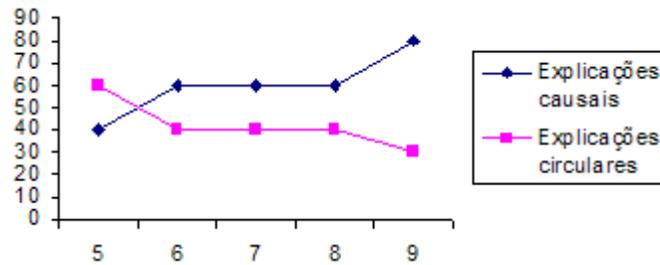
**Tabela 1** - Número e porcentagem de conservações nas diferentes idades

idade	número de conservações									
	0		1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
5	6	30,0	3	18,75	1	20,0	0	0,0	0	0,0
6	5	25,0	1	6,25	3	60,0	1	33,3	0	0,0
7	6	30,0	1	12,5	1	20,0	1	33,3	0	0,0
8	2	10,0	3	18,7	0	0,0	0	0,0	5	83,3
9	1	5,0	7	43,8	0	0,0	1	33,3	1	16,6
<b>Total</b>	20	40,0	16	32,0	5	10,0	3	6,0	6	12,0

$P=0,003<0,005$  S

Com relação às causas atribuídas às doenças, houve, com o aumento da idade, uma diminuição de respostas circulares e de esquiva e uma maior porcentagem de explicações causais, mas sem significância estatística (Gráfico 1). 24% das crianças, especialmente as menores, as que não tinham nenhuma conservação e portadoras de doenças congênitas, não souberam atribuir causas às doenças ou deram respostas fatalistas (“porque tinha que ser”, “Deus quis”, “porque crianças são escolhidas para nascer doentes”). A confusão entre causas e sintomas ocorreu com 18% das crianças (“fica doente porque vomita”; “espirra, tem febre, e fica doente”). As respostas de contágio, às quais se atribuiu quatro pontos, só foram emitidas por 8% da amostra. Apesar de identificar agentes externos como causa das doenças (bichinhos, vírus, acidentes, infecções...), a forma de contágio ainda permanecia mágica. As crianças explicavam que se fica doente quando “se brinca com quem está doente”, ou “tem um pó no ar que entra no corpo e traz a doença”.

**Gráfico 1** - porcentagem de explicações circulares e causais sobre a doença em crianças de diferentes idades



Identificaram-se, também, explicações animistas (Piaget, 1971), que conferem sentimentos e intenções aos agentes (“são bichinhos malvados que entram na gente”; “subi no tanque e ele veio para cima de mim e quebrou minha perna”). Entretanto, as respostas mais frequentes foram as explicações auto-culpabilizantes: 50% da amostra, independente da faixa etária, associou a doença com desobediência (ficar descalço, tomar sorvete, sair sem agasalho...) (Tabela 2). Poucas fizeram referência a outras transgressões (subir no muro, correr com a bicicleta).



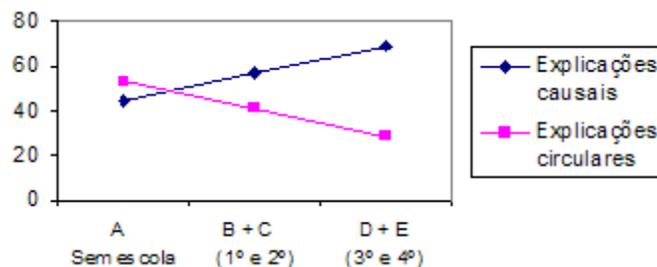
**Tabela 2** - Número e porcentagem de explicações sobre as causas doença, com diferentes graus de complexidade, nas diferentes idades

idade	nível de complexidade das explicações							
	1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
5	4	33,3	2	22,2	4	16,0	0	0,0
6	2	16,6	2	22,2	5	20,0	1	25,0
7	4	33,3	-	-	6	24,0	0	0,0
8	1	8,33	3	33,3	4	16,0	2	50,0
9	1	8,33	2	22,2	6	24,0	1	25,0
<b>Total</b>	12	24,0	9	18,0	25	50,0	4	8,0

P=0,55>0,05 NS

Não foi significativa a associação da escolaridade com o nível de complexidade das respostas, mas houve uma porcentagem maior de respostas causais em crianças de séries mais avançadas (Gráfico 2). Suas explicações eram mais objetivas, racionais e, às vezes, faziam referência a explicações fisiológicas da transmissão de doenças, principalmente do aparelho respiratório.

**Gráfico 2**-Porcentagem de respostas circulares e causais oferecidas por crianças de diferentes níveis de escolaridade, para explicar a causa das doenças



O papel da experiência, avaliado a partir do número de internações, teve uma relação estatisticamente significativa com a complexidade das explicações ( $p=0,04 >0,05$ ). Crianças com um maior número de hospitalizações, que possivelmente estiveram mais expostas a informações pelas equipes de saúde, demonstravam uma maior compreensão da internalização dos agentes. Entretanto, estes resultados precisam ser tomados com cautela pois a maioria das crianças tinha apenas uma ou duas internações.

A metade da amostra não fez nenhuma referência aos fatores responsáveis pela sua internação ao explicar as causas das doenças (por exemplo, criança com fratura de fêmur que respondia “ficam doentes porque ficam descalças”; ou criança com mal formação congênita que cuja resposta era “ficam doentes porque tomam chuva ou sofrem acidente”). Com o aumento da idade aumentou a porcentagem de associações entre as causas citadas e a estória do próprio adoecimento (Tabela 3).



**Tabela 3** - Número e porcentagem de explicações sobre a causa das doenças, relacionadas (ou não) ao próprio quadro, em crianças de diferentes idades

idade	relação das explicações com a própria doença					
	não sei		sem relação		com relação	
	N	%	N	%	N	%
5	4	41,6	5	20,0	1	0,7
6	2	16,6	6	24,0	2	14,3
7	4	41,6	3	12,0	3	2,1
8	1	0,8	7	28,0	3	2,1
9	1	0,8	4	16,0	5	35,7
<b>Total</b>	12	23,5	25	49,0	14	27,5

Contrariando a hipótese, o fato de as crianças dessa amostra residirem em um país com clima, condições econômicas e sanitárias diversas do contexto de outros estudos, não pareceu interferir nas explicações. Os fatores climáticos identificados como causadores de doenças foram o frio, a chuva, a umidade. Nenhuma criança fez referência ao calor, ao sol intenso, a alimentos estragados etc. Algumas explicações peculiares, que faziam referência ao meio particular onde estas crianças vivem, lembravam slogans de campanhas de saúde pública, veiculadas pelos meios de comunicação, sem muita relação com o caso específico da criança (“não deixar água parada”, “matar o mosquito”, “tomar vacina”, “usar camisinha”).

## Discussão

Neste estudo, assim como em trabalhos anteriores, houve uma progressão no número de conservações, que acompanhou o aumento da idade. Entretanto as crianças internadas tiveram um desempenho inferior ao das crianças saudáveis, ou crônicas de outras pesquisas (Brewster, 1982; Perrin et al., 1991; Hansdottir & Malcarne, 1998).

Há controvérsias na literatura sobre o desenvolvimento cognitivo de crianças com várias internações ou determinadas doenças crônicas. Myers-Vando et al. (1979) sugerem que a doença é um fator intrusivo que retarda

as funções cognitivas e, portanto, essas crianças têm conceitos menos sofisticados. Outros pesquisadores não encontraram diferenças significativas entre crianças saudáveis e doentes, quanto à aquisição da conservação e causalidade de fenômenos físicos (Carraccio et al., 1987; Sussman et al., 1987). Segundo Perrin et al. (1991), além do fato de estar doente, há outras variáveis influenciando na aquisição dos conceitos, como inteligência e nível sócio econômico que, quando controladas, mostram que os conceitos gerais de crianças doentes equivalem ao das saudáveis. Nesta amostra, levanta-se a hipótese de que a exploração limitada do espaço, imposta pelas restrições motoras de algumas doenças e tratamentos, as possíveis faltas à escola, e as baixas expectativas por parte de familiares perante crianças doentes, apontadas em outros estudos (Perrin et al., 1991), possam justificar o atraso no desenvolvimento cognitivo.

Com relação às explicações sobre as causas das doenças, assim como na aquisição de outros conceitos pesquisados por Piaget (1971), houve uma evolução nas explicações, que acompanhou o aumento da idade. Entretanto, a maioria das crianças ofereceu explicações finalistas, animistas e mágicas, características do pensamento egocêntrico. Algumas crianças mais velhas mostraram uma assimilação mais racional, própria do estágio das operações concretas, recorrendo ao conceito de contágio, mas, mesmo quando fizeram referência a agentes externos ao organismo, a descrição da incorporação do vírus era mágica prescindindo de pensamento lógico (Piaget, 1971).

As crianças menores, que freqüentavam a pré-escola, davam explicações circulares sem se preocupar com a relação de causa e efeito. Foi freqüente o uso de explicações finalistas (“porque sim”, “Deus quis”, “tinha que ser”) que demonstram a assimilação de uma realidade em que se confunde causa com intenção (Piaget, 1971). Na seqüência, as crianças identificavam sintomas como causas, mostrando uma forma de pensar dominada por imagens e um raciocínio centrado em aspectos visíveis e de concretude imediata.

A partir dos seis anos, as explicações causais substituíram as explicações circulares, entretanto as características finalistas e animistas persistiram, por exemplo, nas respostas auto-culpabilizantes, cuja incidência foi maior que em outras pesquisas (Perrin & Gerrity, 1981; Perrin et al., 1991; Brewster, 1982; Hansdottir & Malcarne, 1998). Mesmo crianças mais velhas, de oito e nove anos, que a partir das provas de conservação foram classificadas como estando no estágio de pensamento operatório-concreto, apontaram a desobediência como responsável por sua doença. Acreditavam que adoeceram em decorrência de ações concretas que fizeram (ou deixaram de fazer) e se propunham a obedecer para poder sarar. Redpath & Rogers (1984) e Walsh & Bibace (1991) já haviam demonstrado que a compreensão mais sofisticada dos conceitos de saúde/doença não necessariamente acompanha o desenvolvimento cognitivo, avaliado pelo número de conservações, fenômeno que Piaget denominou *decalagem horizontal*, ou seja, que o desenvolvimento cognitivo em uma área do conhecimento pode diferir do grau de desenvolvimento em outra.



Entretanto, a alta porcentagem de respostas de culpa em adolescentes e mesmo em adultos doentes, referida na literatura (Paulhan, 1994), permite levantar outra hipótese: essas explicações podem estar sinalizando uma interseção entre fatores afetivos e cognitivos. Em áreas de conflito e situações estressantes, assumir a culpa pode aliviar a sensação de desamparo e criar uma ilusão de controle, bastante útil perante doenças crônicas ou quadros de previsibilidade incerta. O pensamento culposos teria o papel de mecanismo de defesa (Brewster, 1982). Segundo Boruchovitch & Mednick (1997), é interessante notar que mesmo numa cultura como a brasileira, que pode ser descrita como tendo um considerável grau de fatalismo, a maioria dos sujeitos identificou seu próprio comportamento como responsável pela doença.

Diante desses dados, as equipes de saúde devem tomar cuidado com a insistência de algumas crianças mais velhas, internadas, em manter idéias distorcidas, pensamentos mágicos e egocêntricos, apesar das contínuas e exaustivas informações, por parte dos profissionais. A internação geralmente coincide com o recrudescimento do quadro crônico; é a instância mais crítica da doença aguda, e o contexto com maior probabilidade de procedimentos invasivos e dolorosos. Se esse tipo de pensamento funciona como mecanismo de defesa, é preciso lidar cuidadosamente para não quebrar defesas de crianças que, possivelmente, não têm outros mecanismos adaptativos, no momento em que mais precisam deles (Brewster, 1982).

Com relação ao papel da escola, contrariamente aos achados de Boruchovitch & Mednick (2000), com estudantes brasileiros que cursavam o ensino fundamental no Rio de Janeiro, não foi significativa a relação entre o grau de escolaridade e a atribuição de causalidade das doenças. Os atuais resultados estão mais próximos dos obtidos com crianças negras sul-africanas, para quem a escola teve pouca influência, mas campanhas educativas veiculadas pelos meios de comunicação, especialmente em relação a AIDS, foram lembradas freqüentemente (Peltzer & Promtussananon, 2003).

Os temas associados com o adoecimento nas crianças desta amostra foram bastante similares aos citados nos estudos desenvolvidos com crianças brasileiras (Boruchovitch & Mednick, 2000) e com crianças de outros países (Perrin et al., 1991; Brewster, 1982; Hansdottir & Malcarne, 1998; Peltzer & Promtussananon, 2003).

A falta de elementos subjetivos ao explicar as doenças, seja em relação ao próprio quadro ou às condições particulares do país em que vivem, precisa ser mais bem analisada. Na grande maioria das vezes, as respostas das crianças pareciam cópia do discurso dos adultos, mais especificamente das mães, tentando evitar situações de perigo à saúde das crianças. Isso também ocorreu no estudo de Berthoud-Papandropoulou et al. (1990), que observaram que as explicações de crianças francesas com menos de sete anos se situavam no domínio das interdições e obrigações e que só mais tarde elas expunham suas crenças e justificavam suas ações.

Segundo Piaget (1978), no período pré-operatório, a criança, porque ainda não desenvolveu representações mentais, tenta compreender o mundo por meio de imagens interiorizadas do comportamento emitido



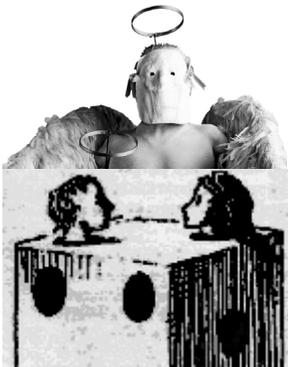
tanto por objetos (trem, avião) como por pessoas avaliadas positivamente. Trata-se de uma *imitação diferida*, isto é, reprodução do comportamento de alguém, sem a presença do modelo. No geral, ela imita o adulto que dispõe de autoridade pessoal, os pais, o médico, os professores. A apropriação do discurso do outro poderia explicar porque essas explicações são estereotipadas e de certa forma moralistas.

Mas, a falta de elaboração pessoal e possível reprodução da fala do adulto talvez tenha sido favorecida pela forma como se coletaram os dados. Em uma entrevista, as respostas induzidas pelas perguntas de um pesquisador não têm o mesmo status psicológico que as explicações espontâneas (Berthoud-Papandropoulou et al., 1990). É uma situação social, interativa, de construção discursiva, centrada em um contexto em que os protagonistas oferecem as informações que eles imaginam que o outro espera ouvir. As respostas não necessariamente explicitam os reais sentimentos e pensamentos do entrevistado (Hart & Chesson, 1998). Nesse sentido, a criança pode estar repetindo o discurso que, ela acredita, o adulto, da equipe da enfermagem, quer ouvir. Nos próximos estudos sugere-se uma mudança na forma de entrevista, aproximando-a do método clínico, proposto e adaptado por Piaget, para contextos experimentais (Walsh & Bibace, 1991). Em oposição aos testes padronizados, a utilização de um interrogatório flexível, criando problemas e explicitando contradições, ajudaria a descobrir os processos de raciocínio subjacentes às respostas, e evitaria a simples repetição das palavras da autoridade, muitas vezes sem nexos, como quando a criança repetia os slogans televisivos (“não usam camisinha”, “tem que matar o mosquito”). Não se pretende com isso medir a solidez de suas convicções, mas criar a necessidade de elaboração.

### Considerações finais

A compreensão de como as crianças explicam as doenças, e sua relação com a idade e desenvolvimento cognitivo possibilitou, no decorrer dos últimos anos, elaborar estratégias e material didático, para informá-las adequadamente sobre o processo de adoecer, o tratamento e a prevenção. As similaridades encontradas nas formas de explicar as causas das doenças nas várias culturas, reiteradas neste estudo, aumentam a possibilidade de aproveitar materiais desenvolvidos e testados em outros países. Esses conhecimentos possibilitaram, também, ao médico, no contato direto com os pacientes infantis, adequar as informações, assim como entender vários dos medos, muitas vezes considerados inócuos ou irracionais, na perspectiva dos adultos.

As evidências de que outras variáveis influem na compreensão das doenças, como as interações e a interação entre fatores emocionais e cognitivos, aliada à possibilidade de a criança não explicitar seus pontos de vista mas repetir o discurso esperado pela autoridade, sugerem novas posturas, especialmente com crianças hospitalizadas. Se o objetivo da equipe de saúde está em facilitar a adaptação da criança à internação e aumentar as chances de sua participação no tratamento, os profissionais precisam ter a intenção de envolver-se em um processo interativo de comunicação, no qual o ponto de partida consiste em ouvir, individualmente, como cada criança



concebe seu adoecimento, tentando evitar que ela apenas repita falas estereotipadas. Em um segundo momento, ao invés de apenas oferecer informações, dialogar com ela, estabelecendo uma troca que pode ter diversos objetivos, dependendo do caso: esclarecer pontos obscuros, desmistificar fantasias, dar novas explicações ou mesmo respeitar concepções errôneas que podem funcionar como mecanismos adaptativos, em momentos de stress.

### Referências

- BERTHOUD-PAPANDROPOULOU, I.D.; FAVRE, C.; VENEZIANO, E. Construction et reconstruction des conduites d'explication. **Le jeune enfant et l'explication**, v.7/8, p.9-35,1990.
- BIBACE, R.; WALSH, M. Development of children's concepts of illness. **Pediatrics**, v.66, n.6, p.912-7, 1980.
- BORUCHOVITCH, E.; MEDNICK, B.R. Cross-cultural differences in children's concepts of health and illness. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.5, p.448-56, 1997.
- BORUCHOVITCH, E.; MEDNICK, B. R. Causal attributions in Brazilian children's reasoning about health and illness. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.5, p.484-90, 2000.
- BREWSTER, A. Chronically ill hospitalized children's concepts of their illness. **Pediatrics**, v.69, p.355-62,1982.
- CAMPBELL, J. O. Illness is a point of view the development of children's concept of illness. **Child Dev.**, v.46, p.92-100, 1975.
- CARRACCIO, C.; MC CORMICK, M.C.; WELLER, S.C. Chronic disease effect on health cognition and health locus of control. **J. Pediatr.**, v.110, p.982-7, 1987.
- GABARRA, L.; MILARÉ, L.; PEROSA, G. B. O entendimento das causas das doenças e do poder da medicação, por crianças de diferentes quadros e idades internadas em uma enfermaria de pediatria. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, 32., 2002, Florianópolis. **Resumos...** Florianópolis, 2002. p.338-9.
- HANSDOTTIR, J.; MALCARNE, V. Concepts of illness in Icelandic children. **J. Pediatr. Psychol.**, v.23, t.3, p.187-95,1998.
- HART, C.; CHESSON, R. Children as consumers. **Br. Med. J.**, v.316, p.1600-3, 1998.
- LINHARES, M. B. M. Psicologia pediátrica: aspectos históricos e conceituais. In: CICLO DE SAÚDE MENTAL, 8., 2000, Ribeirão Preto. **Resumos...** Ribeirão Preto, 2000. p.112-5.
- MYERS-VANDO, R.; STEWARD, M.; FOLKINS, C.; HANES, P. The effects of congenital heart disease on cognitive development, illness causality concepts, and vulnerability. **Am. J. Orthopsychiatr.**, n.49, p.617-25, 1979.
- PAULHAN, I. Les strategies d'ajustement ou "coping". In: BRUCHON-SCHWEITZER, M.; DANTZER, R. (Orgs.) **Introduction á la Psychologie de la Santé**. Paris: PUF, 1994. p.22-30.
- PELTZER, K.; PROMTUSSANANON, S. Black South African children's understanding of health and illness: colds, chicken pox, broken arms and AIDS. **Child: Care, Health and Development**, v.29, n.5, p.385-93, 2003.
- PERRIN, E. C.; GERRITY, S. There's a demon in your belly: children's understanding of illness. **Pediatrics**, v.67, t.6, p.841-9,1981.
- PERRIN, E.C.; GERRITY, S. Desenvolvimento das crianças portadoras de enfermidades crônicas. In: HAGGERTY, R. J. (Org.) **Clínicas pediátricas da América do Norte**. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1984. p.21-34.

PERRIN, E.C.; SAYER, A.; WILLET, J. Sticks and stones may break my bone... Reasoning about illness causality and body functioning in children who have a chronic illness. **Pediatr.**, v.88, n.3, p.604-19, 1991.

PIAGET, J. **Seis estudos de Psicologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1971.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança**. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

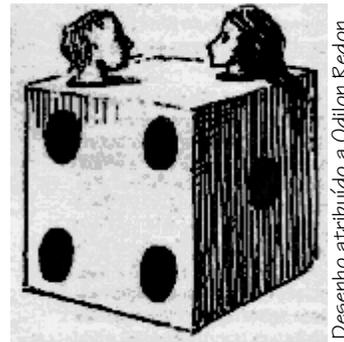
REDPATH, C. C.; ROGERS, C. S. Healthy young children's concepts of hospitals, medical personnel, operations and illness. **J. Pediatr. Psychol.**, v.9, p.29-39, 1984.

SUSSMAN, E.; DORN, L.D.; FLETCHER, J. C. Reasoning about illness in ill and healthy children and adolescents: cognition and emotional development. **J. Dev. Behavior Pediatr.**, v.8, p.266-73, 1987.

TAKES, K.; MEEUWESSEN, L. Doctor-patient-child communication. A (re)view of the literature. **Soc. Sci. Med.**, v.52, p.839-85, 2001.

WALSH, M.; BIBACE, R. Children conceptions of AIDS: a developmental analysis. **J. Pediatr. Psychol.**, v.16, n.3, p.273-85, 1991.

WHITT, J.K.; WEISS, D.; TAYLOR, C. A. Children's conceptions of illness and cognitive development. **Clinic. Pediatr.**, v.18, p.307-39, 1979.



Desenho atribuído a Odilon Redon

PEROSA, B. G.; GABARRA, L. M. 5. Explicaciones de niños internados sobre la causa de las enfermedades: implicaciones para la comunicación profesional de salud-paciente, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.135-47, set.2003-fev.2004.

El objetivo de este trabajo fue investigar el desenvolvimiento de las explicaciones sobre las causas de las enfermedades en niños hospitalizados. Participaron 50 niños brasileños internados en un hospital público, con diferentes diagnósticos, con edad que variaban entre 5 y 9 años. El desenvolvimiento cognitivo y el entendimiento de las enfermedades fueron evaluados según el referencial piagetiano. Los resultados fueron consistentes con otros estudios: los niños procesaron las informaciones en secuencias cognitivas previsibles, pero los niños hospitalizados tenían un atraso en la adquisición de las tareas de conservación y ofrecían explicaciones con pocas referencias a su propia enfermedad. Los factores identificados como causadores de enfermedades fueron similares a los apuntados por niños de otros países. Fue estadísticamente significativa la relación entre la complejidad de las explicaciones y el número de internaciones. Independiente de la edad o del nivel cognitivo, 50% de los niños atribuía las enfermedades a desobediencia, posible mecanismo adaptativo al desamparo, resultado que parece traer implicaciones que deben ser consideradas cuando se abordan los pacientes infantiles.

**PALABRAS CLAVE:** Causalidad; relaciones medico-paciente; explicaciones infantiles; niño hospitalizado.

Recebido para publicação em 25/08/2003. Aprovado para publicação em 05/02/2004. .



© Taller Experimental Cuerpos Pintados, 2003

JIM AMARAL